

De psychiater en het tuchtrecht

P.P.G. HODIAMONT

ACHTERGROND De professionele autonomie van de psychiater wordt door wet- en regelgeving toenemend onder controle van de maatschappij gebracht. Als controle-instrument bij uitstek geldt het tuchtrecht, sinds 1997 geregeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg - Wet BIG.

DOEL Beschrijving van de tuchtrechtspraak naar vorm en inhoud. Analyse van de klachten over psychiaters. Adviezen voor het omgaan met klachten.

METHODE Samenvatting van de wettelijke regels omtrent de tuchtrechtspraak, de jurisprudentie over klachten ten aanzien van psychiaters en rechtshulpadviezen bij procedures.

RESULTATEN De tuchtrechtspraak heeft als doel kwaliteitsbewaking van de beroepsbeoefening in de gezondheidszorg. Over psychiaters wordt niet vaker geklaagd dan over andere medische beroepsbeoefenaren. De klachten hebben betrekking op patiëntenrechtelijke, medisch-technische en organisatorische aspecten. In het algemeen komt het aantal gegrond verklaarde klachten niet boven de 20% en is er een tendens tot daling. Aangeklaagde psychiaters doen er goed aan een zeker begrip voor de klager te tonen.

CONCLUSIE Psychiaters zijn kwalitatief goed toegerust om een tuchtprocedure professioneel te doorstaan en er hun voordeel mee te doen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)5, 295-304]

TREFWOORDEN maatschappelijke controle, professionele autonomie, psychiatrie, tuchtrecht, wetgeving

Psychiaters behoren tot de medische professie. Hun beroepsmatig handelen speelt zich dus af binnen een professioneel kader met een heel specifiek kenmerk: dat van de 'professionele autonomie'. Oorspronkelijk verwees het woord 'professie' naar het afleggen van een religieuze gelofte. Daardoor werd men lid van de clerus, die destijds het monopolie had op kennis van, onder meer, recht en geneeskunde. Leden van een professie wijdden zich aan het individuele of algemene belang, doorliepen een lange periode van training, waarvan de begin- en eindtermen door de professie werden bepaald, werden uitgebreid geschoold in gespecialiseerde kennis en vaardigheden en hadden het monopolie op de uitoefening van een bepaald be-

roep, waarover ze geen externe verantwoording hoefden af te leggen. Professies onderscheidden zich van andere beroepen vooral in dit laatste opzicht: hun gelegitimeerde autonomie. Volgens Goode (1960) staat autonomie voor het gegeven dat de betreffende professie haar eigen normen bepaalt voor opleiding en training, dat de registratie-autoriteit berust bij leden van de professie, dat haar praktijk een vorm van wettelijke erkenning heeft, dat de wetgeving rond de professie (mede) bepaald wordt door de professie zelf en vooral dat de beroepsbeoefenaar zijn werk betrekkelijk vrij kan verrichten. Dat die vrijheid betrekkelijk is, met andere woorden, dat de beroepsuitoefening onder controle staat, wordt door de beroepsgroep

geaccepteerd, zeker zolang die controle intern, dat wil zeggen door beroepsgenoten, plaatsvindt. Veel minder geaccepteerd is de externe, door niet-beroepsgenoten uitgeoefende controle. Als externe controle instantie bij uitstek geldt de rechter, aan wie immers het eindoordeel is voorbehouden over de toepassing van regels voor de beroepsuitoefening in het concrete geval.

De afgelopen decennia is de autonomie van de medische beroepsgroep toenemend onder druk komen te staan. Men spreekt in dat kader van de professionalisering (Haug & Lavin 1983). Voor de verklaring van dat fenomeen heeft men in de sociologie een aantal (elkaar overlappende) theorieën bedacht. Volgens de proletariseringstheorie worden artsen, zoals alle arbeiders in een kapitalistische economie, uiteindelijk van hun autonomie beroofd, en komen zij onder controle van degenen die het kapitaal beheersen (Navarro 1978). De corporatietheorie stelt dat artsen steeds meer afhankelijk raken van organisatieverbanden en financiers, waardoor hun autonome werkwijze ondermijnd wordt (Light & Levine 1988). De theorie van de *countervailing power* (Light 1991) ten slotte stelt dat het domineren van een professie tegenkrachten oproept, die de machtsbalans in een samenleving weer in evenwicht moeten brengen. Waar medici streven naar een maximale beslissingsruimte ten aanzien van de normen voor en de praktijk van hun beroepsbeoefening, zal de samenleving trachten die beslissingsruimte juist in te perken. De bemoeienis van niet-medici met de gezondheidszorg is de laatste decennia duidelijk toegenomen. Zij komt tot uiting in de publieke interesse voor de kwaliteit van de hulpverlening, in een scala aan ethische en juridische normen die aan het zorgsysteem worden opgelegd, in beleidsmaatregelen voor zorginstellingen van de overheid, de zorgverzekeraars en het bevoegd gezag, in de toepassing van het algemene en civiele recht op de gezondheidszorg en vooral in wetgeving met betrekking tot patiëntenrechten (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst – WGBO) en tot de beroepsbeoefening (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg – Wet BIG) (Co-

mans-Diesfeldt 2003).

In dit artikel wordt uitsluitend de Wet BIG besproken en wel het daarin opgenomen tuchtrecht. Vervolgens worden de inrichting van de tuchtrechtspraak en de veranderingen daarin per 1 december 1997 besproken. Dan komt de jurisprudentie met betrekking tot de psychiater in het tuchtrecht aan de orde. Daarna wordt aandacht besteed aan het omgaan met tuchtrechtelijke klachten. De conclusie luidt dat de psychiater in principe goed is uitgerust om een tuchtprocedure het hoofd te bieden en er zijn voordeel mee te doen.

DE WET BIG

De Wet BIG (Sluijters e.a. 1999) heeft als doel kwaliteitsbewaking en -bevordering van het beoefenen van beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Deze beroepen worden gekenmerkt door het feit dat hun verrichtingen – inclusief het doen van onderzoek en het geven van raad – rechtstreeks betrekking hebben op een persoon en ertoe strekken diens gezondheid te bevorderen of te bewaken. Aan inschrijving in het register is de bevoegdheid verbonden tot het voeren van een titel, bijvoorbeeld ‘arts’. Maar ook anderen dan de titelgerechtigden kunnen werkzaam zijn in de individuele gezondheidszorg. Aan degenen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg worden twee beperkingen gesteld, voortvloeiend uit het begrip ‘voorbehouden handelingen’ en uit een strafbepaling. In de Wet BIG staan een aantal ‘voorbehouden handelingen’ opgesomd, waarbij per handeling wordt aangegeven welke beroepsbeoefenaar deze zelfstandig mag verrichten, dat wil zeggen bevoegd is de indicatie voor de handeling te stellen en de handeling zelf uit te voeren. De arts is bevoegd tot het verrichten van elk der voorbehouden handelingen. Volgens de vigerende BIG-regeling heeft een niet-zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar, bijvoorbeeld een verpleegkundige, de bevoegdheid tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen, indien hij deze verricht in opdracht van een zelfstandig bevoegde beroepsbe-

oefenaar – bijvoorbeeld een arts, beschikt over de nodige bekwaamheid en handelt conform de aanwijzingen. De bekende ‘verlengde-arm-constructie’ is daarmee verlaten. De strafbepaling stelt diegene strafbaar die door zijn optreden onnodig (aanmerkelijke kans op) schade aan de gezondheid van een door hem behandelde patiënt heeft veroorzaakt. Deze strafrechtelijke mogelijkheid van de Wet BIG wordt overigens nauwelijks gebruikt (Hubben 2003).

De strekking van het publiekrechtelijk geregelde tuchtrecht is gelegen in het openbaar belang van een goede beroepsuitoefening. Het gaat om kwaliteitsbewaking van de beroepsbeoefening, niet om het individuele belang van de klager. Het tuchtrecht werd opgenomen in de Wet BIG vanwege dit kwaliteitsaspect en vanwege de samenhang met de registratie. Alleen personen die in het register zijn ingeschreven, vallen namelijk onder het tuchtrecht en wel ter zake van: (a) enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die de geregistreerde moet betrachten ten opzichte van de patiënt (en diens naaste betrekkingen); (b) enig ander handelen of nalaten in strijd met een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg.

INRICHTING VAN DE TUCHTRECHTSPRAAK EN DE VERANDERINGEN PER 1 DECEMBER 1997

De tuchtrechtspraak in het kader van de Wet BIG wordt in eerste aanleg uitgeoefend door vijf regionale tuchtcolleges (RTC), te Groningen, Zwolle, Amsterdam, 's-Gravenhage en Eindhoven. Het tuchtcollege is bevoegd binnen het ambtsgebied waar de aangeklaagde woont. Een regionaal tuchtcollege telt twee leden-juristen, onder wie de voorzitter, en drie leden-beroepsgenoten. In beroep is bevoegd het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) te 's-Gravenhage, samengesteld uit drie leden-juristen, onder wie de voorzitter, en twee leden-beroepsgenoten. In eerste aanleg zijn de tuchtrechters dus in meerderheid beroepsgenoten, in hoger beroep in meerderheid juristen. Naarmate men verder gaat in de proce-

dure neemt, met andere woorden, de interne controle af en de externe toe. Als tuchtmaatregelen kunnen worden opgelegd: waarschuwing, berisping, geldboete, schorsing van de inschrijving in het BIG-register (voor maximaal een jaar, eventueel voorwaardelijk), (eventueel gedeeltelijke) ontzegging van de bevoegdheid het beroep uit te oefenen en doorhaling van de inschrijving. In het belang van de individuele gezondheidszorg kan een RTC schorsing van de inschrijving met onmiddellijke ingang bevelen, als de maatregel van ‘doorhaling van de inschrijving’ wordt opgelegd. De inschrijving blijft dan geschorst totdat de beslissing tot doorhaling onherroepelijk is geworden dan wel in beroep is vernietigd. Een tuchtproces komt op gang door het indienen van een schriftelijke klacht bij het bevoegde Tuchtcollege. Een klacht kan worden ingediend door een rechtstreeks belanghebbende, door degene die aan de aangeklaagde een opdracht heeft verstrekt en door de (hoofd)inspecteur voor de volksgezondheid. De tuchtrechter kan geen maatregel opleggen voor gedragingen waarover niet is geklaagd, maar hij kan dergelijke gedragingen wel mee laten wegen in zijn oordeel. De ‘procedure in eerste aanleg’ kent drie fasen: het vooronderzoek, de zitting en de eindbeslissing. In het kader van het vooronderzoek wordt een afschrift van de klacht naar de aangeklaagde verzonden. Daarna volgen doorgaans een verweerschrift van de aangeklaagde en conclusies van repliek en dupliek. Dan wordt een verplicht vooronderzoek gehouden door een of meer leden of door de (plaatsvervangend) secretaris. Klager en aangeklaagde moeten door de vooronderzoeker in de gelegenheid worden gesteld gehoord te worden. Als de vooronderzoeker tot de conclusie komt dat de klacht niet-ontvankelijk, kennelijk ongegrond of van onvoldoende gewicht is, kan het tuchtcollege besluiten om de zaak niet op een zitting te behandelen, maar zonder verder onderzoek in raadkamer af te doen. Gebeurt dat niet, dan volgt een zitting, waaraan de vooronderzoekers niet mogen deelnemen. Aan de zitting nemen deel de voorzitter en een ander lid-jurist, evenals drie leden-beroepsgenoten. De voorzitter kan ook be-

sluiten tot een kleinere samenstelling, in dit geval de voorzitter en twee leden-beroepsgenoten. Ter zitting, die gewoonlijk openbaar is, kunnen getuigen en deskundigen worden gehoord. De eindbeslissing wordt als regel in het openbaar uitgesproken binnen twee maanden na sluiting van het onderzoek ter zitting. Als eindbeslissingen zijn mogelijk: het niet-ontvankelijk verklaren van de klager, het afwijzen van de klacht of het opleggen van een maatregel. Redenen om een klager niet-ontvankelijk te verklaren zijn bijvoorbeeld verjaring van de bevoegdheid om een klacht in te dienen (tien jaar na het betreffende handelen of nalaten), indiening van de klacht door een niet-bevoegd persoon, het niet voldoen van een klacht aan de wettelijke eisen, dan wel het klagen over een feit waarover al eerder tuchtrechtelijk onherroepelijk is beslist ('ne bis in idem').

Tegen een beslissing van een regionaal tuchtcollege kan beroep worden aangetekend door de klager (voorzover zijn klacht ongegrond of niet-ontvankelijk is verklaard), de aangeklaagde en de (hoofd)inspecteur voor de gezondheidszorg. Het CTG is weliswaar gebonden aan de grenzen van de oorspronkelijke klacht, maar neemt die klacht geheel in heroverweging. Het CTG is dus niet gebonden aan de begrenzing van het geschil zoals neergelegd in de beslissing in eerste aanleg en ook niet aan de gronden van het beroepschrift. Gaat alleen de aangeklaagde in beroep, dan kan de beslissing slechts met algemene stemmen ongunstiger voor hem uitvallen dan de beslissing in eerste aanleg. Anders dan in eerste aanleg is het vooronderzoek in beroep niet verplicht. Afgezien van de eerder genoemde samenstelling van het CTG op de zitting geldt in beroep dezelfde procedure als in eerste aanleg. Als eindbeslissingen in beroep zijn mogelijk: het niet-ontvankelijk verklaren van de degene die beroep heeft ingesteld, verwerping van het beroep of gegrondverklaring van het beroep. Herziening van een eindbeslissing is mogelijk als na het opleggen van een maatregel omstandigheden blijken die naar ernstig vermoeden tot een afwijkende beslissing zouden hebben geleid.

Speelt een algemene vraag op het gebied van

het tuchtrecht of van andere rechtsgebieden (civiel recht, straf- of bestuursrecht), dan kan de procureur-generaal op verzoek of ambtshalve 'cassatie in het belang der wet' vorderen bij de Hoge Raad. De beslissing van de Hoge Raad kan dan geen nadeel meer toebrengen aan een van de partijen in de tuchtzaak.

Tot 1 december 1997 toetste de tuchtrechter volgens artikel 1 van de uit 1928 stammende Medische Tuchtwet of sprake was van 'handelingen die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnden, van nalatigheid waardoor ernstige schade was ontstaan, of van gebleken grove onkunde bij de beroepsbeoefenaar'. Deze normen zijn niet wezenlijk anders dan de huidige, neergelegd in artikel 47 van de Wet BIG. Het scala aan op te leggen maatregelen is onder de Wet BIG echter verder verfijnd.

KLACHTEN OVER PSYCHIATERS

In 1998 publiceerden Heineman & Hubben een analyse van de klachten over psychiaters die tussen 1989-1996 (onder de oude Medische Tuchtwet) bij de tuchtrechter zijn ingediend. Gedurende die periode nam het aantal klachten over alle medische beroepsbeoefenaren toe van 611 in 1989 tot 832 in 1996 – een stijging van 36%. Omdat het aantal klachten over psychiaters ongeveer evenveel steeg, terwijl het aantal psychiaters tegelijkertijd met ongeveer 40% toenam, kan dit gezien worden als een relatief gunstige ontwikkeling. Het percentage gegrond verklaarde klachten over psychiaters (gemiddeld 19%) week evenmin af van het algemene beeld. Wel werden aan psychiaters meer zware sancties opgelegd. De maatregel van ontzegging van de bevoegdheid kregen psychiaters vrijwel zonder uitzondering opgelegd wegens seksuele handelingen in de psychiater-patiëntrelatie. Volgens de rechtspraak is het een arts verboden een niet-professionele, intieme, laat staan seksuele, relatie met een patiënt aan te gaan, zelfs als deze hem daartoe zou uitnodigen, omdat een dergelijke rolvermenging afbreuk doet aan de vertrouwensrelatie en de distantie wegneemt die

nodig is voor een adequate behandeling. Het medisch tuchtcollege spreekt expliciet van een 'invalidiserende psychiatrische behandeling'. Tussen het beëindigen van de therapeutische relatie en het aangaan van een intieme persoonlijke relatie moet een duidelijke cesuur liggen: ten minste 6 maanden tot 1 jaar. Het aantal klachten en veroordelingen wegens dergelijke handelingen bleek in de tweede helft van de onderzoeksperiode echter duidelijk afgenomen. Verder viel op dat er veel klachten waren over de psychiatrische beoordeling van de rijvaardigheid en in het bijzonder dat 70% van deze klachten gegrond werd verklaard. Deze klachten zijn betrekkelijk gemakkelijk te voorkomen, als men zich houdt aan de eisen die het centraal medisch tuchtcollege voor rapportages heeft geformuleerd. Deze luiden als volgt: (1) in het rapport moet op inzichtelijke en consistente wijze worden uiteengezet op welke gronden de conclusie van het rapport steunt; (2) de in de uiteenzetting genoemde gronden moeten op hun beurt aantoonbaar voldoende steun vinden in feiten, omstandigheden en bevindingen, vermeld in het rapport; en (3) bedoelde gronden moeten de daaruit getrokken conclusie kunnen rechtvaardigen. Ook de kwaliteit van de verslaglegging door psychiaters is vaak kritisch beoordeeld door de tuchtrechter. De toetsing van het psychiatrisch handelen door de tuchtrechter vereist dat dit handelen aan de hand van het patiëntendossier kan worden gereconstrueerd. Omdat het tuchtcollege meerdere malen uit de verslaglegging afleidde dat de psychiater zijn beleid zorgvuldig had bepaald, blijkt adequate dossiervorming dus ook in het belang van de laatste.

In het algemeen kunnen psychiaters hun voordeel doen met kennis van de normen die de tuchtcolleges hanteren bij de toetsing van het professioneel handelen. Om die reden wordt hier aan de hand van Heineman & Hubben (1998) nader ingaan op een aantal relevante tuchtrechtelijke beslissingen over psychiaters. Die beslissingen worden meestal ingedeeld naar de categorieën medisch-technisch handelen, patiëntenrechtelijke aspecten en organisatorische aspecten.

Onder de *medisch-technische* categorie vallen met name de veelvuldig gemaakte verwijten van tekortkomingen in reactie op de hulpvraag, onderzoek en diagnostiek. Bij de beoordeling daarvan hanteert de tuchtrechter als norm of de psychiater voldoende zorgvuldig heeft gehandeld. Die norm blijkt aan verschillende criteria te worden afgemeten: 'in redelijkheid', 'gebruikelijk', 'zoals verwacht mocht worden in de gegeven omstandigheden', 'conform de medische standaard en de voor een gemiddeld psychiater gebruikelijke kennis'. Een belangrijke rol in de beoordeling speelt de vraag of ten aanzien van de te volgen werkwijze consensus bestaat binnen de beroepsgroep, dan wel of de psychiater heeft gehandeld overeenkomstig de richtlijnen. Een voorbeeld van het criterium 'zoals verwacht mocht worden in de gegeven omstandigheden' is de casus waarin een psychiater een waarschuwing kreeg wegens het naar huis laten gaan van een patiënt in crisis, die geen bezwaar maakte tegen opname en wiens echtgenote en zoon de psychiater wezen op de ernst van de situatie. Het criterium 'conform de medische standaard' komt tot uiting in het standpunt van de tuchtrechter dat van een psychiater als specialist mag worden verwacht dat hij de door hem verworven algemene kennis van het menselijk lichaam en de in dat verband geleerde onderzoeksmethoden – ook in RIAGG-verband! – tracht dienstbaar te maken aan het stellen van een diagnose. De psychiater had in casu te weinig ondernomen om de lichamelijke oorzaak van het toestandsbeeld te achterhalen. Bij klachten over anamnese en diagnostiek wordt het dossier, waaruit de zorgvuldigheid van de behandeling moet blijken, door de tuchtrechter vaak ondermaats bevonden, zoals blijkt uit de kwalificaties: 'nauwelijks of geen dossier gevormd', 'onderzoeksgegevens ontbreken en verslaglegging is zo beknopt dat zij nauwelijks bruikbaar is voor inhoudelijke overdracht'. Klachten over behandeling en medicatie werden veel minder vaak gegrond bevonden. Het feit dat een behandeling mislukt of dat een patiënt niet tevreden is met het resultaat, betekent op zichzelf niet dat de psychiater een verwijt kan worden gemaakt.

Bij de tuchtrechtelijke beoordeling is van belang of de gehanteerde behandelmethodes gebruikelijk en geaccepteerd is in de kring der beroepsgenoten. Om dat te kunnen vaststellen wordt regelmatig een beroep gedaan op deskundigen. Voor een antwoord op de vraag of de psychiater voldoende bekwaam te werk is gegaan, wordt overwogen in hoeverre hij op de hoogte was van de stand der wetenschap. De tuchtrechter stelde in een bepaald geval dat lezing van het *Farmacotherapeutisch Kompas* routinematig behoort plaats te vinden. Ten aanzien van klachten over gedwongen medicatie blijkt de tuchtrechter zeer terughoudend.

In de categorie patiëntrechtelijke aspecten vallen klachten over informatie en toestemming, inzage en afgifte (weigeren) van dossiers, beroepsgeheim/schenden van de privacy, evenals bejegening en attitude. Ook op het terrein van de psychiatrie geldt als uitgangspunt dat een behandeling alleen mag plaatsvinden na toestemming van de patiënt, gegeven op basis van adequate informatie. Ten aanzien van de informatie over de risico's van een behandeling geldt de redelijkheidstoets. Niet alle mogelijke, maar niet te verwachten, risico's behoeven vermeld te worden. De psychiater moet zich er van vergewissen dat de patiënt de informatie heeft begrepen. Afwijkingen van de *informed consent*-regel zijn doorgaans alleen gerechtvaardigd als het nadeel van informatie voor de patiënt of anderen groter is dan diens belang bij informatie (de zogenaamde therapeutische exceptie). De vraag is waar het juiste midden ligt tussen te gedetailleerde informatie, die de patiënt nodeloos uit balans brengt, en te globale informatie, die onvoldoende basis biedt voor een gefundeerde beslissing. Andere uitzonderingen op het recht van informatie zijn therapie waarbij een placebo wordt gebruikt, therapie bij jonge minderjarigen (kinderen in de leeftijd van twaalf tot zestien jaar hebben volledig recht op informatie en voor hun behandeling is de toestemming van zowel de minderjarige als diens wettelijke vertegenwoordigers nodig) en bij wilsonbekwame personen. De zich snel ontwikkelende opvattingen over het inzage-recht hebben ertoe geleid dat de tuchtrechter in principe

uitgaat van een ongeclausuleerde en onbegeleide inzage. In bepaalde gevallen acht hij echter een uitzondering gerechtvaardigd, bijvoorbeeld als het dossier gegevens over de ouders van de patiënt bevat. Afgifte van dossiers moet worden onderscheiden van inzage. De psychiater is niet gehouden tot afgifte van het dossier, maar wel tot het (tegen een redelijke vergoeding) verstrekken van afschriften daarvan. Het medisch beroepsgeheim is essentieel voor het vertrouwen van het publiek in psychiaters. Hoofregel is dan ook dat informatie aan derden alleen met (direct van de patiënt) verkregen toestemming mag worden gegeven. Het beroepsgeheim geldt ook na de dood van de patiënt. Omdat het gaat om een persoonlijk recht van de patiënt kunnen de erfgenamen de arts niet van diens zwijgplicht ontheffen. Voor bepaalde situaties kan met de constructie van de 'veronderstelde toestemming' worden gewerkt. Ook kan de rechter toetsen of de belangen van de nabestaanden zo zwaarwegend zijn dat het beroepsgeheim hiervoor mag wijken. Handelen in strijd met deze hoofregel is een aantal psychiaters op een tuchtrechtelijke maatregel komen te staan. Naast de uitzonderingen die in de wet zijn geregeld (bijvoorbeeld rapportage over een gedwongen opname) kan een rechtvaardiging voortvloeien uit het bestaan van een conflict van plichten. Een voorbeeld is het zonder toestemming van ouders of voogd informeren van de Raad voor de Kinderbescherming of de vertrouwensarts over de bedreigende situatie waarin een kind zich bevindt. Als toetsingscriterium is van belang of het door de psychiater aanwezig geachte gevaar alleen kon worden bestreden door het beroepsgeheim te schenden.

Onder de organisatorische aspecten worden de klachten gerekend met betrekking tot registratie/verslaglegging, de bereikbaarheid en continuïteit van zorg, alsmede taakverdeling en verantwoordelijkheid. Tot het medische dossier behoren volgens de tuchtrechter het opnameverslag, de anamnese en diagnose, het behandelingsplan, het verloop van de behandeling, de voorgeschreven medicijnen en ook de verpleegkundige status. In het alge-

meen hoort het dossier een beeld te geven van het onderzoek en de behandeling, de resultaten daarvan en de overwegingen die aan een en ander ten grondslag liggen. Niet alleen de behandelend psychiater, maar ook de psychiater die hoofd van een afdeling is wordt verantwoordelijk en tuchtrechtelijk aansprakelijk geacht voor het bijhouden van het dossier. Opmerkelijk is een uitspraak van de tuchtrechter dat verslagen van teambesprekingen, zeker in een opleidingsinstituut, langer bewaard dienen te worden. In een klacht over het functioneren van de bereikbaarheid van de Centrale RIAGG Dienst bij de beoordeling van de noodzaak tot acute opname gaf de tuchtrechter kritiek op de gevolgde werkwijze, zonder overigens een maatregel op te leggen. De taak van de zogenaamde rijdende psychiater wordt in feite namelijk vaak door een relatief onervaren basisarts uitgevoerd. Wanneer deze voor de besluitvorming essentiële informatie over het hoofd ziet, bereikt die informatie ook de psychiater-achterwacht niet. In de loop van de jaren negentig tekent zich verder een verscherping af in de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van de psychiater/directeur patiëntenzorg. Deze wordt verantwoordelijk gehouden voor de organisatie van de zorg in het ziekenhuis, voor de kwaliteit van de verslaglegging en voor de overdracht van de noodzakelijke informatie.

Uit de eind 2002 gepubliceerde evaluatie van de Wet BIG blijkt een dalende tendens van het aantal klachten dat bij tuchtcolleges wordt ingediend (Hubben 2003). In 2001 waren dat er 781. Die dalende tendens is nog duidelijker wanneer men in aanmerking neemt dat het aantal beroepsbeoefenaars onder het tuchtrecht van de Wet BIG is uitgebreid (met ongeveer 240.000 hulpverleners). Een deel van de klachten zal ongetwijfeld worden weggevangen door de, inmiddels operationele, klachtencommissies in de gezondheidszorg. In de periode 1997-2001 is het aantal door de tuchtcolleges gegrond verklaarde klachten bovendien geleidelijk gedaald tot 15%. Daarbij zou een rol kunnen spelen dat de drempel om tot gegrondverklaring te komen voor het tuchtcollege betrekkelijk hoog is, omdat gegrondverklaring altijd gepaard

moet gaan met het opleggen van een maatregel en zelfs de lichtste maatregel nog als ingrijpend wordt ervaren.

Onder het tuchtrecht van de Wet BIG lijken de genoemde standpunten van de tuchtrechter niet wezenlijk veranderd. Een uitzondering is de tuchtrechtelijke positie van de in het BIG-register opgenomen beroepsbeoefenaar met een organisatorische functie. Door de incorporatie van het, voorheen in de Medische Tuchtwet neergelegde, tuchtrecht in de Wet BIG is een dergelijke functionaris namelijk niet meer aan de tuchtrechtspraak onderworpen. Hij verricht immers geen handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Voor het overige kunnen we de uitspraken blijven hanteren als aangrijpingspunten voor het voorkomen van tuchtklachten.

OMGAAN MET KLACHTEN

Een klacht is doorgaans een emotionele aan gelegenheid, niet alleen voor de patiënt, maar zeker ook voor de arts, dan wel de psychiater. Bij de patiënt zou men de emoties kunnen verklaren uit het feit dat hij of zij, door of na het contact met de arts, schade meent te hebben opgelopen. Bij de emoties van de arts speelt krenking van het professionele zelfgevoel waarschijnlijk een belangrijke rol. Het gevoel van professionele eigenwaarde stoelt op twee wezenlijke kenmerken van de professional: zijn inzet voor het individuele en publieke belang, evenals zijn professionele autonomie. De stress als gevolg van deze krenking kan hoog oplopen. Gevallen waarin artsen, zelfs naar aanleiding van een uiteindelijk door de tuchtrechter ongegrond verklaarde klacht, depressief en/of suïcidaal werden of ten minste psychotherapeutische hulp zochten, zijn geen uitzondering. Hoewel het tuchtrecht uitdrukkelijk bedoeld is als kwaliteitsverbeterend instrument, blijkt uit Amerikaans onderzoek dat de arts na een klacht een groter risico loopt nogmaals een fout te begaan (Calff geciteerd in Comans-Diesveldt 2003). Dergelijke observaties hebben stemmen doen opgaan die pleiten voor een verandering van het vigerende

tuchtrecht, in die zin dat een klacht gegrond kan worden verklaard zonder (automatische) oplegging van een maatregel. Hoe dat ook zij, het is niet verstandig vanuit heftige emoties op de klacht te reageren. Een emotioneel verweer, dat de klager immers in afschrift ontvangt, zal betrokken klager alleen maar bozer maken. Doorgaans verzoekt het tuchtcollege de aangeklaagde arts binnen vier tot zes weken een reactie te sturen, waarbij uitstel mogelijk is. In die periode kan de arts zich het best eerst tot een deskundige wenden: een jurist werkzaam bij de rechtsbijstandverzekeraar, een door die verzekeraar ingezette advocaat of een advocaat die de arts zelf in de arm heeft genomen. Artsen, aangesloten bij de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) kunnen contact opnemen met het KNMG-bureau voor juridische en medisch-inhoudelijke advisering. Als een patiënt verschillende hulpverleners in verband met hetzelfde incident heeft aangeklaagd, is het wijs de diverse verweerschriften op elkaar af te stemmen. Kritiek op een collega of een andere hulpverlener is uit den boze. Men kan zich het beste beperken tot het, in korte zinnen en eenvoudig Nederlands, weergeven van de feiten en de motieven voor het handelen. In het verweerschrift moeten in elk geval aan de orde komen: de relatie van de arts met de patiënt (behandelend psychiater, arts-assistent verbonden aan een afdeling, enz.), een samenvatting van relevante aspecten uit de voorgeschiedenis (hoe lang is de patiënt al in behandeling, relevante aandoeningen, enz.), de feiten zoals ze in het dossier staan of herinnerd worden (als de klager toestemming weigert tot inzage van het dossier, kan de arts geen adequaat verweer voeren en wordt de zaak meestal niet verder behandeld) en een reactie op de klacht (is er contact geweest over de klacht met de klager en waarom heeft dit niet tot een oplossing geleid; wat heeft de arts aan zijn handelwijze veranderd om herhaling van dergelijke situaties te voorkomen). Verder verdient het aanbeveling de brief van klager in te delen naar onderdelen van de klacht en daar puntsgewijs op in te gaan, met de nodige aandacht voor de motieven die een

rol hebben gespeeld bij de handelwijze van de arts. Voor deze beschrijving is het soort klacht van belang. Gaat het om een klacht over de bejegening, dan lijkt het raadzaam de communicatie centraal te stellen in het verweer. Bij een klacht van medisch-technische aard, maar ook bij fouten in het proces (bijvoorbeeld onbereikbaarheid van de dienst) of inschattingfouten (bijvoorbeeld het missen van een zeldzame diagnose) spreekt het in het voordeel van de arts als hij kan verwijzen naar een, zo goed mogelijk gevolgd(e), protocol of richtlijn. In het slot van het verweer dient kort te worden samengevat op basis van welke informatie en waarom de arts zo gehandeld heeft (Doppegieter 2001).


Als zowel klager als aangeklaagde ingaan op de uitnodiging van het tuchtcollege gehoord te worden in het kader van het vooronderzoek, kan de vooronderzoeker het gesprek tussen de partijen aangrijpen om te bezien of een minnelijke schikking mogelijk is. In dat geval komt de klacht te vervallen. Als een minnelijke schikking uitblijft en het tot een openbare zitting komt, doet men er goed aan ter zitting te verschijnen en de zaak toe te lichten. Afwezigheid kan de indruk wekken van desinteresse. Tijdens de zitting komen beide partijen aan het woord. Meestal begint de voorzitter het gesprek met de klager. Hij gaat de feiten na en vraagt uitdrukkelijk wat de klager de arts precies verwijt. Dan gaat het gesprek door met de arts. Vervolgens krijgen, om de beurt, de leden van het college de gelegenheid tot het stellen van vragen. Daarna spreken, voorzover aanwezig, de advocaten of andere rechtshelpers. De aangeklaagde arts heeft altijd het laatste woord. Het is niet verstandig op de zitting gevoelens van agressie te uiten aan het adres van de klager, zelfs al zou de arts daartoe alle redenen hebben. Tuchtcolleges zijn immers in het leven geroepen om een oordeel te geven over de beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg en niet over de klager. Het tonen van een zeker begrip voor de klager maakt daarentegen een sterke indruk (Offers 2001).

De Commissie chirurg en recht van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde heeft recent

een alfabetisch hitlijstje uitgebracht voor ‘eerste hulp bij klacht en claim’ dat – mutatis mutandis – ook goed bruikbaar is in de psychiatrie (Commissie chirurg en recht 2000).

TOT SLOT

De ontwikkeling in het tuchtrecht van vooral interne naar een meer externe controle weerspiegelt de vigerende krachtsverhoudingen op het gebied van autonomie tussen de medische professie enerzijds en de (rest van de) maatschappij anderzijds. Wanneer een psychiater te maken krijgt met een tuchtprocedure doet hij er goed aan het doel van het tuchtrecht voor ogen te houden, namelijk kwaliteitsbewaking en bevordering. Minder dan 20% van de klachten wordt uiteindelijk gegrond verklaard en de in het laatste geval opgelegde maatregelen beogen correctie in plaats van straf. Dat de beroepsbeoefenaar zo’n maatregel in het algemeen niet dankbaar aanvaardt als een gratis advies tot verbetering, verklaarde De Jonghe (persoonlijke mededeling 2003) in zijn afscheidstoespraak voor het Centraal Tuchtcollege uit de niet alleen bij de klagende patiënt maar ook bij de aangeklaagde arts levende magische gedachte dat een arts geen fouten mag maken. Als psychiaters zijn we getraind in het omgaan met magisch denken, overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen. Aan confrontaties met ons doen en laten zijn we gewend door leertherapie, supervisie, intervisie, intercollegiale toetsing en beoordeling door klachtencommissies. We lijken dus bij uitstek geëquipeerd om een tuchtprocedure op waarde te schatten, professioneel te hanteren en er ons voordeel mee te doen met het oog op een optimale patiëntenzorg.

 Met dank aan collega F. de Jonghe voor zijn rol bij het totstandkomen van dit artikel.

LITERATUUR

- Comans-Diesfeldt, J.M. (2003, april). *De beklaaagde psychiater*. Cursus Voorjaarscongres Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Amsterdam.
- Commissie chirurg en recht. (2000). *EERSTE HULP bij klacht en claim*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.
- Doppegieter, R.M. (2001). Een klacht en dan? Adviezen voor een verstandig verweer. *Medisch contact*, 56, 981-983.
- Goode, W.J. (1960). Encroachment, Charlatanism, and the Emerging Profession: Psychiatry, Sociology and Medicine. *American Sociological Review*, 25, 902-914.
- Haug, M., & Lavin, B. (1983). *Consumerism in Medicine: Challenging Physician Authority*. Beverly Hills: Sage.
- Heineman, M.E.F., & Hubben, J.H. (1998). *De psychiater in de medische tuchtrechtspraak 1989-1997*. Lelystad: Koninklijke Vermande.
- Hubben, J.H. (2003). Kroniek van het gezondheidsrecht. *Nederlands Juristenblad*, 10, 542-548.
- Light, D.W., & Levine, S. (1988). The changing character of the medical profession: a theoretical overview. *The Milbank Quarterly*, 66(Suppl. 2), 10-32.
- Light, D.W. (1991). Professionalism as a Countervailing Power. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16, 499-506.
- Navarro, V. (1978). *Class Struggle, the State and Medicine*. Londen: Martin Robertson.
- Offers, P.A. (2001). Het medisch tuchtrecht in de praktijk. *Nederlands Tijdschrift voor KNO-Heelkunde*, 7(Suppl.), 32-34.
- Sluifjters, B., Biesart, M.C.I.H., Hamilton-van Hest, e.a. (1999). *Gezondheidsrecht, Tekst & Commentaar*. Deventer: Kluwer.

AUTEUR

P.P.G. HODIAMONT is psychiater en lid van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.
Correspondentieadres: Prof.dr. P.P.G. Hodiament, Eekhoornstraat 2, 6531 TB Nijmegen.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-10-2003.

SUMMARY

The psychiatrist and disciplinary law – P.P.G. Hodiament –

BACKGROUND The psychiatrist's professional autonomy is being increasingly controlled by laws and regulations. The principal instrument of control is currently the disciplinary law which has been in operation since 1997 as part of the Law on Professions in Individual Health Care (known in Dutch law as the 'Wet BIG').

AIM To summarise the disciplinary law with regard to its form and content, to analyse complaints about psychiatrists and to advise psychiatrists on how to deal with complaints.

METHOD The rulings of disciplinary law are summarised and verdicts delivered in cases involving complaints against psychiatrists are briefly reviewed. In addition, psychiatrist are advised on how to defend themselves when complaints against them lead to court proceedings.

RESULTS The aim of disciplinary law is to safeguard the quality of professional practice in the health services. Complaints about psychiatrists are no more frequent than complaints about other health professionals. Complaints relate mainly to patients' rights and to medical-technical and organisational matters. In general, no more than 20% of verdicts are in favour of the plaintiff and the trend is downwards. However, psychiatrists accused on the basis of complaints made against them would do well to show a degree of understanding for the plaintiff.

CONCLUSIONS By virtue of their training psychiatrists are well equipped to cope with disciplinary proceedings in a professional manner and to benefit from the experience.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)5, 295-304]

KEY WORDS disciplinary law, legislation, professional autonomy, psychiatry, social control