

## CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2019.109

### **CENTRAAL TUCHTCOLLEGE** **voor de Gezondheidszorg**

Beslissing in de zaak onder nummer C2019.109 van:

A., psychiater, werkzaam te B., appellant, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde:  
mr. M.J. de Groot, advocaat te Hilversum.

tegen

C., wonende te D., E., verweerster, klaagster in eerste aanleg,  
gemachtigde: A.M.M. Valize te Brunssum.

1. Verloop van de procedure

F. – hierna: moeder – heeft op 6 juni 2018 mede namens haar zoon G. – hierna: broer – bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven tegen A. – hierna de psychiater – een klacht ingediend. Na het overlijden van moeder en broer heeft C. – respectievelijk dochter en zus van moeder en broer, hierna klaagster – de klacht voortgezet. Bij beslissing van 4 april 2019, onder nummer 1888, heeft het Regionaal Tuchtcollege de klacht gegrond verklaard, aan de psychiater de maatregel van berisping opgelegd en bepaald dat de beslissing, zodra zij onherroepelijk is geworden, zal worden gepubliceerd in de Staatscourant en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften ‘Medisch Contact’ en ‘Tijdschrift voor Gezondheidsrecht’.

De psychiater is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. Klaagster heeft geen verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 3 december 2019, waar zijn verschenen de psychiater, bijgestaan door mr. M.J. de Groot, voornoemd. De psychiater en zijn gemachtigde hebben het standpunt van de psychiater nader toegelicht. Klaagster is met bericht van verhindering niet verschenen.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd. Hierbij is de psychiater aangeduid als verweerder.

*“2. De feiten*

*Het gaat in deze zaak om het volgende.*

*Verweerder heeft een behandelrelatie gehad met de moeder van klaagster (hierna: moeder), geboren in 1961 en met de broer van klaagster (hierna: broer), geboren in 1985. Moeder heeft tegen verweerder mede namens broer een klacht ingediend bij dit college. Moeder en broer zijn in 2018 door zelfdoding om het leven gekomen. Klaagster heeft vervolgens de klacht voortgezet.*

*De huisarts van moeder heeft op 23 november 2015 een verwijfsbrief geschreven naar de afdeling psychiatrie van het ziekenhuis waar verweerder als psychiater werkzaam is. Deze brief luidt, voor zover thans van belang, als volgt (citaat inclusief taal- en typefouten):*

*“ (...)*

*Reden van verwijzing:*

*(...)*

*We begrepen dat uw team ook eventueel, indien geschikt, andere behandelopties toepast, zoals rTMS, of stimulatie van het brein. Zou hier een mogelijkheid liggen voor patiënte? We zijn op zoek naar een andere psychiater met een nieuwe visie op depressie (dit is dus niet bedoeld als second opinion!). Naast de bipolaire stoornis heeft patiënte nog last van een slaapstoornis en een milde vorm van autisme, waarmee patiënte een normaal en zelfstandig leven leidde, (...)."*

*Op 1 december 2015 heeft verweerder moeder op de polikliniek van het ziekenhuis gezien. Hierbij was ook de gemachtigde van klaagster, indertijd de autismecoach van moeder, aanwezig.*

*Op aanvraag van verweerder heeft moeder op 7 januari 2016 een psychologisch onderzoek ondergaan. Op basis van dit onderzoek heeft een klinisch-psycholoog op 25 januari 2016 gerapporteerd. Dit rapport luidt, voor zover thans van belang, als volgt:*

*" (...)*

*Op grond van deze dynamiek komt er een patroon van algehele sociale vermijding op de voorgrond, maar zoekt ze op indirecte wijze naar erkenning en gezien willen worden, met een zekere mate van hypervigilantie en hypersensitiviteit voor afwijzing. Dit gaat samen met een egocentrische positie, die niet als autistiform kan worden geduid.*

*(...)*

*Structuurbehoefte berust op de onderliggende afhankelijkheid, niet op autistiforme rigiditeit.*

*(...)"*

*Op 2 februari 2016 stond het uitslaggesprek van dit onderzoek met verweerder gepland. Dit gesprek heeft niet plaatsgevonden. Op 2 februari 2016 schreef verweerder aan de huisarts van moeder, voor zover thans van belang, als volgt:*

*" (...)*

*Vg: Autisme (1993 prof. [volgt naam Belgische hoogleraar]); BP-II stoornis (dr. [volgt naam arts]; OCD-klachten; eetstoornis (2000)*

*(...)*

*(Hetero-)anamnese (...)*

*Medicatie: (...)*

*PO: (...)*

*Persoonlijkheidsonderzoek: (...)*

*DD/Conclusie: Gestagneerde persoonlijkheidsontwikkeling/afhankelijkheid van benzodiazepines bij afhankelijke vrouw met hechtingsproblematiek en cluster B/C kenmerken. Geen aanwijzingen voor autisme(-spectrumstoornis) en/of bipolaire stoornis.*

*Advies: Verwijzing voor psychotherapie (zie Persoonlijkheidsonderzoek) (...).*

*(...)"*

*De huisarts van broer heeft op 16 februari 2018 een verwijsbrief geschreven aan verweerder. Deze brief luidt, voor zover thans van belang, als volgt:*

*" (...)*

*In verband met depressie icm OCD graag uw expertise, met name gedacht richting ECT?*

*(...)"*

*Op 8 maart 2018 heeft verweerder broer op de polikliniek van het ziekenhuis gezien. Daarbij was de gemachtigde van klaagster, indertijd ook de autismecoach van broer, aanwezig.*

*In de decursus staat bij de datum van 8 maart 2018 onder "Anamnese en onderzoek":*

“ (...)
(Hetero-)An: (...)
(...)

Voorstel: diagnostische (dag-)opname gedaan (PO/NPO/beeldvorming/evt. consult klinische genetica etc.); (...)

DD/Conclusie: (...)

Er is mi geen sprake van een ernstige stemmingsstoornis; er bestaat dan ook geen indicatie voor ECT (PM ECT geen effect op OCD).

Nadere (persoonlijkheden- en systeem) diagnostiek lijkt aangewezen, evenals neuropsychologisch- en somatisch onderzoek.”

Op 12 maart 2018 schreef verweerder aan de huisarts van broer, voor zover thans van belang, als volgt:

“ (...)

DD/Conclusie: Beperkte man, bekend met oa OCD/autisme, met persisterende depressieve klachten, ondanks rTMS/medicatie en vraag voor ECT. (...)

Er is mi geen sprake van een ernstige stemmingsstoornis; er bestaat dan ook geen indicatie voor ECT (...).

Nadere (persoonlijkheden- en systeem) diagnostiek lijkt aangewezen, evenals neuropsychologisch- en somatisch onderzoek.

Beleid: Diagnostiek in (dag-)klinische setting.

Patient denkt na over voorstel en belt dd 12-3-18 terug.

Decursus: Patient heeft dd 12-3-2018 aangegeven af te zien van verdere diagnostiek.

Het contact is formeel afgesloten.

(...)”

3. Het standpunt van klaagster en de klacht

Klaagster verwijt verweerder, kort en zakelijk weergegeven, dat hij zonder enige gedegen onderbouwing mensen diagnosticeert en eerder gestelde diagnoses, die grondig zijn gesteld door collega-artsen, zonder meer van tafel veegt, zonder met deze collega-artsen ook maar enig contact hierover op te willen nemen. Verweerder is wegens zijn narcistische gedrag een gevaar voor mensen, zoals moeder en broer, die hem als laatste redmiddel zien.

De klacht wordt, wat betreft moeder, als volgt nader toegelicht. Verweerder heeft bij moeder de diagnose autisme verworpen omdat zij hem aankeek. Deze conclusie is achterhaald en daarmee nam verweerder ook zijn collega's, die na lang en gedegen onderzoek tot hun diagnose waren gekomen, niet serieus.

Wat betreft broer wordt toegelicht dat hij zich tot verweerder had gewend in de hoop dat zijn depressies konden worden behandeld door middel van ECT (elektroconvulsie-therapie), welke therapie zijn laatste hoop was. Broer kwam volgens verweerder niet in aanmerking voor ECT omdat hij geen zware depressie had. De zorgvuldig onderzochte diagnose van de psychiaters van broer werd door verweerder verworpen en daarmee nam verweerder ook hen niet serieus.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder ontkent dat hij diagnoses van andere specialisten verwerpt en binnen enkele minuten een andere diagnose stelt. Vanuit zijn rol als uitvoerder van second opinions bij bijvoorbeeld stagnerende behandelingen, stelt verweerder diagnoses wel eens ter discussie. Daarbij betreft verweerder altijd eerdere correspondentie en neemt hij, als dat nodig is, contact op met eerdere behandelaren.

In het geval van moeder heeft verweerder een (neuro-)psychologisch onderzoek geadviseerd, waaraan zij heeft meegewerkt. Verweerder heeft op basis van het (neuro-

*)psychologisch onderzoek en het contact - er waren adequate sociale cognities - de diagnose gesteld dat er bij moeder geen sprake was van autisme. De klinisch-psycholoog, die zeer ervaren is, heeft ook heel duidelijk gerapporteerd dat er bij moeder geen sprake was van autisme. Verweerder heeft in dit stadium niet overwogen om bij de Belgische hoogleraar, die eerder bij moeder de diagnose autisme had gesteld, de papieren betreffende moeder op te vragen. Daardoor zou de conclusie van verweerder toch niet zijn veranderd. Op het consult, dat stond gepland om de uitkomst te bespreken, is moeder vervolgens niet verschenen, waarna verweerder op basis van het verrichte onderzoek een verwijzing heeft gedaan voor psychotherapie. Verweerder heeft moeder geen behandelingen ontzegd.*

*Evenmin heeft verweerder broer een behandeling ontzegd. Volgens verweerder was er geen indicatie voor ECT. Broer had weliswaar een depressie, maar bij hem was er geen ernstige stemmingsstoornis en ECT heeft weinig tot geen effect op OCD (obsessieve compulsieve stoornis). In het geval van broer was de dwang prominenter dan de depressie en dan doet ECT niets. Verweerder heeft ter zitting medegedeeld dat hij tijdens het consult aan broer een voorstel heeft gedaan voor een diagnostische (dag)opname (PO/NPO/beeldvorming/evt. consult klinische genetica etc.), dat broer hierover wilde nadenken en zou terugbellen.*

*Op 12 maart 2018 heeft broer evenwel aangegeven af te willen zien van het aanbod voor diagnostiek in een (dag-)klinische setting.*

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

*Het college zal allereerst het klachtonderdeel bespreken dat betrekking heeft op moeder. In de kern verwijt klaagster verweerder dat hij ten aanzien van moeder de diagnose autisme heeft verworpen.*

*Het college stelt voorop dat tussen partijen niet in geschil is dat de Belgische hoogleraar ten aanzien van moeder eerder de diagnose autisme had gesteld.*

*Verweerder is van mening dat ten aanzien van moeder deze diagnose niet kan worden gesteld. In de brief aan de huisarts van moeder van 2 februari 2016 (zie onder 2. De feiten) heeft verweerder als differentiaaldiagnose (DD)/conclusie opgenomen dat er bij moeder geen aanwijzingen zijn voor autisme(-spectrumstoornis). Verweerder heeft ter zitting aangegeven dat hij bij het stellen van deze differentiaaldiagnose/conclusie is uitgegaan van het rapport van de klinisch psycholoog van 25 januari 2016 en van zijn eigen contact met moeder op 1 december 2015.*

*In de 'Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autisme-spectrumstoornissen bij volwassenen' van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Nederlands Instituut van Psychologen uit 2013 (hierna: de richtlijn uit 2013) worden de verschillende fasen van herkenning en diagnostiek van autismspectrumstoornissen (ASS), waartoe ook de autistische stoornis wordt gerekend, als volgt omschreven. Als na de fase van case identification de aanwezigheid van een ASS als mogelijke hypothese waarschijnlijk is, volgt het specialistisch onderzoek, in de 'Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen' van de NVvP uit 2004 aangeduid als het 'psychiatrisch onderzoek'. Daaronder wordt verstaan:*

*“ de consistente, systematische en consequente evaluatie van de oorzaken, de symptomen, het beloop en de gevolgen van een mogelijke psychiatrische stoornis bij een individuele patiënt, om te komen tot een hierop gericht behandelvoorstel en om eventuele andere door de patiënt of verwijzer gestelde vragen te kunnen beantwoorden.”* Blijkens de richtlijn uit 2013 bestaat dit specialistisch onderzoek uit een aantal (hierna te noemen) fasen.

*Ingevolge die richtlijn wordt vervolgens in een multidisciplinair overleg de balans opgemaakt en is eventueel aanvullend onderzoek geïndiceerd. Dit kan een psychologisch onderzoek (intelligentieonderzoek, neuro-psychologisch onderzoek of persoonlijkheidsonderzoek) zijn.*

*Uit niets blijkt dat verweerder in het kader van de door hem te stellen diagnose een specialistisch onderzoek heeft verricht (anders dan een psychiatrisch onderzoek in engere zin en een psychologisch onderzoek) met de volgende in de richtlijn uit 2013 genoemde fasen: de algemene anamnese, speciële anamnese, heteroanamnese, ontwikkelingsanamnese, gedragsobservaties door de onderzoeker met extra aandacht voor ASS-kenmerken, beschikbare informatie voorgeschiedenis en op indicatie somatische screening en onderzoek.*

*Dit betekent dat verweerder bij zijn conclusie dat de diagnose autisme, wat betreft moeder, moet worden verworpen, niet alle in de richtlijn uit 2013 genoemde fasen heeft doorlopen.*

*Verweerder heeft ter zitting aangegeven dat in het uitslaggesprek met moeder een voorlopige conclusie zou worden gegeven en dat hij in dat uitslaggesprek aan moeder het advies voor psychotherapie zou hebben gegeven. Het college stelt echter vast dat het uitslaggesprek niet heeft plaatsgevonden; moeder is daarop immers niet verschenen en verweerder heeft zijn standpunt in de brief van 2 februari 2016 aan de huisarts van moeder dat er geen aanwijzingen zijn voor een autisme(-spectrumstoornis) niet als een voorlopige, maar als een definitieve conclusie gepresenteerd, met als advies verwijzing naar een psychotherapeut. Verdere behandeling bij verweerder was daarmee niet aan de orde.*

*Uit het voorgaande volgt dat de conclusie van verweerder niet, althans onvoldoende, overeenkomstig de richtlijn uit 2013 was gefundeerd. Daarmee heeft verweerder aan moeder niet de zorg verleend, die in de omstandigheden van het geval van een redelijk bekwaam arts mocht worden verlangd. Dit is hem tuchtrechtelijk ernstig te verwijten. Dit klachtonderdeel is gegrond.*

*Met het klachtonderdeel voor zover dat betrekking heeft op broer, verwijt klaagster verweerder in essentie dat hij broer niet in aanmerking heeft laten komen voor ECT. Het college neemt als uitgangspunt dat blijkens de decursus (zie onder 2. De feiten) er bij broer geen indicatie was voor ECT. Het college gaat ervan uit dat verweerder broer overeenkomstig de decursus, die volgens verweerder het verslag is van het consult op 8 maart 2018, heeft geïnformeerd. Het college verwijst in dat verband ook naar de brief van verweerder aan de huisarts van broer van 12 maart 2018 (zie onder 2. De feiten). In deze brief herhaalt verweerder dat er bij broer geen indicatie was voor ECT.*

*Tijdens het mondeling vooronderzoek heeft verweerder verklaard dat hij tijdens het consult op 8 maart 2018 zowel verbaal als non-verbaal niet de signalen heeft gekregen die passen bij een ernstige depressie bij broer, volgens verweerder een vereiste voor indicatie voor ECT. Tijdens het mondeling vooronderzoek heeft verweerder ook verklaard dat hij een inschatting heeft gemaakt, die hij nader wilde toetsen in een dagbehandeling. Verder heeft verweerder ter zitting toegelicht dat hij op basis van het consult een eerste indruk heeft gegeven wat betreft de indicatie voor ECT en dat hij bij broer verder onderzoek in dagbehandeling wilde doen om een en ander te toetsen.*

*Uit niets blijkt dat verweerder, toen hij op 8 maart 2018 aan broer aangaf dat hij niet geïndiceerd was voor ECT, enig voorbehoud heeft gemaakt en broer heeft geïnformeerd dat het een voorlopige conclusie betrof die hij in het kader van een dagbehandeling verder wilde toetsen. Uit de eigen verklaring van verweerder tijdens het mondeling vooronderzoek en ter zitting volgt dat zijn conclusie tijdens het consult op 8 maart 2018*

*dat broer geen indicatie had voor ECT, voorbarig was. Naar het oordeel van het college was deze conclusie daarmee op dat moment niet juist. Er was immers, zo blijkt nu, sprake van een voorlopig oordeel, dat nog nader moest worden getoetst. Verweerder had zijn conclusie dat broer niet was geïndiceerd voor ECT, moeten aanhouden. Het klachtonderdeel is dan ook gegrond. Nu verweerder broer niet volledig heeft geïnformeerd, heeft hij daarmee voorts niet voldaan aan de in gevolge artikel 7:448 BW op hem rustende verplichting om de patiënt juist te informeren. Dit alles is verweerder tuchtrechtelijk ernstig te verwijten.*

#### *De maatregel*

*De slotsom is dat het college de klacht gegrond zal verklaren. Het tuchtrechtelijke verwijt dat verweerder, wat betreft de beide gegronde klachtonderdelen, moet worden gemaakt, is, zoals het college heeft overwogen, ernstig. Ter zitting heeft verweerder er in het geheel geen blijk van gegeven inzicht te hebben in de ernstige verwijtbaarheid van zijn handelen of nalaten. Aan verweerder zal dan ook de maatregel van berisping worden opgelegd.*

*Om redenen aan het algemeen belang ontleend, bepaalt het college dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden gepubliceerd.”*

#### 3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

#### 4. Beoordeling van het beroep

4.1 Het beroep van de psychiater is gericht tegen de gegrondverklaring van de klacht en de oplegging van de maatregel van berisping. Hij verzoekt het Centraal Tuchtcollege om de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege te vernietigen en de klacht alsnog ongegrond te verklaren. Hiermee ligt de oorspronkelijke klacht in volle omvang voor.

4.2 Klaagster verwijt de psychiater dat hij zonder deugdelijke onderbouwing mensen diagnosticeert en eerder gestelde diagnoses van collega-artsen zonder meer van tafel veegt, zonder hierover met deze collega-artsen contact op te willen nemen. De psychiater is volgens klaagster vanwege zijn narcistische gedrag een gevaar voor mensen, zoals moeder en broer, die hem als laatste redmiddel zagen.

#### *Het klachtonderdeel betreffende moeder*

4.3 In de kern verwijt klaagster de psychiater dat hij ten aanzien van moeder de diagnose autisme heeft verworpen. Moeder werd op 23 november 2015 door haar huisarts verwezen naar de afdeling psychiatrie van het ziekenhuis waar de psychiater werkzaam is. In de verwijfsbrief was vermeld dat moeder bekend was met stemmingsproblemen samenhangend met een bipolaire stoornis. Zij was hiervoor geruime tijd met verschillende medicijnen behandeld, echter zonder resultaat. Moeder was recent zo wanhopig dat zij alle gebruik van medicatie had gestaakt, maar was toen in een zeer diepe depressie geraakt. De huisarts gaf aan dat moeder de behandelrelatie met een andere psychiater in goed overleg had beëindigd en dat zij nu op zoek was naar een psychiater met een nieuwe visie op depressie, die andere behandelmethoden (dan medicatie), zoals stimulatie van het brein, toepaste. De huisarts vermeldde daarbij verder nog dat moeder behalve met een bipolaire stoornis bekend was met een slaapstoornis en een milde vorm van autisme, waarmee moeder een normaal en zelfstandig leven leidde, maar waarvoor zij begeleiding van een coach kreeg.

4.4 Het Centraal Tuchtcollege leidt uit deze verwijfsbrief af dat de behandeling van de stemmingsproblemen van moeder was vastgelopen en dat de verwijzing erop was

gericht dat de psychiater (of zijn team) zijn visie zou geven op alternatieve behandel-mogelijkheden, zoals stimulatie van het brein. De vraag van de huisarts aan de psychiater had een breed karakter en had niet specifiek betrekking op de vraag of bij moeder sprake was van autisme. De psychiater heeft de verwijzing geïdentificeerd als een verzoek om een second opinion te geven, met dien verstande dat, anders dan bij een reguliere second opinion, hem ook werd gevraagd zo mogelijk de behandeling over te nemen.

4.5 Ter zitting heeft de psychiater onweersproken gesteld, dat hij tijdens het consult op 1 december 2015 met moeder heeft gesproken over het doel van het consult en dat hierover bij moeder geen onduidelijkheid of verschil van mening bestond. De psychiater kwam vervolgens op basis van de anamnese, hetero-anamnese en psychiatrisch onderzoek tot een ruime differentiaal diagnose. De psychiater had daarbij kennelijk zijn twijfels bij de diagnose autisme, maar nam deze hierin wel mee. Hij achtte verdere diagnostiek noodzakelijk en heeft daarom bij moeder uitgebreid psychologisch en neuropsychologisch onderzoek laten verrichten. Uit de aanvraag voor dit onderzoek kan naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege worden afgeleid dat het de bedoeling was dat hierbij ook aandacht zou worden besteed aan (kenmerken van) autisme – naast OCD en dysthymie / depressie.

4.6 Gevraagd naar zijn gebruikelijke werkwijze bij het geven van een second opinion heeft de psychiater ter zitting aangegeven dat, wanneer een verwijzend arts bij de verwijsbrief medische informatie voegt, zoals specialistenbrieven, hij hier gewoonlijk pas kennis van neemt nadat hij eerst zelf met de patiënt heeft gesproken en al een eerste indruk heeft kunnen vormen van de gezondheidstoestand van de patiënt. De psychiater wil zo bevorderen dat hij onbevangen naar de patiënt kan kijken. Deze werkwijze ontmoet bij het Centraal Tuchtcollege geen bedenkingen.

4.7 In het geval van moeder was bij de verwijsbrief echter geen medische informatie gevoegd. De psychiater beschikte dus ook niet over schriftelijke stukken, anders dan de verwijsbrief van de huisarts, waaruit bleek dat bij moeder in 1993 (een lichte vorm van) autisme was vastgesteld. De psychiater zag in december 2015 nog geen noodzaak om, zoals door moeder voorgesteld, hierover contact op te nemen met de psychiater die deze diagnose indertijd zou hebben gesteld. Naar eigen zeggen heeft de psychiater tijdens het consult met moeder aangegeven dat eventueel in een later stadium te zullen doen. Het Centraal Tuchtcollege acht dit standpunt van de psychiater in dat vroege stadium van het onderzoek te billijken.

4.8 Uit het onderzoeksrapport van de klinisch psycholoog naar aanleiding van het uitgevoerde (neuro)psychologisch onderzoek kan onder meer worden afgeleid dat er volgens hem geen aanwijzingen waren dat bij moeder sprake was van autistische kenmerken. Op basis van dit rapport en van zijn eigen psychiatrisch onderzoek heeft de psychiater zich op het standpunt gesteld dat bij moeder (onder meer) sprake was van een gestoorde persoonlijkheidsontwikkeling en cluster B/C kenmerken. Hij zag toen geen aanwijzingen voor een autismespectrumstoornis en/of een bipolaire stoornis. De psychiater had zijn bevindingen tijdens een gepland uitslaggesprek op 2 februari 2016 met moeder willen bespreken, met als advies verwijzing naar een psychotherapeut, maar moeder is niet op dat consult verschenen. De psychiater heeft vervolgens in voormelde brief van 2 februari 2016 aan de huisarts zijn bevindingen opgenomen. Hij heeft nadien geen contact meer gehad met moeder.

4.9 In aanmerking nemend dat de psychiater werd gevraagd om zijn visie te geven op eventuele alternatieve behandel-mogelijkheden, stond het hem naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege vrij om de eerder door anderen gestelde diagnoses te heroverwegen en daar zijn eigen oordeel over te vormen. De eerste bevindingen van de psychiater lijken ook zeker verdedigbaar. Anders dan het Regionaal Tuchtcollege,

acht het Centraal Tuchtcollege voldoende aannemelijk dat de psychiater op 2 februari 2016 nog niet tot een definitieve diagnose was gekomen. Hij zag zelf geen aanwijzingen voor autisme, maar daarmee was deze diagnose op dat moment nog niet volledig uitgesloten. De psychiater heeft zijn bevindingen ook niet als definitief gepresenteerd. Er was sprake van een nog lopend (onderzoeks)proces, dat echter door het wegblijven van moeder bij het geplande consult op 2 februari 2016 niet is afgerond. Zoals de psychiater terecht stelt, had, wanneer moeder daar wel was verschenen, wellicht bij vervolcontacten op de poli met haar een vervolgbehandeling (dan wel vervolgonderzoek) kunnen worden besproken.

4.10 Al het vorenstaande bijeengenomen, komt het Centraal Tuchtcollege tot de conclusie dat de psychiater, waar het gaat om moeder, met de vereiste zorgvuldigheid te werk is gegaan. Hem kan, gelet op wat hiervoor is overwogen, niet tuchtrechtelijk worden verweten dat hij zonder enige onderbouwing mensen diagnosticeert en eerder gestelde diagnoses, meer in het bijzonder de diagnose autisme, zonder meer van tafel veegt. Daarbij ziet het Centraal Tuchtcollege, gezien ook het brede karakter van de vraag van de huisarts aan de psychiater, geen grond voor het oordeel dat het handelen van de psychiater moet worden getoetst aan de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen*.

4.11 Dit betekent dat het Regionaal Tuchtcollege het klachtonderdeel betreffende moeder ten onrechte gegrond heeft verklaard.

*Het klachtonderdeel betreffende broer*

4.12 Klaagster verwijt de psychiater in essentie dat hij broer ten onrechte niet in aanmerking heeft laten komen voor shocktherapie, omdat volgens de psychiater broer niet leed aan een zware depressie. Broer werd op 16 februari 2018 door de huisarts naar de psychiater verwezen. In de verwijfsbrief was vermeld: "Graag uw S-GGZ onderzoek en therapie voor deze mij bekende patiënt waar diverse therapieën geen / onvoldoende effect hebben gehad. In verband met depressie in combinatie met OCD graag uw expertise, met name gedacht richting ECT?". De probleemlijst vermeldde onder meer autismespectrumstoornis, OCD en dwanggedachten.

4.13 Nadat de psychiater broer op 8 maart 2018 op de polikliniek van het ziekenhuis had gezien, heeft hij zijn bevindingen opgenomen in de decursus en in zijn brief aan de huisarts van 12 maart 2018. Zakelijk weergegeven was er volgens de psychiater sprake van een beperkte man, bekend met OCD en autisme, met persisterende depressieve klachten, ondanks RTMS en medicatie. Er was geen sprake van een ernstige stemmingsstoornis en er bestond dan ook geen indicatie voor ECT. ECT zou ook weinig tot geen effect hebben op OCD, aldus de psychiater. Hij gaf daarbij wel aan dat nadere (persoonlijkheids- en systeem) diagnostiek aangewezen leek, evenals neuropsychologisch- en somatisch onderzoek, een en ander in een (dag)klinische setting.

4.14 Gelet op de stukken en het verhandelde ter zitting, acht het Centraal Tuchtcollege, voldoende aannemelijk dat de conclusie van de psychiater dat bij broer geen sprake was van een ernstige stemmingsstoornis en dat er (mede gelet hierop) geen indicatie was voor ECT, nog niet definitief was en een voorlopig karakter had. De psychiater heeft geloofwaardig aangegeven dat de nadere diagnostiek die volgens hem moest volgen mede ten doel zou hebben om zijn eerste oordeel met betrekking tot de indicatie voor ECT nader te exploreren en te toetsen. Deze nadere diagnostiek zou dan ook tevens een observatie van de depressie betreffen en kunnen leiden tot een herindicatie van ECT. De psychiater heeft onweersproken gesteld dat hij dit zo ook heeft besproken met broer. Broer heeft echter op 12 maart 2018 aangegeven af te zien van dagbehandeling voor verdere diagnostiek.



4.15 Gezien de bevindingen van de psychiater, stuit de voorlopige conclusie van de psychiater bij het Centraal Tuchtcollege voorts niet op bedenkingen. Gelet hierop, moet worden geconcludeerd dat de psychiater, ook waar het om broer gaat, niet onzorgvuldig heeft gehandeld en niet tuchtrechtelijk kan worden verweten dat hij hem niet in aanmerking heeft laten komen voor ECT.

4.16 Dit betekent dat het Regionaal Tuchtcollege ook het klachtonderdeel betreffende broer ten onrechte gegrond heeft verklaard.

4.17 Het Centraal Tuchtcollege zal het beroep gegrond verklaren en, opnieuw rechtdoende, de klacht alsnog ongegrond verklaren. Dit betekent dat de maatregel van berisping komt te vervallen.

## 5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

verklaart het beroep gegrond en vernietigt de beslissing waarvan beroep;

en opnieuw rechtdoende:

verklaart de klacht ongegrond.

Deze beslissing is gegeven door: J.M. Rowel-van der Linde, voorzitter; A.R.O. Mooy en R. Prakke-Nieuwenhuizen, leden-juristen en J.J. de Jong en E.J. Stevelmans, leden-beroepsgenoten, en E.D. Boer, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 16 januari 2020.

Voorzitter w.g.            Secretaris w.g.