

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2022/4287

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG  
ZWOLLE

Beslissing in raadkamer van 10 maart 2023 naar aanleiding van de klacht van:

**A**,

wonende te B,  
klaagster,  
tegen

**C**,

Gz-psycholoog,  
destijds werkzaam te B,  
beklaagde,

gemachtigde: mr. M.J. Roetert Steenbruggen-Hulshof, werkzaam te Nijmegen.

### 1. De procedure

Het verloop van de procedure blijkt uit:

De partijen hebben de gelegenheid gekregen om onder leiding van een secretaris van het college in gesprek te gaan (mondeling vooronderzoek). Daarvan hebben zij geen gebruik gemaakt. Het college heeft de klacht op basis van de stukken beoordeeld.

### 2. Waar gaat de zaak over?

#### 2.1 De feiten

Klaagsters broer is geboren in 1958 en overleden in 2020. Hij kent een langdurige psychiatrische voorgeschiedenis en is sinds 1979 vele malen opgenomen geweest vanwege een schizoaffectieve stoornis met manisch(-psychotische) ontregelingen. Klaagsters broer is voor zijn problematiek jarenlang onder behandeling geweest bij E. Als onderdeel van de behandeling kreeg hij een combinatie van medicijnen.

In maart 2018 is klaagsters broer op verzoek van hem en klaagster door de huisarts verwezen naar D voor een onderzoek naar autismespectrumstoornis (ASS). De gz-psycholoog was hier op dat moment werkzaam.

Op 9 april 2018 heeft een eerste telefonische screening plaatsgevonden door de intaker. Over de hulpvraag van klaagsters broer is in het screeningsverslag genoteerd: *“Ik zou graag zonder medicatie komen te staan en de laatste twintig jaar nog genieten.”*

Na de telefonische screening heeft op 28 juni 2018 een intakegesprek plaatsgevonden met de gz-psycholoog. Klaagster heeft haar broer bij dit gesprek vergezeld. In het intakeverslag is als reden van aanmelding onder meer vermeld: *“Al 43 jaar verkeerde diagnoses, al 58 opnames. Niemand wil ergens energie in steken, volgestopt met pillen. Met de medicatie aan het afbouwen, gaat goed.”*

(...)

*“Diagnostiek en behandeling voor klachten passend bij ASS”*

In de bijbehorende beschrijvende diagnose heeft de gz-psycholoog de volgende hulpvraag omschreven:

*“Meneer meldt zich aan met de vraag of er onderliggend mogelijk sprake kan zijn van een autisme spectrum stoornis. Er is sprake van een uitgebreide hulpverleningsvoorgeschiedenis; meneer is gediagnosticeerd met een schizoaffectieve stoornis, bipolaire type, waarbij daarnaast sprake zou zijn van zwakbegaafdheid en gebruikt al 43 jaar lang zware medicatie hiervoor (Dekapine, Oxazepam, Promethazine, Temazepam, Lithium, Cholecal, Nozinan, Akineton, Cisordinol). Er zijn geen voorgaande onderzoeken beschikbaar, er heeft weinig diagnostiek plaatsgevonden. In de afgelopen 43 jaar is er 58 keer sprake geweest van een opname, voornamelijk vanwege impulsdoorbraken en psychoses. De grootste klachten van meneer zitten op het moment van aanmelden, in de bijwerkingen van zijn medicatie, namelijk de tremoren in onderarmen en handen, waardoor hij beperkt wordt in zijn dagelijks functioneren. Meneer hoopt met het veranderen van de diagnose, dat ook de medicatie kan veranderen.”*

De gz-psycholoog heeft de hulpvraag van klagsters broer vervolgens besproken in een multidisciplinair overleg (MDO) met een psychiater. Hiervan heeft zij de volgende aantekening gemaakt:

*“MDO met psychiater*

*Veel opnames gehad, psychiatrie, veel medicatiegebruik. Zus probeerde hem te structureren, irritatie onderling met cliënt. Zus ondersteunt hem veel. Psa vraagt om stil te staan bij meerwaarde van ASS diagnose. Is second opinion qua medicatie waardevol?*

*Anamnese uitvoeren, mn ontwikkelings, verwachting is dat veel onderzoek niet veel meerwaarde zal gaan hebben, wellicht onmogelijk te onderzoeken. Advies: overleg met behandelaar of zij ASS kenmerken zien en meerwaarde zouden zien bij een diagnose. FACT team lijkt op zijn plaats.”*

De gz-psycholoog heeft het advies van het MDO op 12 juli 2018 met klagster en haar broer besproken. Bij dit gesprek is volgens het hiervan opgemaakte sessieverslag het volgende afgesproken:

*“Acties:*

*C overlegt nogmaals in het team. Zus wil graag dat meneer onderzocht wordt, zodat hij betere behandeling kan krijgen. Momenteel krijgt hij geen behandeling vanuit E, terwijl ze wel de indruk heeft dat er meer winst te behalen is en zijn kwaliteit van leven vergroot kan worden.*

*nav overleg bepalen of en bij wie en wanneer de anamnese zal plaatsvinden. Ook afhankelijk van de info van E. Zus wil deze info ook graag lezen, omdat eerder info niet klopte vanuit E en ze is bang dat onze mening hier teveel door beïnvloed wordt.”*

In het MDO van 17 juli 2018 is de hulpvraag van klagsters broer opnieuw besproken.

Daarbij is afgesproken om eerst de informatie vanuit E af te wachten. De gz-psycholoog heeft klagster hierover per mail geïnformeerd en voorgesteld om een afspraak in te plannen voor een anamnese.

Op 16 en 23 augustus 2018 hebben vervolgens anamnesegeprekken plaatsgevonden. Na afloop hiervan is afgesproken dat de ontbrekende informatie vanuit E zou worden afgewacht en dat de gz-psycholoog daarna het onderzoeksverslag zou opstellen.

Op 29 augustus 2018 heeft klagster laten weten dat er vanuit E was aangegeven dat er geen onderzoeksrapportage van klagsters broer was. Hierop is in MDO besloten om, naast het onderzoek door de gz-psycholoog, ook onderzoek te laten verrichten door een psychiater.

In september 2018 is alsnog de opgevraagde behandelinformatie van E ontvangen.

Het psychiatrisch onderzoek heeft plaatsgevonden op 8 november 2018.

De bevindingen van het onderzoek door de gz-psycholoog en psychiater zijn vastgelegd in een rapportage psychologisch onderzoek.

Van het psychiatrisch onderzoek op 8 november 2018 is door de psychiater op pagina 7 en 8 van de rapportage onder meer het volgende genoteerd:

*“Meneer is in het begin rustig en vriendelijk maar gedurende het gesprek loopt de spanning steeds meer op en begint meneer dwingender te worden en is er ook achterdocht merkbaar. Na een kwartier geeft hij op een boze en dwingende manier aan dat hij de diagnose autisme van de onderzoeker wil krijgen, dan kan hij zijn medicatie stoppen. Zus van meneer kan meneer voor korte tijd wat kalmeren maar vanwege de oplopende frustratie moet het gesprek kort daarna worden beëindigd. Het bewustzijn is helder, aandacht is goed te trekken en lastig te behouden. Concentratie is in het begin van het gesprek ongestoord, daarna verminderd, dwaalt af van het onderwerp. Oriëntatie: ongestoord in tijd, plaats, persoon. Geheugen: heteroanamnestisch is er sprake van achteruitgang van het geheugen, met name korte termijn geheugen. Intelligentie: imponeert benedengemiddeld. Ziektebesef is beperkt, ziekteinzicht afwezig. Waarneming: niet uitgevraagd. Denken: wijdlopieg en tangentieel, er is sprake van perseveratie. Tempo is normo- tot brandyfreeen. Qua inhoud is er sprake van achterdocht in het contact, en meneer geeft aan overtuigingen te hebben dat anderen meneer kwaad willen berokkenen. Stemming: wisselt van normofoor tot dysfoo bij het oplopen van spanning, affect moduleert vlak (effect medicatie?). Con. Functies: impulscontrolebeheersing: meneer kan snel boos en geïrriteerd reageren. Suïcidaliteit: niet uitgevraagd. Psychomotoriek: vlakke mimiek.”*

Verder is in het rapport als conclusie en advies onder meer het volgende overwogen:

*“Vanuit het onderzoek naar een autismespectrumstoornis (ASS) komt naar voren dat onderzoek hiernaar niet toereikend is. Er is helaas onvoldoende informatie beschikbaar om op dit moment een diagnose vast te stellen, dan wel te verwerpen en de verwachting is ook dat dit in de toekomst niet meer beoordeeld kan worden. Er worden in het huidige gedrag en in de levensloop enkele kenmerken van autisme gezien bij meneer, zoals moeite met afstemmen, moeite met troosten, een wisselende mate van aansluiting bij leeftijdsgenoten. Daarnaast kan meneer sociale signalen soms verkeerd interpreteren, is er in het verleden misbruik gemaakt van zijn goedgelovigheid en kan hij soms te eerlijk zijn. Daarnaast heeft meneer behoefte aan duidelijkheid en structuur en kan hij perfectionistisch zijn. Er worden echter ook kenmerken gevonden die tegen een eventuele diagnose ASS zouden pleiten, namelijk dat meneer kan genieten van sociaal contact, dat hij graag een praatje maakt, dat hij initiatief neemt in sociaal contact en een redelijk netwerk heeft opgebouwd. Ook komt hij naar voren als redelijk flexibel in zijn kindertijd.*

*Deze kenmerken (zowel die voor als die tegen de diagnose spreken) kunnen echter door veel factoren (mede) verklaard worden. Zo heeft meneer een onrustig en onveilig pedagogisch klimaat gekend in zijn jeugd. Dit kan ervoor gezorgd hebben dat meneer meer moeite heeft om contact met anderen te maken, vanuit angst of onzekerheid.*

*Daarnaast speelt achterdocht een grote rol in het contact maken met anderen.*

*Eenzijds kan meneer goed van vertrouwen zijn, maar anderzijds kan hij ook op zijn hoede zijn en achterdochtig zijn en mensen juist op afstand houden.*

*(...)*

*Vervolgens is er het effect van de medicatie, wat ook een verminderde vorm van communicatie kan geven en waardoor hij mogelijk meer moeite kan ervaren met het in- en aanvoelen in en van anderen. Mogelijk is er daarnaast sprake van zwakbegaafdheid, wat de behoefte aan structuur en duidelijkheid mede kan verklaren.*

*Ook kan drugs- en alcoholgebruik zijn sporen hebben nagelaten, naast mogelijk hersenletsel bij een val op zijn hoofd en meerdere slagen op zijn hoofd.*

*(...)*

*Zoals eerder genoemd is het advies hierbij om, mogelijk in overleg met de huidige behandelaren, of de huisarts, samen te overleggen hoe de hulp het beste vormgegeven kan worden, zodat de zus van meneer een stap terug kan doen in de begeleiding. Een consult bij ouderenpsychiatrie kan mogelijk behulpzaam zijn om het huidige functioneren van meneer beter in kaart te brengen, op het gebied van aandacht, concentratie en geheugen, en hulp hierop af te stemmen. Praktische begeleiding lijkt passend, echter is hierbij het risico dat meneer deze hulp mogelijk niet zal accepteren.”*

## 2.2 Samenvatting van het oordeel

Het college is van oordeel dat de gz-psycholoog niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Hieronder legt het college deze beslissing uit.

### 3. De klacht

Klaagster verwijt de gz-psycholoog dat zij:

2. niet in het belang van klaagsters broer heeft gehandeld door zich te laten leiden door de stukken die door E zijn aangereikt. Zij kon daardoor niet objectief kon zijn;
3. in haar rapportage onzorgvuldig is geweest in het juist weergeven van de feiten zoals aangeleverd door klaagster en haar broer.

### 4. Het standpunt van beklagde

De gz-psycholoog stelt zich op het standpunt dat de klacht (kennelijk) ongegrond is. Zij heeft samen met de psychiater alle relevante informatie bij de beoordeling betrokken, niet alleen die afkomstig van E. Vooral ook de eigen bevindingen (intake, anamnese, psychiatrisch onderzoek) en de door de patiënt en klaagster ingevulde vragenlijsten zijn in de oordeelsvorming betrokken, alles volgens de beroepsregels. Dit alles is ook in de verslaglegging nauwkeurig vastgelegd. Voor zover nodig wordt hierna, bij de bespreking van de klachtonderdelen, nader op het verweer ingegaan.

### 5. De overwegingen van het college

#### 5.1 Algemeen

De vraag is of de gz-psycholoog de zorg heeft verleend die van haar verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwaam handelende gz-psycholoog. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en de stand van de wetenschap ten tijde van het handelen. Dat een zorgverlener beter anders had kunnen handelen is niet altijd genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt.

#### 5.2 Klachtonderdeel a

Klaagster verwijt de gz-psycholoog dat zij niet objectief is geweest, doordat zij zich heeft laten leiden door de stukken van E.

De gz-psycholoog heeft hierover opgemerkt dat zij en de psychiater niet enkel hebben gevaren op de informatie van E. Bij E werd informatie opgevraagd rond 12 juli 2018, waarna op 29 augustus 2018 het bericht werd ontvangen dat er geen onderzoeksrapportage beschikbaar was. Daarop werd besloten naast het onderzoek door de gz-psycholoog, ook onderzoek te laten verrichten door een psychiater hetgeen plaatsvond op 8 november 2018. Ondertussen werd op 18 september 2018 alsnog informatie verkregen vanuit E. De gz-psycholoog en de psychiater zijn op basis van de beoordeling van alle informatie die is verkegen uit het diagnostisch onderzoek dat plaatsvond in de periode 26 juni 2018 (intake) – 9 januari 2019 (adviesgesprek) tot de conclusie gekomen dat er bij klaagsters broer vanwege onvoldoende beschikbare informatie geen ASS-diagnose (meer) gesteld kon worden (maar ook niet verworpen).

Het onderzoek bestond uit een ontwikkelingsanamnese, heteroanamnese, dossieronderzoek en psychiatrisch onderzoek. Vooral de gesprekken op 16 en 23 augustus 2018 die de gz-psycholoog zelf met klaagster en haar broer heeft gevoerd zijn belangrijk geweest in de diagnostiek. Daarnaast zijn de door klaagster en haar broer ingevulde vragenlijsten in de beoordeling betrokken.

Deze uitleg van de gz-psycholoog wordt ondersteund door de rapportage van het psychologisch onderzoek 9 januari 2019 en de daarin getrokken conclusie, zoals hiervoor onder alinea 2 weergegeven. Het college leidt hieruit niet af dat de informatie van E daarbij leidend is geweest. Dat de gz-psycholoog niet objectief is geweest in haar beoordeling, is dan ook niet gebleken.

Dit betekent dat klachtonderdeel a ongegrond is.

### 5.3 Klachtonderdeel b

Dit betreft het verwijt dat de gz-psycholoog in haar rapportage onzorgvuldig is geweest in het juist weergeven van de feiten zoals aangeleverd door klaagster en haar broer. In replek heeft klaagster een aantal voorbeelden genoemd van feiten die volgens haar onjuist zijn weergegeven in de door de gz-psycholoog opgestelde rapportage en overige stukken.

Volgens de gz-psycholoog heeft zij alle aangeleverde informatie zorgvuldig verwerkt in haar rapportage.

Het college kan op basis van de beschikbare stukken niet objectief vaststellen dat sprake is van zodanige feitelijke onjuistheden in de door de gz-psycholoog opgestelde rapportage dat de gz-psycholoog daarvan een tuchtrechtelijk verwijt zou kunnen worden gemaakt. Een verschrijving, bijvoorbeeld, zoals het verkeerd noteren van een datum, levert niet zonder meer een gegronde tuchtrechtelijk verwijt op. Ook een uiteenlopende beleving en waardering van een gesprek, levert niet zonder meer een gegronde tuchtrechtelijk verwijt op. De standpunten van partijen staan tegenover elkaar en objectieve bronnen die het ene of andere standpunt zouden kunnen ondersteunen, ontbreken.

Ook klachtonderdeel b is ongegrond.

### 5.4 Conclusie

De conclusie is dat de klacht in alle onderdelen kennelijk ongegrond is.

## 6. De beslissing

Het college verklaart de klacht kennelijk ongegrond.

Deze beslissing is gegeven door P.A.H. Lemaire, voorzitter, S.M. Pol en R. van der Ree, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door M.D. Moeke, secretaris.

secretaris

•775•775

voorzitter

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

3. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u alleen in beroep als u niet-ontvankelijk bent verklaard in de klacht of als de klacht (gedeeltelijk) ongegrond is verklaard. U kunt in dat laatste geval alleen tegen de afwijzing in beroep.

4. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

6. Ook de bevoegde hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken na de verzending van het afschrift van de beslissing waartegen u beroep instelt.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht van het Centraal Tuchtcollege. Als u in beroep helemaal of voor een deel in het gelijk wordt gesteld, dan wordt het griffierecht aan u terugbetaald.