

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2013/238

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE AMSTERDAM

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 28 juni 2013 binnengekomen klacht van:

A,  
wonende te B,  
klager,  
gemachtigde mr.dr.s. L.J. Blijdorp, advocaat te Culemborg,

tegen

C,  
psychiater,  
wonende te D,  
verweerder,  
gemachtigde mw. mr. S. van Amelsvoort, werkzaam bij VvAA Financieel-economisch adviesbureau B.V. te Utrecht.

#### 1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen, binnengekomen op 28 juni 2013;
- het verweerschrift met de bijlagen, binnengekomen op 12 september 2013;
- de brief van mr. van Amelsvoort met bijlagen, binnengekomen op 13 november 2013;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

De klacht is ter openbare terechtzitting van 22 april 2014 behandeld.

Klager was afwezig. Voor hem zijn ter zitting verschenen zijn gemachtigde mr.dr.s. L.J. Blijdorp, advocaat te Culemborg, en de tolk E.

Verweerder werd ter zitting bijgestaan door zijn gemachtigde mw. mr. S. van Amelsvoort voornoemd.

#### 2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1.

Klager is een 27-jarige man van F afkomst met een tijdelijke verblijfsvergunning in Nederland op grond van medische redenen. Klager heeft een verzoek gedaan tot verlenging van die vergunning bij de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND).

De IND heeft hiervoor aan het Bureau Medische Advisering (BMA) medisch advies gevraagd over klager.

2.2.

Verweerder is als psychiater onder meer werkzaam voor het G in D. Dat centrum wordt van tijd tot tijd ingeschakeld door het BMA dat aan de IND medisch advies uitbrengt in het kader van de Vreemdelingenwet 2000.

2.3.

Op 13 december 2012 heeft verweerder op verzoek van het BMA een medisch-psychiatrisch advies uitgebracht over klager.

### **3. De klacht en het standpunt van klager**

De klacht houdt, kort samengevat, in dat verweerder een onzorgvuldig advies heeft uitgebracht, dat een deugdelijke motivering ontbeert en bovendien deels lijkt te zijn ingegeven door een grote vooringenomenheid jegens klager en diens ziektebeeld.

Klager is van mening dat geen deugdelijk psychiatrisch onderzoek heeft plaatsgevonden, het advies niet concludent is nu verschillende deskundigen tot verschillende conclusies komen met betrekking tot de diagnose PTSS en depressiviteit zonder dat in het rapport is aangegeven waarop dat verschil van inzicht is gebaseerd. Tenslotte meent klager dat de conclusies van verweerder een behoorlijke onderbouwing en motivering ontberen.

### **4. Het standpunt van verweerder**

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

### **5. De overwegingen van het college**

5.1 In een tuchtprocedure als de onderhavige beoordeelt het college (slechts) of het medisch advies voldoet aan de tuchtrechtelijke standaard. Volgens vaste tuchtrechtelijke jurisprudentie (ten tijde van het uitbrengen van het onderhavige advies op 13 december 2012) dient een medisch advies vanuit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid aan de navolgende eisen te voldoen:

a.

in het advies moet op heldere en consistente wijze zijn uiteengezet op welke gronden de conclusie en het advies zijn gebaseerd;

b.

de in de uiteenzetting genoemde gronden moeten op hun beurt aantoonbaar voldoende steun vinden in de feiten, omstandigheden en bevindingen, vermeld in het advies;

c.

de bedoelde gronden moeten de daaruit getrokken conclusie kunnen rechtvaardigen;

d.

de rapportage dient zich in beginsel te beperken tot het deskundigheidsgebied van de rapporteur.

Het college toetst ten volle of het onderzoek uit een oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de toets der kritiek kan doorstaan. Ten aanzien van de conclusie van de rapportage vindt slechts een marginale toetsing plaats, dat wil zeggen, wordt beoordeeld of de deskundige in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen.

5.2 De door het BMA aan verweerder voorgelegde vragen waren de volgende:

1.

Heeft betrokkene één of meerdere psychiatrische klachten? Zo ja wat is de aard van de klachten en welke diagnose(s) stelt u?

2.

Welke medisch-psychiatrische behandeling krijgt hij momenteel?

Krijgt hij momenteel medicatie voorgeschreven? Zo ja, welke medicatie?

3.

Is er volgens u medisch-psychiatrische behandeling aangewezen en zo ja, welke?

4

Wat zijn naar uw mening de te verwachten medische gevolgen, indien deze eventuele medische behandeling niet zou plaatsvinden? Kunt u hierbij ook een termijn aangeven?

5.a

Kunt u een inschatting geven van het eventueel momenteel aanwezige suïcidaliteit/suïcide gevaar?

5.b

Bij aanwezige suïcidaliteit: is er sprake van een reële doodswens als onderdeel van het psychiatrisch ziektebeeld of heeft de suïcidaliteit een andere aanleiding? Zo ja, welke aanleiding?

5.c.

Verder bij aanwezige suïcidaliteit: hoe kan dit medisch gezien zo goed mogelijk medisch worden begeleid in het geval van een reis/terugkeer naar het land van herkomst?

6.

Hoe oordeelt u over het huidige medicamenteuze beleid?

7.

Indien de medicamenteuze behandeling volgens u niet juist is, welke behandeling stelt u dan voor (type medicatie, eventueel enkele voorbeelden)?

8.

Wat verwacht u bij het staken van de huidige medicamenteuze behandeling?

9.

Indien u een andere medicamenteuze behandeling aangewezen acht; kan de overschakeling op andere medicatie plaatsvinden in aan ambulante setting of is een opname vereist?

5.3 Het college zal aan de hand van de hiervoor genoemde uitgangspunten de klacht en hetgeen klager ter onderbouwing van de drie klachtonderdelen heeft aangevoerd beoordelen.

5.4 Uit het psychiatrisch advies van 13 december 2012 blijkt, dat verweerder klager op 1 augustus 2012 in het kader van een (poging tot) psychiatrische expertise heeft gezien. Bij de beantwoording van de aan hem voorgelegde vraagstelling heeft verweerder gebruik gemaakt van de resultaten van een op zijn verwijzing verricht psychodiagnostisch onderzoek door de heer H, neuropsycholoog, die aan verweerder heeft gerapporteerd op 6 december 2012 en het uitgebreide medische dossier van het I, J, en de medisch-psychiatrische correspondentie van de heer K, die gedurende geruime tijd de behande-

lend psychiater van klager was. Het onderzoek vond plaats in het bijzijn van de echtgenote van klager en een tolk.

Uit de rapportage blijkt dat verweerder klager geen uitleg heeft kunnen geven over de door verweerder te volgen procedure, omdat klager niet met verweerder wilde spreken. Via de tolk heeft verweerder met klagers echtgenote gesproken en de hetero-anamnese afgenomen. Zij vertelde verweerder dat de doodswens van haar echtgenoot in Nederland is begonnen, en dat hij lijdt aan een zogenaamde posttraumatische stressstoornis door de moordpartij in F. Zij beschrijft hoe haar man 's nachts wakker wordt en dan begint te ijsberen. Hij zou non-stop in huis lopen en met iedereen ruzie maken en dingen vernielen zoals een laptop. Daarmee wilde zij aangeven wat deze aandoening inhoudt. Klagers echtgenote heeft verweerder voorts verteld, dat hij veel sigaretten rookt en hash gebruikt naast de door de psychiater K voorgeschreven medicatie.

Als medicatie vermeldt verweerder in zijn rapportage:

Dextro Amfetamine	3x daags 2 tabletten (5 mg)
Welbutrin	4x daags 150 mg
Lorazepam	3x daags 1 mg
Seroquel	1x daags 100 mg
Lexapro	1x daags 20 mg
Temgesic	5x daags 0,2 mg

Voorts vermeldt verweerder onder het kopje "Nadere beschouwing van de medische correspondentie m.n. de correspondentie van de heer K (L, en eigen praktijk)" :

" Uit deze correspondentie blijkt dat er sprake zou zijn van een zogenaamde posttraumatische stressstoornis die tot nu toe is behandeld met bovenstaande combinatie van psychofarmaca. Deze combinatie van psychofarmaca mist iedere rationale, komt in geen enkele richtlijn voor en bevat een combinatie van farmaca zoals buprenorfine (temgesic) met een sterk versterkend dempend effect op het centraal zenuwstelsel (farmacotherapeutisch compas 2011). Dit gecombineerd met uitgebreid softdrugs gebruik maakt een beoordeling c.q. adequate psychiatrische diagnostiek onbetrouwbaar. Nader overleg met een ziekenhuisapotheker bevestigt bovenstaande opvatting over deze voorgeschreven psychofarmaca."

Onder het kopje "Psychiatrisch onderzoek" vermeldt verweerder:

"Ik zag een gedrogeerd ogende man die weigerde deel te nemen aan dit onderzoek, zodat het voor de onderzoeker niet mogelijk was om hem op psychiatrisch gebied goed te onderzoeken.

Betrokkene lijkt wel tijdens dit onderzoek goed op te letten t.a.v. de tolk en onderzoeker. Het gedrag lijkt bewust geregisseerd te worden, zowel voor het gebouw van Verzuim-Diagnostiek als tijdens het onderzoek."

Onder het kopje "Ten aanzien van de PTSS" vermeldt verweerder:

"De DSM IV criteria voor PTSS luiden:

A.

De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn :

(1) betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met een of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwon-

ding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen.

(2) tot de reacties van betrokkene behoorde intens angst, hulpeloosheid of afschuw. (.....)

B. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op één (of meer) van de volgende manieren:

(1) recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen. (.....)

(2) recidiverend of akelig dromen over de gebeurtenis.(.....)

(3) handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (hiertoe behoren ook het gevoel van het opnieuw te beleven, illusies en dissociatieve episodes met flashback, met inbegrip van die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie). (.....)

(4) intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken

(5) fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken(...)

C.

Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende:

(1) pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma vermijden

(2) pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die heinneringen oproepen aan het trauma te vermijden

(3) onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren

(4) duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten

(5) gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen

(6) beperkt spectrum van gevoelens (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben)

(7) gevoel een beperkte toekomst te hebben (bijvoorbeeld verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen of geen normale levensverwachting)

D.

Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende:

(1) moeite met inslapen of doorslapen

(2) prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen

(3) moeite met concentreren

(4) overmatige waakzaamheid

(5) overdreven schrikreacties

E. Duur van de stoornis (symptomen B, C en D) langer dan één maand

F.

De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

Zover dat uit op basis van deze expertise mogelijk is, gezien het gedroegde voorkomen, het over-rapporteren van klachten, komt uit het onderzoek naar voren dat betrokkene aan geen van deze criteria voldoet. Zeker niet in die mate dat de diagnose ptss gesteld kan worden.”

Tot slot vermeldt verweerder onder “ Ten aanzien van betrokkene is sprake van: ” het volgende:

“

- niet afdoend verklaarde lichamelijke/somatische klachten bij een
- vage, onechte, theatraal gekleurde onechte presentatie. Inconsistent in de tijd en plaats
- sprake van primaire en secundaire ziekte winst. Het verkrijgen van de sociale ziekterol, om uitzetting te voorkomen
- onvoldoende medewerking aan het onderzoek (zowel bij psychiater als neuropsycholoog)
- de bevindingen uit het neuropsychologisch onderzoek sluiten voor een groot deel aan bij de bevindingen van het psychiatrisch onderzoek: aanwijzingen voor van psychiatrische klachten

Hetgeen leidt tot de conclusie dat er sprake is van malingering en over-rapporteren.”

5.5 Op verzoek van verweerder zag dr. H, klinisch neuropsycholoog, klager op 14 november 2012 voor een psychodiagnostisch onderzoek. Onder “bespreking en conclusie” vermeldt deze in zijn rapportage aan verweerder:

“Neuropsychologisch onderzoek bij deze 37-jarige man, bekend met PTSS, geeft aanwijzingen voor over-rapportage van psychische klachten, mogelijk malingeren. Inzet tijdens afname van cognitieve tests is onvoldoende, al kan onderpresteren op het cognitieve onderdeel van het onderzoek niet eenduidig worden aangetoond. Betrokkene is zeer wel in staat tot het leren van nieuwe informatie, maar de aandacht-concentratie is zeer matig. Hier wreekt zich mogelijk het gebruik van sederende medicatie en drugs, hetgeen de testresultaten kan hebben beïnvloed.

Betrokkene verkeert in een onzekere situatie wat zijn verblijfsstatus betreft en dit is zeer waarschijnlijk van invloed geweest op hoe hij zich presenteert tijdens het onderzoek. Ongetwijfeld heeft de langdurige onzekerheid rondom zijn verblijf alhier en het niet kunnen vervullen van de gewone sociale rollen in werk- en familieverband, een negatief effect op zijn stemming. Opgemerkt wordt dat de gerapporteerde depressieve klachten als betrekkelijk mild, of althans, reactief, geduid kunnen worden, aangezien betrokkene zich een positief perspectief kan vormen mocht zich een verbetering voordoen in zijn sociale situatie.”

5.6 Verweerder beantwoordt de door het BMA aan hem voorgelegde vragen, zoals hiervoor onder 5.2 weergegeven, als volgt:

1.

Er is sprake van over-rapporteren van psychische klachten, waarbij sprake is van malingering (simulatie). Overigens is betrokkene niet gemotiveerd en neemt zelfs extra sederende medicatie in tijdens deze expertise als uiting hiervan.

Er is geen sprake van PTSS noch van een stemmingsstoornis van betekenis.

2.

Irrationele niet ongevaarlijke psychofarmaca.

3.

Er is geen behandeling voor simulatie.

4.

Er is geen sprake van een psychiatrische stoornis. Betrokkene is afhankelijk van nicotine en softdrugs.

5.a.

De kans op zelfbeschadigend gedrag is onverminderd groot (reeds bewezen) zonder dat er sprake lijkt van suïcidaliteit, veeleer is sprake van een manipulerend karakter.

Er is wel kans op zelfbeschadigend gedrag bij (dreigende) uitzetting zoals in het verleden gebeurd is.

5.b.

Zie het antwoord bij 5.a.

5.c.

Zie het antwoord bij 5.a.

6.

Onzinnig en gevaarlijk, de diagnose is te onduidelijk en de combinatie van deze 2 soorten antidepressiva met een partiële opiaat agonist is irrationeel.

7.

De combinatie van softdrugs en de gebruikte psychofarmaca hebben een versterkende werking op elkaar. Het verdient in principe aanbeveling om deze medicatie te saneren en af te bouwen alhoewel de motivatie hiertoe gering is of ontbreekt.

8.

Waarschijnlijk gebruikt onderzochte niet alle voorgeschreven medicatie behalve de opiaatachtige (Temgesic) en softdrugs. Waarschijnlijk zal er wel sprake zijn van een zekere mate van afhankelijkheid met name van de opiaatachtige stoffen. Afbouw kan dan het beste plaatsvinden binnen de verslavingszorg in zijn regio.

9.

Zie het antwoord bij vraag 7.

5.7 Het college is van oordeel, dat de rapportage van verweerder van 13 december 2012 uit een oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de toets der kritiek niet kan doorstaan.

Hoewel verweerder in zijn rapportage met zoveel woorden vermeldt dat het voor hem niet mogelijk was om klager op psychiatrisch gebied goed te onderzoeken, concludeert hij niettemin dat klager aan geen van de DSM IV criteria voor PTSS voldoet. Verweerder volstaat daarbij met een kale opsomming van voormelde criteria en de algemene conclusie dat betrokkene aan geen van deze criteria voldoet zonder vermelding van de feiten en omstandigheden op grond waarvan klager naar zijn oordeel aan één of meerdere van deze criteria niet voldoet.

Daaraan doet niet af dat verweerder in alinea 3 van zijn verweerschrift verwijst naar de Clinician Administered PTSD Scale (CAPS), op basis waarvan hij naar zijn zeggen zijn onderzoek van 1 augustus 2012 naar de psychische toestand van klager heeft verricht. De uitkomst van dat onderzoek is immers in de bestreden rapportage van verweerder op geen enkele wijze terug te vinden, zodat niet op inzichtelijke en consistente wijze in het rapport uiteen is gezet op welke gronden verweerder de conclusie baseert dat bij klager geen sprake is van PTSS.

Daar komt bij, dat het college heeft moeten vaststellen dat klager wel degelijk voldoet aan tenminste enkele van de in de CAPS vermelde symptomen.

Onder het kopje "anamnese" vermeldt verweerder de klachten van klager zoals door diens echtgenote aan hem medegedeeld. Klager wordt 's nachts wakker en begint dan te ijsberen, hij loopt non-stop in huis en maakt ruzie met iedereen en vernielt dingen zoals een laptop. Deze gedragingen vallen binnen de range van symptomen als slaapproblemen en prikkelbaarheid zoals vermeld in de CAPS.

5.8 Ook de conclusie van verweerder dat bij klager sprake is van malingering en overraporteren vindt naar het oordeel van het college onvoldoende grond in de feiten en omstandigheden en bevindingen zoals in de rapportage vermeld. Verweerder heeft in zijn verweerschrift en ook ter terechtzitting aangegeven dat hij deze conclusie met name baseert op het psychodiagnostisch onderzoek van dr. H van 6 december 2012. Daaruit kan naar het oordeel van het college echter niet zonder meer de conclusie worden ge-

trokken dat bij klager sprake is van malingeren en over-rapporteren. Dr. H spreekt in dit verband immers slechts over aanwijzingen voor over-rapportage en mogelijk malingeren als uitkomst van het neuropsychologisch onderzoek.

Bovendien verdraagt deze conclusie zich niet met de eerdere diagnose(s) van dr. K dat bij klager sprake was van PTSS. Uit de rapportage van verweerder wordt niet duidelijk op grond waarvan verweerder heeft gemeend de door dr. K gestelde diagnose terzijde te kunnen stellen. Dat klemt temeer nu verweerder over deze discrepantie ook geen contact heeft gehad of overleg heeft gevoerd met dr. K over diens diagnose en de door deze voorgeschreven psychofarmaca, waarvan verweerder in zijn rapportage vermeldt dat deze combinatie van psychofarmaca iedere rationale mist. Het had op de weg van verweerder gelegen om zich daarover met dr. K te verstaan, hetgeen verweerder niet heeft gedaan. Dat verweerder telefonisch dr. K niet kon bereiken, volgens verweerder wellicht vanwege de schorsing van K door de inspectie, doet daaraan niet af, nu verweerder ook op andere wijze met dr. K contact had kunnen leggen.

5.9 Conclusie van het voorgaande is dat de psychiatrische rapportage van verweerder van 13 december 2012 aan het BMA niet voldoet aan de vereiste criteria, zodat de klacht in al zijn onderdelen gegrond is.

Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens klager had behoren te betrachten.

Bij de bepaling van de sanctie houdt het college rekening met het feit dat de diagnose PTSS in situaties als de onderhavige, waarin een aanvraag in het kader van de Vreemdelingenwet 2000 is gedaan, gecompliceerd is. Tevens neemt het college in aanmerking dat verweerder ter terechtzitting heeft erkend dat hij, achteraf gezien, klager voor een tweede bezoek had moeten uitnodigen en dat hij in voorkomend geval voortaan in de rapportage zal vermelden dat hij de CAPS als leidraad heeft gebruikt. Niettemin is het tekortschieten van verweerder zodanig verwijtbaar dat de oplegging van na te melden maatregel daarvoor passend is.

## **6. De beslissing**

Het Regionaal Tuchtcollege berispt verweerder.

Aldus gewezen op 22 april 2014 door:

mr. E.A. Messer, voorzitter,

J.I. van der Spoel, M. Bakker en dr. E.D.M. Masthof, leden-arts,

mr. E.W.M. Meulemans, lid-jurist,

mr. S.S. van Gijn, als secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 17 juni 2014 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. mr. E.A. Messer, voorzitter

w.g. mr. S.S. van Gijn, secretaris