

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2016/101

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 24 maart 2016 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
k l a a g s t e r ,
gemachtigde: mr. K. de Greef, arbeidsjurist te Amsterdam,

tegen

C,
psychiater,
werkzaam te D,
v e r w e e r s t e r ,
gemachtigde: mr. E.J.C. de Jong, advocaat te Utrecht.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- het proces-verbaal van het op 29 augustus 2016 gehouden verhoor in het kader van het vooronderzoek;
- de brief van 12 september 2016 van mr. De Greef;
- de brief van 27 maart 2017 van mr. De Greef met bijlagen.

De klacht is op 11 april 2017 op een openbare zitting behandeld.

Partijen waren aanwezig.

Klaagster werd bijgestaan door mr. De Greef en verweerster door mr. De Jong.

Mr. De Greef heeft een toelichting gegeven aan de hand van een pleitnotitie die aan het college en de wederpartij is overgelegd.

2. De feiten

2.1. Verweerster is in haar hoedanigheid van psychiater onder meer werkzaam voor E. Zij verricht daar medische keuringen in het kader van de vorderingsprocedure op basis van de Wegenverkeerswet en het Reglement Rijbewijzen. In dit verband heeft

zij in opdracht van het CBR op 21 augustus 2015 een onderzoek, als bedoeld in artikel 23 Regeling maatregelen rijvaardigheid en geschiktheid 2011 (hierna: de Regeling), verricht bij klaagster.

2.2. De aanleiding hiervoor was dat klaagster op 30 juni 2015 door de politie als bestuurster van een autovoertuig is aangehouden met een alcoholpromillage van 1,875.

2.3. Voorafgaand aan het onderzoek door verweerster zelf heeft er een bloedonderzoek plaatsgevonden en is klaagster geïnterviewd door een psycholoog. Vervolgens heeft verweerster een kort onderhoud met klaagster gehad, waarbij verweerster een somatisch onderzoek heeft verricht.

2.4. Verweerster heeft haar onderzoeksbevindingen vastgelegd in een rapport van 11 september 2015 (hierna: het rapport). Het rapport vermeldt, voor zover hier van belang, het volgende:

ANAMNESE

(...) Betrokkene vertelt rond 23:15 uur te zijn aangehouden. Dit betrof afwijkend rijgedrag, daar iemand de politie gebeld had omdat betrokkene opvallend wisselde in snelheid. Betrokkene had op dat moment ongeveer 20 tot 30 km gereden. Desgevraagd had betrokkene 4 tot 5 glazen wijn (4-5 AE) in 6 uur gedronken. De laatste consumptie was omstreeks 22:30 uur. (...) Betrokkene voelde zich wel dronken. De reden dat betrokkene reed was omdat zij na een afscheidsborrel van een collega de laatste bus gemist had en daarom met de auto naar huis was gegaan. Verlies van het rijbewijs zou waarschijnlijk niet hebben geleid tot problemen op het gebied van werk of het nakomen van sociale verplichtingen. Volgens betrokkene speelden er in het jaar voorafgaande aan de aanhouding geen alcoholproblemen.

Conclusie: wel aanwijzingen voor alcoholmisbruik

Alcoholanamnese (...)

Gevraagd naar het drankgebruik in de 12 maanden voorafgaande aan de laatste aanhouding vertelt betrokkene 2 tot 3 keer per week 1 tot 2 glazen wijn (...) bij sociale gelegenheden te drinken. Dit drinkpatroon bestond sinds 2 jaar. Na de laatste aanhouding is dit drinkpatroon niet veranderd. Betrokkene beschouwde zichzelf niet als een probleemdrinker.

Er waren desgevraagd geen aanwijzingen voor tolerantie, onthoudingsverschijnselen, controleverlies of craving. (...)

Conclusie: geen aanwijzingen voor alcoholmisbruik

CAGE (...)

Betrokkene antwoordt ontkennend op vragen naar de behoefte om te minderen, irritatie omtrent opmerkingen ten aanzien van het alcoholgebruik, ochtenddrinken of schuldgevoelens. (...)

Conclusie: geen aanwijzingen voor alcoholmisbruik

(...)

LABORATORIUM ONDERZOEK

(...) *Conclusie: geen aanwijzingen voor alcoholmisbruik*

BESCHOUWING

(...) Uit het onderzoek komen de volgende, in dit kader relevante, afwijkende bevindingen naar voren:

- Het adem- of bloedalcoholgehalte kan gebruikt worden om de tolerantie ten aanzien van alcohol vast te stellen. De meeste niet-tolerante individuen vertonen bij een promillage van 1,8 of meer immers ernstige intoxicatieverschijnselen. Ondanks een promillage van 1,875 was hiervan bij betrokkene evenwel geen sprake. Een en ander vormt een sterke aanwijzing voor verhoogde tolerantie, indicatief voor een voorafgaande periode van overmatig alcoholgebruik (*DSM-5 criterium A10, DSM-IV-TR afhankelijkheids criterium: tolerantie*).
- Betrokkene heeft voorafgaand aan de aanhouding met een verhoogd promillage een relatief lange afstand gereden. Dit kan duiden op een voorafgaande periode van overmatig alcoholgebruik en vormt een aanwijzing voor een verhoogde tolerantie (*DSM-5 criterium A10, DSM-IV-TR afhankelijkheids criterium: tolerantie*).
- Er is sprake van een discrepantie tussen de beschreven tolerantie enerzijds en de algemene alcoholanamnese anderzijds. Deze discrepantie wijst vermoedelijk op onderrapportage van het normale alcoholgebruik.
- Het opgegeven alcoholgebruik ten tijde van de laatste aanhouding is niet in overeenstemming met de AAG/BAG. Dit duidt vermoedelijk op onderrapportage van het alcoholgebruik.

Hoewel deze bevindingen afzonderlijk niet concludent hoeven te zijn, is juist de combinatie suspect voor alcoholproblematiek ten tijde van de laatste aanhouding. Dit overwegende dient de psychiatrische diagnose alcoholmisbruik in ruime zin te worden gesteld. Diagnostische criteria voor een stoornis in alcoholtermen van de DSM-5 worden daarbij niet behaald. Betrokkene geeft aan dat het gebruik van alcohol sinds de laatste aanhouding in essentie onveranderd is gebleven. Dit betekent dat de gronden waarop de diagnose is gesteld –waaronder een vorm van onderrapportage van het alcoholgebruik– nog voortduren. Ondanks het gegeven dat het laboratoriumonderzoek geen aanwijzingen liet zien voor alcoholmisbruik, lijkt het derhalve niet aannemelijk dat betrokkene met het alcoholmisbruik is gestopt. (...)

2.5. Op het onderhavige onderzoek is van toepassing de Richtlijn Diagnostiek van Stoornissen in het gebruik van CBR-keuringen (2011), hierna: de Richtlijn. Hierin staat, voor zover van belang, vermeld:
(Pagina 22:) Deze juridische context veroorzaakt twee problemen bij de diagnostiek. Het eerste probleem ontstaat doordat het uiteindelijke doel van de diagnostiek bij deze keuringen anders is dan in de reguliere geneeskunde, waarbij het belang van de patiënt steeds centraal staat. Het doel van de CBR-keuringen is om aan te tonen of uit te sluiten dat er sprake is van een stoornis die de verkeersveiligheid in gevaar brengt. Een tweede probleem bestaat uit de — begrijpelijkerwijs — lage betrouwbaarheid van de zelfrapportage over alcoholgebruik van de weggebruiker (...). De weggebruikers die gekeurd worden, zullen zelden uit zichzelf een overmatige alcoholinname of aan alcohol gerelateerde problemen melden, want doen ze dat wel, dan verhogen ze de kans om hun rijbewijs te verliezen. Door deze twee problemen zal de diagnostiek van een stoornis in het gebruik van alcohol bij CBR-keuringen verschillen van de gewone psychiatrische diagnostiek bij alcoholproblemen. Voor een juiste procedure en adequaat medisch handelen is het belangrijk dat de psychiater die de keuring verricht zich rekenschap geeft van de consequenties die deze verschillen tussen gewone diagnostiek en forensische diagnostiek met zich meebrengen. Nogmaals, de gangbare diagnostische systemen zijn ontworpen vanuit behandeldoelen. Hierbij zijn etiologie, pathofysiologie, ernst van de ziekte, prognose en motivatie voor gedragsverandering van belang. Een forensische diagnose in het kader van de vorde-

ringsprocedure dient geen behandeldoel, maar is uitsluitend gericht op het algemene belang van de verkeersveiligheid. Terwijl in de reguliere psychiatrie de diagnose — stoornis in het gebruik van alcohol — vooral bepaald wordt door gegevens uit de specifieke anamnese over alcoholinname en alcoholgerelateerde problemen (al dan niet aangevuld met vragenlijsten), is de diagnostiek bij de CBR-keuringen in hoofdzaak gebaseerd op gegevens die niet afhankelijk zijn van de medewerking van de gekeurde, zoals klinisch chemisch bloedonderzoek, de omstandigheden waaronder het rijden onder invloed plaatsvond, en nadere inlichtingen vanuit de behandelende sector (waarvoor de behandelend arts toestemming van zijn patiënt nodig heeft).

(pagina 30:) Als diagnostisch hulpmiddel zijn vele anamnestiche vragen en vragenlijsten over het algemeen goed bruikbaar in de reguliere gezondheidszorg. Wel dient men er rekening mee te houden dat bij gebruik van anamnestiche gegevens ter bepaling van stoornissen in het gebruik van alcohol, niet alle alcoholisten worden geïdentificeerd. Uit onderzoek blijkt dat bij een screenende anamnese in de reguliere gezondheidszorg ongeveer 60% van de patiënten met alcoholmisbruik als zodanig worden geïdentificeerd (...). In het kader van de alcoholkeuring is de waarde van anamnestiche gegevens nog aanzienlijk kleiner, daar de gekeurde om begrijpelijke redenen niet openhartig zal zijn over eventuele alcoholproblemen en de mate van zijn alcoholgebruik. Zo blijkt dat in de populatie van rijders onder invloed (...) slechts 5 à 20% van degenen die zich aan alcoholmisbruik schuldig maakten met behulp van vragenlijsten kon worden geïdentificeerd (...). Dit betekent onder meer dat een anamnestiche gegeven dat bevestigend is voor stoornissen in het alcoholgebruik (...), extra waardevol is (...). Maar aan de afwezigheid bij de anamnese van gegevens die indicatief zijn voor stoornissen in het alcoholgebruik (...) kan weinig waarde worden toegekend.”

3. De klacht en het standpunt van klaagster

De klacht bestaat uit de volgende klachtonderdelen die erop gericht zijn dat verweerster:

1. een onjuiste diagnose heeft gesteld door de te oordelen dat er bij klaagster sprake is van ‘alcoholmisbruik in de ruimste zin’;
2. ten onrechte heeft verklaard dat haar onderzoek voldoet aan de Richtlijn;
3. een onjuiste diagnose heeft gesteld zonder navraag te doen bij andere artsen (zoals de huisarts of bedrijfsarts) en zonder enig inzicht te hebben in de persoon van klaagster terwijl de richtlijn dat voorschrijft;
4. bij het stellen van haar onjuiste diagnose zonder nadere motivatie voorbij is gegaan aan feiten en omstandigheden die er juist op wijzen dat klaagster geen alcoholprobleem heeft, zoals de uitslag van het bloedonderzoek en haar persoonlijke omstandigheden;
5. bij het stellen van haar onjuiste diagnose zonder nadere motivatie voorbij is gegaan aan de eigen verklaring van klaagster over haar alcoholgebruik, waardoor zij deze verklaring feitelijk als leugenachtig heeft bestempeld;
6. klaagster in de positie heeft gebracht dat zij alleen door het afleggen van een leugenachtige verklaring, te weten dat zij haar alcoholgebruik na haar aanhouding heeft gewijzigd, ooit nog haar rijbewijs kan terugkrijgen;
7. met haar onjuiste diagnose een in haar gezin en werk uitstekend functionerende jonge vrouw ernstige psychische problemen heeft bezorgd;
8. een unicum teweeg heeft gebracht doordat haar onjuiste diagnose ertoe heeft geleid dat klaagster zich onder behandeling heeft moeten stellen van een psychotherapeut;

9. bij het stellen van haar onjuiste diagnose onzorgvuldig, nalatig en mogelijk ook onrechtmatig heeft gehandeld.

Het standpunt van verweerster

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

5. De beoordeling

5.1. Bij de beoordeling van de vraag of een advies van een arts voldoet aan de daaraan te stellen eisen dienen de volgende criteria in aanmerking te worden genomen:

1. Het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust;
2. Het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden;
3. In het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen;
4. Het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, daaronder begrepen de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen;
5. De rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

Het college toetst ten volle of het onderzoek door de arts uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets der kritiek kan doorstaan. Ten aanzien van de conclusie van de rapportage/onderzoek wordt beoordeeld of de deskundige in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen. Op het onderhavige onderzoek is de Richtlijn van toepassing.

Klachtonderdelen 1 en 9

5.2. Deze klachtonderdelen richten zich in de kern op het onderzoek, waarop de diagnose “alcoholmisbruik in ruime zin” berust. Meest verstrekkend stelt klaagster dat verweerster in haar rapport als uitgangspunt neemt dat de meeste mensen bij een alcoholpromillage van 1,8 of meer ernstige intoxicatieverschijnselen vertonen en op voorhand de mening was toegedaan dat sprake was van een aanwijzing voor tolerantie bij klaagster omdat zij in staat is geweest 20 km in een auto te rijden. Dit is volgens klaagster een ‘discutabele’ ofwel niet onderbouwde aanwijzing voor alcoholtolerantie die als belangrijkste argument wordt aangevoerd om tot de diagnose te komen.

5.3. Verweerster voert hiertegen aan dat niet voor niets op grond van de Regeling een ondergrens van 1,8 promille geldt voor de onderhavige zwaarste maatregel, een geschiktheidsonderzoek door een psychiater, aangezien bij inname van een dergelijke hoeveelheid alcohol, indien geen sprake is van tolerantie, ernstige intoxicatieverschijnselen zijn te verwachten. Voorts voert verweerster aan dat onderhavig onderzoek, conform de Richtlijn, gericht is op het aantonen of uitsluiten van een stoornis die de verkeersveiligheid in gevaar brengt en er op grond daarvan mag en moet worden gewerkt op basis van veronderstellingen.

5.4. Het college is van oordeel dat het beroep op de Regeling niet zonder meer kan dienen ter onderbouwing van de aangenomen tolerantie. Nog daargelaten dat gesteld noch gebleken is dat deze grens in de regeling is opgenomen juist *omdat* vanaf die grens ernstige intoxicatieverschijnselen zijn te verwachten indien geen sprake is van tolerantie, is het college van oordeel dat hiervoor een deugdelijke staving verlangd mag worden op medische gronden. Het kader en doel van het geschiktheidsonderzoek doen

niet af aan de gehoudenheid van verweerster om medische aannames op een medisch deugdelijke wijze te onderbouwen. Het toetsen conform de Richtlijn waarop verweerster zich beroept – daaronder begrepen de DSM-IV-TR-criteria voor alcoholafhankelijkheid en misbruik van alcohol (hoofdstuk 9, tabel 1.1 Richtlijn) – doet aan deze gehoudenheid tot medische staving niet af en sluit deze evenmin uit.

5.5. Ter zitting is verweerster voorgehouden dat de aanname dat er een sterke aanwijzing voor alcoholmisbruik is als iemand met een alcoholpromillage van 1,875 een langere afstand rijdt arbitrair kan worden geacht en er wellicht op zijn minst van een glijdende schaal in de mate van intoxicatieverschijnselen binnen een range van alcoholpromillages moet worden uitgegaan.

Verweerster heeft daarop aangevoerd dat niet te verwachten is dat iemand met een normaal drinkpatroon na het nuttigen van meer dan 9 alcoholeenheden (passend bij een alcoholpromillage van 1.8) zonder het veroorzaken van een ongeluk 20 km kan rijden. Een niet geoefende drinker zal in dat geval niet eens in de auto kunnen stappen, aldus verweerster. Daarbij komt volgens verweerster dat klaagster geen ernstige intoxicatieverschijnselen vertoonde en dat bij een alcoholpromillage van 1,875 sprake is van de inname van een dergelijke hoeveelheid alcohol dat – als er geen sprake is van tolerantie – ernstige intoxicatieverschijnselen zijn te verwachten, in de zin van vertraagde reactietijden, coördinatieproblemen en een aangetast beoordelingsvermogen, hetgeen in versterkte mate geldt voor ongeoeffende drinkers (zoals klaagster stelt te zijn).

Ter onderbouwing beroept verweerster zich op het volgende citaat (bron: Kaplan en Sadock, Synopsis of Psychiatry, 11e editie, blz 629 en 630):

“Blood concentrations between 100 and 200 mg/dL are likely to increase the impairment in coordination (ataxia), increasing liability of mood, and progressively greater levels of cognitive deterioration. Anyone who does not show significant levels of impairment in motor and mental performance at approximately 150 mg/dL probably has significant pharmacodynamic tolerance.”

5.6. Het college is van oordeel dat de verwijzing naar deze wetenschappelijke bron nog geen voldoende medische onderbouwing geeft voor de in het rapport gepresenteerde tolerantie. Immers, de tekst geeft aan dat er vermoedelijk sprake is van tolerantie als er bij een alcoholpromillage van 1,5 geen belangrijke beperkingen zijn van het functioneren. Bij klaagster was er evident wel sprake van dergelijke beperkingen, zoals onder andere is gebleken uit haar opvallende rijgedrag. Uit het enkele feit dat iemand 20 kilometer met een auto heeft gereden kan niet worden afgeleid dat de intoxicatieverschijnselen zoals genoemd in de tekst niet aanwezig zijn geweest. Het gebrekkige rijgedrag dat is vastgesteld kan zeer wel passen bij de genoemde “impairment in motor performance”. Het vermoeden van tolerantie wordt daarmee onvoldoende onderbouwd.

5.7. Het belang van deze onderbouwing klemmt te meer nu in het rapport de motivering van de conclusie “alcoholmisbruik in ruime zin”, valt of staat met de veronderstelde tolerantie. Immers, bij gebreke van andere positief op ‘aanwijzingen voor alcoholmisbruik’ uitslaande parameters zoals in de onderhavige situatie, volgt uit de veronderstelde tolerantie een discrepantie met de anamnese, volgt daaruit de aannemelijkheid van onderrapportage van het normale alcoholgebruik en het alcoholgebruik ten tijde van de aanhouding, en volgt daaruit de conclusie “alcoholmisbruik in ruime zin”. De veronderstelde tolerantie dient dus als scharnierpunt voor de conclusie. Naar het oordeel van het college mist deze veronderstelling de mogelijkheid van een onderscheidend element en mist klaagster daarmee de kans op een voor haar positieve uitkomst, terwijl een

medische fundering dan wel daarop wijzende consensus binnen de beroepsgroep voor deze veronderstelling niet is aangetoond dan wel gebleken.

5.8. Uit het vorenstaande volgt dat het onderzoek door verweerster uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets der kritiek niet kan doorstaan. Verweerster biedt onvoldoende onderbouwing van haar verregaand oordeel over de vermeende effecten van alcohol bij het gegeven promillage. De conclusie is dat klachtonderdeel 1 gegrond is. Dit geldt ook voor klachtonderdeel 9 voor zover dit ziet op de zorgvuldigheid van de diagnose. Voor het overige valt klachtonderdeel 9 buiten de reikwijdte van de tuchtrechtelijke toets (zie 5.1.), zodat dit klachtonderdeel in zoverre wordt afgewezen.

Klachtonderdelen 2 t/m 5

5.9. Deze klachtonderdelen falen. Anders dan klaagster ter onderbouwing van klachtonderdeel 2 stelt, was verweerster in haar hoedanigheid van psychiater deskundig om het onderzoek te verrichten. Dit onderzoek omvatte een in opdracht van verweerster uitgevoerd bloedonderzoek en psychologisch onderzoek, alsmede een door haar zelf verricht somatisch onderzoek met een kort gesprek met klaagster. Dit onderzoek voldoet aldus aan de Richtlijn. Dat verweerster verder geen lichamenlijk onderzoek heeft gedaan, laat dit onverlet.

Anders dan in klachtonderdeel 3 is gesteld, doet aan dit oordeel niet af dat verweerster geen navraag heeft gedaan bij andere artsen. De Richtlijn verplicht daar immers niet toe en ook overigens is de noodzaak daartoe niet gebleken.

De klachtonderdelen 4 en 5 komen erop neer dat verweerster geen falsifiërend onderzoek heeft verricht, onder meer gericht op de persoonlijke omstandigheden en de eigen verklaring van klaagster. Uit het rapport blijkt dat verweerster onderzoek heeft verricht op de voor dit onderzoek tuchtrechtelijk relevante parameters, die overigens, op één na, negatief uitvielen ("geen aanwijzingen voor alcoholmisbruik", zie 2.4.). Deze klachtonderdelen falen derhalve.

De klacht (in onderdeel 5) dat verweerster zonder motivatie voorbij is gegaan aan de eigen verklaring van klaagster en deze verklaring daardoor feitelijk als leugenachtig heeft bestempeld, wordt in het licht van het voorgaande en als overigens niet onderbouwd, verworpen.

Klachtonderdelen 6 t/m 8

5.10. De klachtonderdelen 6 t/m 8 zien in essentie op de door klaagster gestelde gevolgen van het door haar gestelde klachtwaardig handelen van verweerster. Het tuchtrechtelijk toetsingskader is echter niet op deze gevolgen, wat daar verder van zij, gericht. Reeds daarom kunnen deze klachtonderdelen niet slagen.

Conclusie

5.11. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. Verweerster heeft in zoverre gehandeld in strijd met de zorg die zij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens klaagster had behoren te betrachten.

5.12. De oplegging van een waarschuwing is daarvoor de passende maatregel. Redengevend daarvoor is dat verweerster niet eerder tuchtrechtelijk is veroordeeld en dat het college niet is gebleken dat zij laakbaar heeft gehandeld in de gegeven context.

Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekendgemaakt.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart klachtonderdeel 1 gegrond;
- verklaart klachtonderdeel 9 gedeeltelijk gegrond;
- legt aan verweerster de maatregel van waarschuwing op;
- wijst de klacht voor het overige af.

Bepaalt voorts dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus beslist door:

mr. P.J. van Eekeren, voorzitter,
drs. M.A. de Meij, drs. J.M.C. van Dam en drs. P.A.M. Beker, leden-arts,
mr. A. van Maanen, lid-jurist,
bijgestaan door mr. G.H. Felix, secretaris,
en in het openbaar uitgesproken op 23 mei 2017 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG secretaris

WG voorzitter