

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2018/429

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 3 oktober 2018 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
klager,
gemachtigde: M. Slot, verbonden aan Slot Verzuimbeheer,

tegen

C,
psychiater,
werkzaam te D,
verweerder,
gemachtigde: mr. M.J. de Groot, verbonden aan VvAA Rechtsbijstand te Utrecht.

1. De procedure

1.1. Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift met de bijlage;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- de op 11 februari 2019 door de gemachtigde van klager nagezonden productie 6 bij het klaagschrift.

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

1.3. De klacht is op 12 februari 2019 op een openbare zitting behandeld. Partijen waren aanwezig met hun gemachtigden voornoemd.

2. De feiten

2.1. Klager heeft zich in februari 2011 ziek gemeld in verband met psychische klachten. Het UWV heeft E ingeschakeld om een medische expertise laten te verrichten in het kader van de beoordeling van zijn arbeidsongeschiktheid. De vraagstelling luidde als volgt:

“(...) Cliënt is bekend in de voorgeschiedenis met verschillende behandelingen in verband met psychische klachten. Uit het huidige onderzoek blijkt dat cliënt zijn klachten als ernstig ervaart en dat de gebeurtenissen uit het verleden zijn leven tot op heden lijken te beïnvloeden. Graag wil ik van u het volgende weten:

- *Wat zijn de huidige diagnoses volgens de DSM-5?*
- *Wat zijn uw bevindingen bij specialistisch onderzoek?*
- *Is de tot op heden toegepaste therapie adequaat geweest*
- *Wat zijn de behandelmogelijkheden?*
- *Wat verwacht u voor de toekomst indien cliënt adequate therapie krijgt en volgt?*

2.2. Verweerder is psychiater en heeft in opdracht van E een psychiatrisch onderzoek verricht in het kader van de arbeids-(on)geschiktheid van klager. Hij heeft op 9 maart 2018 een consult met klager gehad. Klager had voorafgaande aan dit consult een gesprek met een psychologe in het kader van een biografisch onderzoek. Verweerder heeft een eindrapportage opgesteld en deze 2 mei 2018 teruggekoppeld aan het UWV. In deze rapportage staat onder meer:

“(...) Anamnese

Betrokkene vertelt dat hij zich per februari 2011 arbeidsongeschikt meldde in verband met klachten bestaande uit vermoeidheid, geheugenproblemen, spanning, paniekaanvallen, en chaos in het hoofd.

Een en ander brengt hij in verband met het overlijden van zijn vrouw. Hij is hierna eigenlijk continu heel druk geweest in zijn bedrijf. Daarnaast is zijn zwager overleden, en zegt hij dat zijn huis in de brand is geraakt, waardoor hij zijn huis uit moest. In die periode compenseerde hij al die spanning met het gebruik van kalmeringsmiddelen, hetgeen uiteindelijk leidde tot een behandeling bij de F, waar hij cold turkey is afgekickt.

(...)

De huidige klachten bestaan uit:

- *Slaapproblemen (...)*
- *Herbelevingen (...)*
- *Vermijding (...)*
- *Agitatie (...)*
- *Geheugen- en concentratieproblemen (...)*

Er is desgevraagd geen sprake van (pathologische) somberheid of anhedonie. (...).

Desgevraagd is betrokkene door de klachten in de problemen gekomen, met name op het gebied van werk. (...) De ernst daarvan wordt door betrokkene nu geschat op een 4 tot een 6 op een schaal van 1 tot 10 (waarbij 10 staat voor maximale klachten).

(...)

Relaties, kinderen, sociale contacten en hobby's

Betrokkene had vanaf zijn 27e jaar een relatie met zijn inmiddels overleden echtgenote, met wie hij in 1996 is getrouwd. Zij hadden een goede relatie. Hun oudste dochter is op 17 juni 1998 vlak voor de geboorte overleden ten gevolge van loslating van de placenta. Daarna hebben zij nog twee dochters gekregen. In 2006 werd bij zijn echtgenote kanker geconstateerd ten gevolge waarvan zij twee maanden later op 41-jarige leeftijd is overleden. (...)

(...)

*Samenvatting en beschouwing**

(...)

Met betrekking tot de objectiveerbaarheid van de klachten kom ik tot de volgende afweging. Het verhaal van betrokkene bevat geen duidelijke inconsistenties, ook niet ten opzichte van de meegezonden informatie komt plausibel over.

Hoewel de klachten van betrokkene voor een deel begrepen kunnen worden als een normale en invoelbare reactie op de geschetste psychosociale stressoren, lijkt de ernst van de klachten (inmiddels) daarmee niet meer in verhouding te staan. Juist deze disproportionaliteit maakt in dit geval een psychiatrische stoornis aannemelijk.

In termen van DSM-classificatie is daarbij sprake van een aanpassingsstoornis, ongespecificeerd, persisterend. (...) De symptomen zijn geen uiting van normale rouw. Er wordt daarbij niet voldaan aan de criteria voor een andere psychische stoornis.

In het bijzonder heb ik daarbij overwogen of er sprake is van een posttraumatische stressstoornis. Het klinisch-psychiatrische beeld is echter niet passend bij een dergelijke stoornis. Betrokkene heeft enkele ingrijpende verliezen gehad en kan het moeilijk verdragen hieraan te denken. Daarbij speelt afschuw een rol. De gebeurtenissen zijn echter niet traumatisch geweest in de zin dat ze angstaanjagend zijn geweest en nu leiden tot het herhaaldelijk weer ervaren van duidelijke symptomen van angst terwijl de angstaanjagende situatie voorbij is. Ook kijkend naar de DSM-5 criteria kan de classificatie posttraumatische stressstoornis niet gesteld worden.

Zo is het criterium dat de aard van de noodzakelijke psychotraumatische gebeurtenis beschrijft onvoldoende duidelijk aanwezig en ontbreken duidelijke negatieve veranderingen in cognities en stemming gerelateerd aan een duidelijke posttraumatische gebeurtenis. Hoewel betrokkene aangeeft geagiteerd te zijn en last te hebben van concentratieproblemen lijkt de ernst hiervan op basis van de anamnese en de bevindingen bij het psychiatrisch onderzoek niet dusdanig om duidelijk te kunnen spreken van verhoogde arousal en reactiviteit. (...) De door de huidige behandelaar gestelde diagnose posttraumatische stressstoornis kan ik met dit onderzoek, zoals hierboven toegelicht, niet bevestigen. Mijn conclusie van een aanpassingsstoornis, ongespecificeerd, persisterend kan wel in grote lijnen overeenkomen met diagnose burn-out zoals die in de voorgeschiedenis is gesteld.

(...)

Vraag 4: Wat zijn de behandelmogelijkheden?

Antwoord 4: Er is geen richtlijn aangaande de behandeling van een aanpassingsstoornis. In de regel wordt de behandeling vooral gericht op activering en op verbeteren en versterking van copingsvaardigheden in de omgang met de onderhoudende stressfactoren. Dit lijken mij in het geval van betrokkene ook goede uitgangspunten. Gezien het vooral reactieve karakter van de klachten dient gewaakt te worden voor onnodige medicalisering. Het verdient derhalve de voorkeur dat het re-integratiebeleid wordt vormgegeven vanuit de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar. Mochten verdere interventies daarbij noodzakelijk worden geacht dan wordt geadviseerd om niet zozeer de klachten als zodanig te behandelen, maar juist de onderliggende onderhoudende factoren als uitgangspunt voor het re-integratiebeleid te nemen. Eventueel kan voor het verbeteren van de copingsvaardigheden nog wel een verwijzing naar een GZ-psycholoog worden overwogen. In hoeverre het bovenstaande zich verhoudt met de behandeling die betrokkene op dit moment krijgt of in het verleden heeft gehad kan ik onvoldoende inschatten. U zou hiertoe mijn bevindingen aan betrokkene's behandelaar kunnen voorleggen.

Vraag 5: Wat verwacht u voor de toekomst indien cliënt adequate therapie krijgt en volgt?

Antwoord 5: *In prognostische zin gunstig is het feit dat het bij een aanpassingsstoornis in algemene zin gaat om lichte problematiek. Daarnaast geeft betrokkene aan werk erg belangrijk te vinden. In prognostische zin minder gunstig is de duur van de klachten. Daarnaast zal de prognose voor een belangrijk deel afhangen van het beloop van de diverse onderhoudende factoren (...) Dit alles overwegende schat ik de prognose in als betrekkelijk gunstig. (...)*”

2.3. Bij reactie van 11 april 2018 heeft klager aangegeven het niet eens te zijn met de conclusies van verweerder. Hij schrijft hierin onder meer:

“Betreft PTSS: Ik ben verbijsterd en emotioneel dat U niet diepgaand heeft doorgevraagd over mijn werk en privé trauma’s. Vooral de gigantische druk c.q. chantage waar ik onder heb gestaan om uiteindelijk min of meer gedwongen mijn aandelen te verkopen en afscheid te moeten nemen van de zaak na 25 jaar keihard werken heeft grote psychische krassen op mijn ziel gegeven. (...) Ik vermijd alles wat met mijn oud werk van doen heeft, het is te confronterend. Ik vind niets terug over dit in Uw verslag en voel mij niet beluisterd. Het in zeer hoog tempo afwerken van de DSM PTSS kenmerken zonder daadwerkelijk diep door te vragen, iets wat in dit onderzoek de kern zou moeten zijn, stoort mij zeer. (...)”

Verweerder heeft deze reactie integraal aan de rapportage gehecht, maar hierop verder geen inhoudelijke reactie gegeven.

2.4. Het UWV heeft het arbeidsongeschiktheidspercentage van klager na deze rapportage lager beoordeeld dan daarvoor, te weten op 74,65 %. Klager heeft bezwaar gemaakt tegen deze beslissing.

2.5. Tevens heeft (de gemachtigde van) klager verweerder per e-mail van 23 augustus 2018 vragen gesteld over de rapportage. Verweerder heeft klager in antwoord hierop laten weten dat het niet gebruikelijk is inhoudelijk op de rapportage in te gaan en (de gemachtigde van) klager hiervoor verder verwezen naar het UWV.

2.6. Klager heeft een rapportage d.d. 17 augustus 2018 overgelegd van zijn behandelend psycholoog G, waarin onder meer het volgende staat:

“(...) Verder kom ik op basis van de volgende waargenomen symptomen:

- 1. recidiverende, onvrijwillige en intrusieve, pijnlijke herinneringen aan psychotraumatische gebeurtenissen,*
- 2. recidiverende onaangename dromen en nachtmerries, waarvan de inhoud en het affect samenhangen met de psychotraumatische gebeurtenissen,*
- 3. dissociatieve reacties zoals flashbacks waarbij betrokkene voelt of handelt alsof de psychotraumatische gebeurtenissen opnieuw plaatsvinden,*
- 4. intense lijdensdruk bij blootstelling aan prikkels of gebeurtenissen die een aspect van de psychotraumatische gebeurtenissen symboliseren,*
- 5. duidelijke fysiologische reacties op interne of externe prikkels die een reactie lijken te zijn op de psychotraumatische gebeurtenissen,*
- 6. vermijden van het gespreksonderwerp rond de psychotraumatische gebeurtenissen naar de kinderen en naar vrienden of kennissen,*
- 7. vermindering van plaatsen die herinneren aan de psychotraumatische gebeurtenissen (denk aan H vermijden of de I),*
- 8. negatieve verandering in cognities en stemming, gerelateerd aan de psychotraumatische gebeurtenissen (denk aan wanhoop & depressie – pesten),*

9. onvermogen om bepaalde momenten rond de psychotraumatische gebeurtenissen te herinneren,
 10. persisterende overdreven negatieve overtuigingen, denk aan: zo gaat het, de wereld is slecht, als je een narcist tegenwerkt ga je daar aan onderdoor),
 11. persisterende negatieve gemoedstoestanden ten gevolge van genoemde psychotraumatische gebeurtenissen,
 12. persisterend onvermogen om positieve emoties te ervaren (denk aan het onvermogen om geluk, voldoening of liefde te ervaren na het trauma),
- tot de diagnose PTSS en wel op basis van de hier gegeven overtuigende rij aan symptomen.

Tijdens uw keuring wilde de UWV psychiater de diagnose PTSS niet bevestigen. Dat een arts of psychiater van de UWV dit geen PTSS wil noemen omdat er formeel geen "feitelijke blootstelling aan dreigende dood, ernstige verwonding of geweld" plaatsvond, vind ik eerlijk gezegd professioneel onbegrijpelijk. Onze vakliteratuur staat namelijk bol van casuïstiek inzake jarenlang intimideren, pesten, vernederen en stalken, waarna de beroepsgroep de diagnose PTSS wel zeker heeft gesteld.

Mijn stelling is dat de emotionele mishandeling en bedreiging die u heeft doorstaan wel degelijk valt onder de term "feitelijke blootstelling aan geweld".

Mijn diagnostisch oordeel luidt nog steeds PTSS (309.81) maar dan n.a.o. (niet anderszins omschreven) oftewel ongespecificeerd volgens de DSM normen of ik duid hier alsnog de andere gespecificeerde trauma- of stressor gerelateerde stressstoornis uit de DSM5 (309.89) op basis van de hierboven beschreven 12 bevindingen.

(...)

Perspectief en arbeids(on)geschiktheid

Blijkbaar heeft een herhaalde blootstelling aan distress en de herinnering aan een niet ondersteunende bejegening u weer volledig doen terugvallen in de PTSS. De burnout is (na de terugval) nog steeds daar en is als beperking nog onvoldoende behandeld.

Alle resultaten van EMDR, CGT, ontspanningsoefeningen, stress management, CGT en slaaphygiëne zijn als het ware in lucht opgelost. Uw 'weer terug bij af' –gevoel en de volledige terugval geven, wat mij betreft aan dat u in wezen niet meer belast kunt worden. Ik vrees zelfs voor het vastzetten en inslijpen van de totale klachtpresentatie.

De prognose en het perspectief van betrokkene is hiermee helaas slecht te noemen.

(...)

Het perspectief is bij herhaling somber: op termijn zal bij betrokkene ontstaan wat in de DSM-IV-TR werd omschreven als de ongedifferentieerde somatoforme stoornis (300.82). In de nieuwe versie van de DSM5 spreekt men inmiddels van een SSS: somatisch symptoom stoornis (300.82)

(...)

Een verre van aantrekkelijk perspectief, mogelijk resulterend in een langdurige toestand van een zekere mate van psychische onbelastbaarheid in termen van stress, distress, omgang met stressoren, (werk-)druk, moeizame bejegening, e.d.

(...)"

3. De klacht en het standpunt van klager

De klacht houdt - zakelijk weergegeven - in dat verweerder klager en zijn klachten niet serieus heeft genomen en dat de rapportage van 2 mei 2018 onzorgvuldig en onjuist is. Volgens klager verliep de medische expertise niet zoals dit verwacht mocht worden, is de rapportage zelf onzorgvuldig en onjuist wat betreft de bevindingen en conclusies en heeft verweerder ten onrechte zijn vragen hierover niet beantwoord.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Volgens verweerder voldoet zijn rapportage aan de in het tuchtrecht gestelde criteria. Voor zover nodig wordt daar hieronder nader op ingegaan.

5. De beoordeling

5.1. De klacht komt er in de kern op neer dat verweerder onzorgvuldig onderzoek heeft, althans een onjuiste rapportage heeft opgesteld, nu verweerder tot de conclusie komt dat het klinisch-psychiatrische beeld van klager niet past bij een post traumatische stressstoornis, terwijl zijn behandelend psycholoog op basis van een uitgebreide onderbouwing wel tot die diagnose kwam.

5.2. Aan verweerder is gevraagd een diagnose te geven volgens DSM-5 en een antwoord te geven op de vraag wat de behandelmogelijkheden van klager zijn. Dat is het kader van zijn opdracht. De arbeidsdeskundige bepaalt vervolgens op basis van die rapportage en andere medische gegevens de resterende arbeidsmogelijkheden, waarna het UWV de beslissing neemt. Deze beslissing is de eigen verantwoordelijkheid van het UWV en niet van verweerder.

5.3. Ter beoordeling van het college staat dus de vraag – kort gezegd - of verweerder zijn onderzoek binnen het kader van zijn opdracht zorgvuldig en conform de Beroepscode voor psychiaters heeft uitgevoerd. Zijn conclusies dienen navolgbaar en zorgvuldig te zijn, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard, waarbij dient te worden voldaan aan na te melden criteria voor de deskundigenrapportage.

Van belang in dit verband is verder dat het missen van de juiste diagnose (voor zover daarvan sprake zou zijn) op zichzelf geen tuchtrechtelijk verwijt hoeft op te leveren. Alleen indien zou komen vast te staan dat de manier waarop verweerder tot zijn - naderhand onjuist gebleken - diagnose is gekomen, niet zorgvuldig zou zijn, kan een klacht over het missen van een diagnose gegrond zijn.

5.4. De criteria waaraan een deskundigenrapport wordt getoetst, luiden:

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 kunnen 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 dient ten volle te toetsen of het onderzoek door de deskundige uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets der kritiek kan

doorstaan. Ten aanzien van de conclusie van de rapportage wordt beoordeeld of de deskundige in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen.

5.5. Naar het oordeel van het college is voldaan aan de (formele) vereisten die zijn genoemd onder 1 en 4. Hoewel ter zitting naar voren is gekomen dat wat betreft klager meer gewicht had moeten worden toegekend aan de gebeurtenissen die zich in de werkrelatie hebben voorgedaan, staan de ingrijpende gebeurtenissen die klager in zijn leven heeft meegemaakt verder wel beschreven in de rapportage en in aanvulling daarop in de door verweerder aan de rapportage gehechte reactie van klager.

5.6. Wat betreft het vereiste onder 2 (het hanteren van een geschikte methode van onderzoek) is ter zitting gebleken dat klager eerst een gesprek van (ongeveer) 2 uur heeft gevoerd met een psycholoog, die hiervan verslag heeft gedaan aan verweerder. Verweerder heeft dit biografische verslag gelezen voorafgaande aan zijn gesprek met klager. Hoewel het gesprek tussen klager en verweerder een stuk korter heeft geduurd (klager schatte dit op 30 minuten) en klager daarbij het gevoel heeft gehad dat er weinig interactie was omdat verweerder achter zijn laptop zat mee te typen, is dit samen met de tijd die de psycholoog heeft besteed aan het biografische onderzoek, op zich voldoende om de gevraagde beoordeling te kunnen maken.

Wat betreft het niet plegen van overleg met de behandelend psycholoog van klager, heeft verweerder aangevoerd dat hij in het kader van zijn onderzoek op basis van het verhaal van klager kennis heeft genomen van de door de behandelend psycholoog gestelde diagnose, maar zelf op basis van de geldende DSM-criteria tot een ander oordeel is gekomen. Het klinisch psychiatrisch beeld was volgens verweerder niet passend bij de diagnose posttraumatische stress stoornis, zodat die DSM-classificatie niet kon worden gesteld, reeds omdat volgens hem niet was voldaan aan een van de (kern)criteria: blootstelling aan dreigende dood of een secundaire blootstelling aan een niet natuurlijke dood. Omdat hierover bij verweerder geen onduidelijkheid bestond, zag hij geen aanleiding voor overleg. Deze handelwijze is in dit geval niet zodanig dat het tuchtrechtelijk verwijtbaar is. De omstandigheid dat de behandelend psycholoog tot een andere diagnose komt dan een psychiater in zijn hoedanigheid van onafhankelijk medisch adviseur, brengt a priori niet met zich dat de medisch adviseur met de behandelend psycholoog had moeten overleggen. Nu verweerder uitgebreid heeft gedocumenteerd wat zijn overwegingen zijn geweest om de eerder gestelde diagnose over te nemen dan wel te verwerpen wordt het nalaten in dit geval dan ook niet als onzorgvuldig aangemerkt.

5.7. Met betrekking tot de vereisten onder 3 en 5 wordt het volgende overwogen. In aanmerking genomen de ingrijpende gebeurtenissen die klager in zijn leven heeft meegemaakt en zijn karakterstructuur, kan anders worden gedacht over het verwerpen van de diagnose PTSS en het stellen van de diagnose aanpassingsstoornis (ongespecificeerd, persisterend). Verweerder heeft de verwerping van de diagnose PTSS in zijn conclusie op zichzelf echter wel voldoende onderbouwd en deze conclusie (dat het klinisch-psychiatrische beeld niet passend is bij een dergelijke stoornis) is ook navolgbaar gelet op de criteria van de DSM (waar de vraagstelling van het UWV immers op gericht was).

Het aan verweerder gevraagde oordeel met betrekking tot de resterende behandel mogelijkheden is eveneens voldoende navolgbaar. Ook hier kan anders over gedacht worden gezien de lange behandelgeschiedenis van klager, maar verweerder heeft dat in de rapportage niet miskend: in de rapportage heeft hij opgenomen dat sprake is van een persisterende aanpassingsstoornis, dat de prognose voor een belangrijk deel zal

afhangen van het beloop van de diverse onderhoudende factoren en dat de duur van de klachten in prognostische zin minder gunstig is. Verweerder adviseert het UWV wat betreft de (resterende) behandelmogelijkheden ook contact op te nemen met de behandelaar van klager. In verband met de diagnostiek zoals verweerder die stelt, is het navolgbaar dat hij komt tot een pragmatisch voorstel voor re-integratie dat praktisch te zien vorm te geven is vanuit de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar. Niet gebleken is dat verweerder, die naast medisch adviseur ook nog werkzaam is als behandelaar, door aldus te adviseren buiten zijn expertise als psychiater is getreden.

5.8. Ten slotte is het integraal aanhangen van opmerkingen van klager aan de rapportage niet ongebruikelijk. Het correctierecht strekt tot aanpassing van (evidente) feitelijke onjuistheden en niet tot aanpassing van beschouwingen en conclusies. Evenmin is verweerder als niet-behandelaar gehouden met klager te corresponderen over zijn onderzoek en bevindingen. Verweerder heeft door dit na te laten niet tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld

5.9. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht ongegrond is. Verweerder kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.

6. De beslissing

Het college:

- wijst de klacht af.

Aldus beslist door:

G.M. Boekhoudt, voorzitter,

T.A. Wouters, H.N. Koetsier, I Boekhout, leden-arts,

J. Recourt, lid-jurist,

bijgestaan door C. Neve, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 25 maart 2019 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG
secretaris

WG
voorzitter