

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2017/032GZP

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 23 januari 2017 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
klager,

tegen
C,
GZ-psycholoog,
werkzaam te B,
verweester,
gemachtigde: mr. J.C. Rous, advocaat te Rotterdam.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- de brief van de gemachtigde van verweester van 28 februari 2017;
- de machtiging van patiënte waarin zij klager toestemming geeft haar medische gegevens in de procedure te brengen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot 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 op de openbare zitting van 18 april 2017 behandeld.

Partijen waren aanwezig. Verweester werd bijgestaan door mr. Rous voornoemd. Voorts werd mevrouw D als getuige gehoord.

2. De feiten

2.1 Klager is psychiater en sinds mei 2007 de behandelaar van D (hierna: patiënte). Patiënte heeft een dienstverband maar werkt niet vanwege klachten. Een bedrijfsarts van E begeleidt haar en heeft haar arbeids(on)geschiktheid beoordeeld. Verweester is als GZ-psycholoog werkzaam voor E.

2.2. Op 5 juli 2016 heeft de bedrijfsarts verweester gevraagd om als interventiespecialist een oordeel te geven over de behandeling en begeleiding van patiënte door klager.

Verweerster heeft aan dat verzoek gehoor gegeven. Zij heeft daartoe bij klager informatie over patiënte opgevraagd en tweemaal met patiënte gesproken. In het eerste gesprek heeft verweerster de anamnese afgenomen. In het tweede gesprek heeft verweerster de anamnese afgerond en vervolgens aan patiënte advies gegeven.

2.3. Op 4 oktober 2016 heeft verweerster haar definitieve rapport aan de bedrijfsarts gestuurd met een kopie aan patiënte en haar huisarts. In het rapport staat, voor zover hier van belang:

(..)

Second opinion

(..)

Vraagstelling bedrijfsarts

Graag second opinion betreffende de huidige behandeling door de psychiater. Ik beoordeel deze als niet adequaat. Is het niet beter:

- a) Over te gaan tot minder medicatie (afbouwen) of zelfs stoppen met medicatie?
- b) Hoe beoordeel je de mate van zelfstandigheid/autonomie/zelfredzaamheid bij deze patiënte? Worden deze aspecten gestimuleerd door haar huidige behandeling?
- c) De psychiater in kwestie behandelt haar al 10 jaar. Hoe beoordeel je het effect van deze lange termijn behandeling op haar (in standhouden slachtofferpositie/passieve rol)?
- d) Graag indicatie over wat wel een geschikte behandeling zou zijn.

Procedure

Intakegesprek met cliënte, 1 augustus 2016

Verzoek om gegevens aan behandelaar, 5 augustus 2016

Antwoord behandelaar, medio augustus 2016

Adviesgesprek met cliënte, 8 september 2016

Uitgebreide inhoudelijke rapportage ten behoeve bedrijfsarts, 3 oktober 2016.

(..)

Beantwoording vraagstelling bedrijfsarts

Ad a Als niet-medicus kan onderzoeker hier geen uitspraak over doen. Zij kan zich echter (en mede vanwege langdurige ervaring in het werken in de sociale psychiatrie) zeer wel voorstellen dat de bedrijfsarts zich zorgen maakt hierover. Een collegiaal contact tussen bedrijfsarts en behandelaar is hier derhalve geïndiceerd.

Ad b De autonomie en zelfredzaamheid van betrokkene zijn matig te noemen. Deze aspecten lijken niet te zijn gestimuleerd in de behandeling.

Ad c Als een persoon 10 jaar lang onder behandeling is van een en dezelfde behandelaar met een en dezelfde insteek is het grootste rendement: steunen en structureren en bestendiging van de status quo. Uit de informatie van de behandelaar blijkt niet dat hij cliënte heeft aangezet tot actie.

Ad d De meest geschikte behandeling voor betrokkene is EMDR. Deze evidence based behandeling boekt over het algemeen snel resultaat, waardoor een cliënt weer hoop krijgt op (verder) herstel en waardoor motivatie en zelfvertrouwen intrinsiek zullen toenemen, ook om probleemgedrag in te zien en aan te pakken. Immers, aanpak van probleemgedrag is onverminderd nodig voor een positief eindresultaat!

Conclusie/advies

Er is sprake van een langdurige hulpverleningsrelatie en van afhankelijkheid van zowel de behandelaar als van de voorgeschreven medicatie. Betrokkene heeft naar eigen

zeggen behalve haar behandelaar weinig andere mensen in haar sociale netwerk op wie zij kan terugvallen.

Het is vanzelfsprekend dat er tijdens een psychotherapeutisch contact een zekere mate van afhankelijkheid (alsmede fenomenen van overdracht en tegenoverdracht) optreedt. Het is de taak van de behandelaar deze te onderkennen en met het oog op het belang van betrokkene te bewerken.

Betrokkene is loyaal naar haar huidige behandelaar toe en ziet de noodzaak van een wijziging van behandelaar en therapeutische insteek niet. Het bestaan van een afhankelijkheidsrelatie die van remmende invloed op haar is spreekt zij tegen.

Onderzoeker zet vraagtekens bij de duur van de behandeling en de forse hoeveelheid medicatie. **Het primaire signaal wat hiermee wordt afgegeven is dat betrokkene niet zonder huidige behandelaar en niet zonder medicatie kan.**

Onderzoeker is van mening dat de huidige behandeling te eenzijdig en te individueel gericht is. De status quo van betrokkene lijkt te worden bestendigd. Als de focus inderdaad primair op bestendiging van de status quo ligt is dit waarschijnlijk volgens de huidige behandelaar het maximaal haalbare. Is betrokkene daarvan op de hoogte? En indien ja, wat is dan haar toekomstperspectief? En wat is haar kwaliteit van leven?

Onderzoeker mist in de rapportage van de huidige behandelaar interventies die zijn gericht op stimulering van zelfredzaamheid en autonomie. Een psychotherapie op psychoanalytische en/of psychodynamische grondslag voorziet daar gewoonlijk in. Na 10 jaar behandeling zouden daar effecten van merkbaar moeten zijn.

Pratend over mogelijke therapeutische opties geeft betrokkene aan al zoveel gesprekken te moeten voeren dat zij daar nu niet op wil ingaan en/of zij daar nu geen behoefte aan heeft. Op de vraag hoe haar man zal reageren op behandelgesprekken samen met haar geeft zij het zelfde antwoord.

Als therapeutische optie stelt onderzoeker EMDR voor. Zodra betrokkene individuele zaken heeft verwerkt zal zij wellicht beter open kunnen staan voor hulpverlening inzake de relatie (PRT) en zal zij ook haar man waarschijnlijk kunnen motiveren tot het aangaan van gesprekken samen.

De farmacotherapie kan vooralsnog in handen blijven van haar huidige behandelaar, echter in nauw overleg met de EMDR-therapeut en inspelend op diens bevindingen tijdens het therapeutisch proces. Indien de EMDR-therapeut uit de specialistische GGZ komt kan in dat echelon tevens de farmacotherapie worden opgepakt. In dat geval uiteraard zorgvuldig toegewerkt te worden naar beëindiging van de therapie bij de huidige behandelaar.

Genoemde behandeloptie (EMDR) is echter alleen mogelijk indien betrokkene voldoende motivatie toont om haar status quo te veranderen. **Hierin heeft haar huidige behandelaar een cruciale rol. Het is van essentieel belang dat de huidige behandelaar betrokkene aanmoedigt tot het verkennen van andere therapeutische opties en het in gang zetten daarvan.** Hierdoor zal betrokkene zich gesteund voelen en met zijn welwillende en expliciete "toestemming" wellicht de stap zetten. Daarbij moet de huidige behandelaar zeker ruim aandacht geven aan de inherente rouwreactie vanwege het (op termijn) opgeven van de behandelrelatie.

(..)'HiHHi

3. De klacht en het standpunt van klager

Klager heeft in het klaagschrift zijn klacht geformuleerd. Op de zitting heeft klager zijn klacht gewijzigd en daarin volhard. Het college gaat uit van de gewijzigde klacht. Klager verwijt verweerder dat zij vijandig aan de belangen van patiënte heeft gehandeld. Zij

heeft de problematiek van patiënte te licht ingeschat, zowel in de twee gevoerde gesprekken als in haar rapportage. Volgens klager heeft ze daarmee de geloofwaardigheid van de beroepsgroep van klager geschaad. Met het indienen van de tuchtklacht heeft klager op willen komen voor de belangen van zijn patiënte in relatie tot haar werkgever. Die relatie was moeizaam. Klager heeft de werkgever willen bewegen patiënte ruimte te geven om te kunnen werken aan haar herstel.

4. Het standpunt van verweerster

Verweerster voert allereerst aan dat klager geen eigen belang heeft bij zijn klacht. Zij heeft verder de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

5.1 Allereerst dient de vraag te worden beantwoord of klager *als rechtstreeks belanghebbende in de zin van artikel 65 lid 1 onder a van de Wet BIG en derhalve als klachtgerechtigd kan worden aangemerkt. Partijen zijn beiden werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg.* Klager als psychiater en verweerster als GZ-psycholoog. Zij zijn in die zin collega's. Een klagende collega moet als medische professional een concreet belang hebben dat verband houdt met de individuele gezondheidszorg.

5.2. De klacht van klager ziet op de relatie tussen patiënte en verweerster en op de belangen van patiënte. Klager stelt daarnaast dat verweerster met haar handelen zijn beroepsgroep heeft geschaad. Klager heeft dus aan zijn stellingen geen bijzonder eigen belang verbonden en een dergelijk belang is ook niet gebleken. Nu een eigen belang van klager ontbreekt, kan hij *niet als rechtstreeks belanghebbende in de zin van artikel 65 lid 1 onder a Wet BIG worden aangemerkt. Dit betekent dat klager niet-ontvankelijk is in zijn klacht. Aan een inhoudelijke beoordeling van de klacht komt het college niet toe.*

5.3. *Uit het oogpunt van kwaliteitsbevordering merkt het college nog het volgende op. Verweerster neemt in haar rapport stevig stelling bij zowel de aard en de duur van de behandeling als bij de door haar aangedragen behandeloptie. Zij doet dit op basis van twee korte gesprekken met patiënte en de behandelinformatie die zij van klager heeft gekregen. Ook gaat zij in op het medicatiegebruik van patiënte. Aan verweerster wordt meegegeven zich in haar beroepsuitoefening blijvend af te vragen waar de grenzen van haar bevoegd- en bekwaamheden liggen.*

6. De beslissing

Het college verklaart klager niet-ontvankelijk in zijn klacht.

Aldus beslist door:

mr. M. van Walraven, voorzitter,

drs. P. Citroen, dr. R.J. Takens en drs. L.J.J.M. Geertjens, leden-gz-psycholoog,

mr. dr. R.E. van Hellemond, lid-jurist,

bijgestaan door mr. C.G.J. Pluijgers, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 30 mei 2017 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG secretaris

WG voorzitter