

Essay

De psychiater in de medische tuchtrechtspraak

Een commentaar vanuit de professie

door F.A.M. Kortmann

Samenvatting

Onlangs zijn alle gepubliceerde en ongepubliceerde tuchtrechtelijke beslissingen over de activiteiten van psychiaters in Nederland tussen 1989 en 1997 verschenen in het boek *De psychiater in de medische tuchtrechtspraak 1989-1997*. Dit artikel is een commentaar op deze studie vanuit het gezichtspunt van een psychiater. Na een globale analyse van alle casus wordt meer in het bijzonder ingegaan op twee onderwerpen die in de onderhavige tuchtrechtspraak veel aan de orde zijn geweest: seksuele handelingen of intimidatie in de psychiatrische praktijk, en de beoordeling van rijvaardigheid. Tot slot volgen enige conclusies en aanbevelingen.

Inleiding

Onlangs verscheen het boek *De psychiater in de medische tuchtrechtspraak 1989-1997*, met daarin alle gepubliceerde en ongepubliceerde tuchtrechtelijke beslissingen over genoemde periode (Heinemann en Hubben 1998). Voor onze beroepsgroep is dit een belangrijk document, omdat het kan bijdragen tot kwaliteitsverbetering binnen de praktijk.

Dit artikel is een reactie vanuit de psychiatrische professie. Ik begin met een globale analyse van het gepresenteerde materiaal. Vervolgens ga ik dieper in op twee onderwerpen die in de onderzochte periode vaak aan de orde zijn geweest in de tuchtrechtspraak: ten eerste seksuele handelingen of intimidatie in de relatie tussen psychiater en patiënt en ten tweede de beoordeling van de rijvaardigheid. In de eerste categorie zijn vooral waarden en normen in het geding, in de tweede schort het volgens de tuchtrechter vaak aan de wetenschappelijke onderbouwing van het professionele oordeel. Ik sluit af met enige conclusies en aanbevelingen.

Globale analyse

De tuchtrechter verklaarde van alle klachten over psychiaters gemiddeld 19% gegrond, een percentage dat, voor zover onderzocht, ook

geldt voor andere medische beroepsgroepen. Inhoudelijk maak ik een andere indeling van de klachten dan de auteurs van het boek. Ik onderscheid vier categorieën. Allereerst klachten over de inhoudelijke psychiatrische beroepsuitoefening (onderzoek en diagnostiek in het kader van vrijwillige en onvrijwillige opname, behandeling en medicatie in vrijwillig en onvrijwillig kader, begeleiding/nazorg en verwijzing). Vervolgens klachten over interpersoonlijke psychiatrische aangelegenheden (ingaan op de hulpvraag, bejegening en attitude). De derde categorie bestaat uit klachten over algemene inhoudelijke zaken (informatie en toestemming, inzage en afgifte dossiers, registratie en verslaglegging, bereikbaarheid en continuïteit van zorg, taakverdeling en verantwoordelijkheid, beoordeling van rijvaardigheid en arbeidsongeschiktheid, beoordeling in strafrechtelijk en juridisch kader, euthanasie en hulp bij zelfdoding). Ten slotte onderscheid ik klachten op algemeen interpersoonlijk gebied (seksuele relatie en ongewenste intimiteiten in de handelrelatie, schending privacy).

Kijken we vervolgens naar de aantallen klachten en de percentages gegrondverklaringen daarvan, dan zien we opvallende verschillen:

psychiatrisch-inhoudelijk	183 klachten - 17 gegrond = 9%
psychiatrisch-interpersoonlijk	37 klachten - 3 gegrond = 8%
algemeen-inhoudelijk	123 klachten - 32 gegrond = 26%
algemeen-interpersoonlijk	67 klachten - 31 gegrond = 46%

De volgende tendens komt naar voren: klachten over psychiatrisch-inhoudelijke en psychiatrisch-interpersoonlijke aangelegenheden wegen bij de tuchtrechter minder zwaar dan klachten over algemenere zaken.

Uit de studie blijkt dat het aantal klachten over de psychiatrische diagnostiek en behandeling betrekkelijk gering is (25%), wanneer we in aanmerking nemen dat deze activiteiten veelal de hoofdtaak van psychiaters vormen. Kennelijk accepteren patiënten relatief gemakkelijk dat psychiaters op dit gebied fouten maken. Daar komt uiteraard bij dat de meeste patiënten maar een beperkte kennis hebben van het vak en dus niet zo eenvoudig kunnen klagen over zulke zaken.

De tuchtrechter beoordeelt klachten over psychiatrisch-inhoudelijke fouten bij voorkeur aan de hand van wat binnen de beroepsgroep geldt als 'good clinical practice'. Bestaat over het betreffende onderwerp geen consensus, dan krijgt de arts van de tuchtrechter vaak het voordeel van de twijfel. Binnen de psychiatrie bestaat er nog betrekkelijk weinig consensus. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het feit dat bijvoorbeeld slechts 6% van de klachten over behandeling en medicatie gegrond verklaard werd. Op bepaalde gebieden wordt het vak psychiatrie meer 'evidence based' en groeit de consensus. Enerzijds geeft deze psychiaters meer houvast bij de beroepsuitoefening en kan hen behoeven voor fouten, waardoor er minder over hen geklaagd wordt. Anderzijds biedt meer consensus over wat 'good clinical practice' inhoudt, en goede voorlichting daarover, patiënten betere mogelijkheden om meer

en beter gefundeerde klachten in te dienen. Uit het gepresenteerde onderzoek lijkt dit laatste naar voren te komen. Vergeleken met de vorige onderzoeksperiode is in de periode van 1989-1997 het totaal aantal ingediende tuchtklachten over psychiaters toegenomen met 36%. Deze toename heeft zich ook voorgedaan binnen andere medische beroepsgroepen. Het totaal aantal psychiaters is in genoemde periode evenwel toegenomen met 40%, terwijl zich in andere medische beroepsgroepen, zoals chirurgen, nauwelijks een toename heeft voorgedaan. Dit zou erop kunnen wijzen dat psychiaters, vergeleken met andere specialisten, het in hun beroepsuitoefening relatief beter zijn gaan doen.

Slechts 5% van de klachten over 'bejegening en attitude' werd gegrond verklaard. Het overgrote deel van de klachten was dus, naar het oordeel van het college, te licht voor een tuchtrechtelijke veroordeling. Hoe is dit lage percentage te verklaren? Zijn patiënten onredelijk in hun klagen over de bejegening door psychiaters? Onderhouden psychiaters het interpersoonlijke contact met hun patiënten zo goed? Of zou de samenstelling van het tuchtcollege hieraan hebben bijgedragen? Een tuchtcollege bestaat voor de helft uit beroepsgenoten. Zouden dezen zich wellicht gemakkelijker identificeren met een aangeklaagde collega dan met een klagende patiënt, wanneer het gaat over moeilijk objectificeerbare zaken, zoals 'bejegening en attitude'? Het is een veronderstelling die, politiek gezien, wel 'in de mode' is, gezien de wijziging in de samenstelling van de tuchtcolleges in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Men kiest daar voor meer juristen en minder artsen. Zonder nader onderzoek blijven deze vragen evenwel onbeantwoord.

Nadere analyse van twee klachtencategorieën

Tegenover seksuele handelingen in de hulpverleningsrelatie staat de tuchtrechter ondubbelzinnig afwijzend. Maar liefst 26 van de 34 klachten hierover (76%) werden gegrond verklaard. Acht keer werden de zwaarste tuchtrechtelijke sancties opgelegd: ontzegging van de bevoegdheid het beroep uit te oefenen. Dat is logisch, omdat onderzoek heeft aangetoond dat in 90% van de gevallen seksueel contact in een psychiatrische behandeling een negatief effect heeft op de patiënt (Bouhoutsos e.a. 1983). Psychiaters van middelbare leeftijd en psychiaters die gemiddeld 10-20 jaar ouder zijn dan hun patiënt, vormen een risico-groep (Aghassy en Noot 1987). Midlifecrisis en burn-outgevoelens zouden hierbij een rol spelen. Ook om een andere reden vormen psychiaters die nu midden vijftig zijn een risicogroep. Velen van hen zijn opgeleid in de jaren zestig en zeventig, de tijd waarin de seksuele moraal in onze cultuur lossier werd. Dit laatste had ook zijn weerslag op de hulpverleningspraktijk van die tijd. De neutrale afstandelijke houding tussen hulpverlener en patiënt maakte plaats voor een benadering waarin de hulpverlener ook wat meer van zichzelf mocht laten zien.

Fysiek contact, dat tot dan toe taboe was, werd door sommige behandelaren als therapeutisch beschouwd. Zo geloofde Mintz (in: Aghassy en Noot 1987) dat het kussen, omarmen, of vasthouden van een patiënt kan leiden tot het doorbreken van onbewust verzet en een herbeleving van de diverse ontwikkelingsstadia uit de vroege jeugd. Daarnaast zou intiem lichamelijk contact met een therapeut de patiënt compensatie kunnen bieden voor emotionele ontberingen uit de vroege jeugd. Ook de rechter had in die tijd een minder streng oordeel over dit soort zaken. Seksueel contact met minderjarige patiënten is altijd strafbaar geweest. Maar met meerderjarige patiënten was seksueel contact alleen strafbaar wanneer de patiënt opgenomen was in een ziekenhuis. Over seksueel contact met meerderjarige patiënten in de ambulante praktijk liet de wet zich destijds niet uit. Momenteel wijst de wetgever elk seksueel contact af, in welke behandelrelatie dan ook. De rechter accepteert geen verzachtende omstandigheden. Ook niet wanneer het initiatief tot het seksuele contact geheel is uitgegaan van de patiënt. Ook niet wanneer de psychiater sterk onder druk is gezet door de patiënt, bijvoorbeeld doordat deze dreigde met suïcide als de psychiater niet aan zijn of haar wensen zou voldoen. Onder alle omstandigheden wordt de psychiater het seksuele contact aangerekend. Hij mag zich niet laten chanteren. Hij behoort een professionele weg te bewandelen om uit zulke impasses te komen. De vraag rijst of deze aanscherping in de opvattingen van de wetgever voldoende is doorgedrongen binnen de beroepsgroep. Uit een Amerikaans onderzoek (Strasburger e.a. 1991) blijkt dat 7-15% van de Amerikaanse therapeuten ooit seksueel contact heeft gehad met patiënten. In de internationale literatuur wordt vaak 6% genoemd (De Nobel 1992). De laatste jaren lijken er wel enige verbeteringen op dit gebied te zijn opgetreden, aldus de auteurs van de hier besproken studie. Het verscherpte sanctiebeleid van de medische tuchtcolleges heeft zijn uitwerking kennelijk niet gemist.

Ook klachten over de beoordeling van de rijvaardigheid werden door de tuchtrechter streng beoordeeld. Veertien van de 20 klachten (70%) werden geground verklaard vanwege 'onsamenhangendheid, onnauwkeurigheid, formuleringen die in wetenschappelijk opzicht niet verantwoord waren, ondeugdelijke onderbouwingen, onlogische motiveringen en het trekken van onverantwoorde conclusies' in de rapporten. Naar aanleiding daarvan heeft het Centraal Medisch Tuchtcollege (CMT) eisen geformuleerd waaraan een keuringsrapport moet voldoen: (1) Het rapport dient op inzichtelijke en consistente wijze uiteen te zetten op welke gronden de conclusie van het rapport steunt. (2) De in die uiteenzetting genoemde gronden dienen op hun beurt voldoende steun te vinden in feiten, omstandigheden en bevindingen, vermeld in het rapport. (3) De bedoelde gronden moeten de daaruit getrokken conclusie kunnen rechtvaardigen.

Bij deze eisen wil ik enkele kanttekeningen plaatsen. Klachten over

de beoordeling van iemands rijgeschiktheid gaan vooral over gebrek aan ordening van de feiten en het ontbreken van een wetenschappelijke onderbouwing van de conclusies van het rapport. Uit het feit dat het CMT van de keurende psychiater eist dat zijn aangevoerde gronden de conclusie van het rapport moeten rechtvaardigen, mag worden afgeleid dat er valide uitspraken te doen zijn over de rijgeschiktheid van mensen die 'één of meer keer met meer dan 2 promille alcohol achter het stuur zijn aangetroffen', het criterium om een rapportage te vragen. Bij mijn weten bestaat er geen onderzoek waaruit is gebleken dat zulke uitspraken te doen zijn. Onderzoek naar het vermogen van psychiaters om op andere terreinen gedrag van patiënten te voorspellen, geeft weinig reden tot optimisme in deze (Zitman 1993). Hierbij komt dat het tuchtcollege zelf soms ook pessimistisch is in deze, getuige de vraag die zij zich stelt in de zaken I 309 en I 318, of 'het wel verantwoord is om psychiaters te vragen een prognose te geven over de rijvaardigheid van iemand, op basis van de momenteel gebruikelijke – beperkte – keuringsprocedure'. De procedure is inmiddels aangescherpt. Sinds 1996 is er voor keurende psychiaters een 'Regeling eisen geschiktheid' beschikbaar. Het effect daarvan op de kwaliteit van de rapportages en het oordeel daarover van de tuchtrechter is niet af te leiden uit het gepresenteerde onderzoek.

Over het algemeen is de tuchtrechter voorzichtig bij de beoordeling van zaken waarover onvoldoende consensus bestaat. Het is verbazingwekkend dat hij inzake de beoordeling van de rijgeschiktheid de eis stelt dat de aangevoerde gronden de conclusie van het rapport moeten rechtvaardigen, ook al ontbreken daarvoor op dit moment voldoende harde wetenschappelijke criteria. Rapporten met een weinig wetenschappelijk verantwoord woordgebruik zouden, volgens het College, 'het vertrouwen in de stand der geneeskunde schaden'. Ik vraag me af of een goed geformuleerd, logisch ogend rapport het vertrouwen in de stand der geneeskunde wel dient, wanneer daarbij zou worden opgemerkt dat over de validiteit van de uitspraak onvoldoende te zeggen is op basis van wetenschappelijk onderzoek.

Conclusies en aanbevelingen

In de opleiding en de bij- en nascholing van psychiaters verdienen algemene zaken, zoals de rechten van de patiënt, de organisatie van de zorg, omgaan met privacy, goede informatievoorziening en bereikbaarheid ruimere aandacht. Klachten op dit gebied worden in de tuchtrechtspraak veel vaker gegrond verklaard dan klachten over strikt psychiatrische aangelegenheden.

In versterkte mate geldt dit voor grensoverschrijdend seksueel gedrag en seksuele intimidatie in de hulpverleningsrelatie. Van groot belang is dat psychiaters zich van de gevaren in deze bewust zijn. Tijdens hun

opleiding moet hun worden geleerd om bij zichzelf te signaleren wanneer ze in de gevarezone komen en hoe zij op een professionele manier om moeten gaan met dit soort moeilijke situaties.

Onze samenleving neigt er steeds meer toe om psychiaters in te schakelen bij de beantwoording van vragen rond uiteenlopende maatschappelijke problemen, zoals arbeidsgeschiktheid, delictgevaarlijkheid, rijgeschiktheid en wilsbekwaamheid. Psychiaters die op dit soort vragen ingaan, begeven zich op glad ijs, gezien het relatief grote percentage gegrondverklaringen van klachten hierover. De beroepsgroep van psychiaters hecht steeds meer waarde aan professionalisering en handelen op basis van 'evidence based psychiatry'. Het lijkt me daarom goed dat psychiaters zich meer terughoudend opstellen bij verzoeken uit de samenleving om 'professionele' uitspraken te doen over vragen die vanwege gebrek aan valide onderzoeksmethoden (nog) niet kunnen worden beantwoord.

Summary: The psychiatrist and medical disciplinary jurisdiction. A professional comment

Recently a study was published of all disciplinary decisions about professional activities of psychiatrists in the Netherlands between 1989 and 1997 (*De psychiater in de medische tuchtrechtspraak 1989-1997*). This article is a comment from a psychiatrist's point of view. After a broad analysis of all cases it goes into more detail: on sexual activities in psychiatric practice and on the assessment of driving ability. Finally some conclusions and recommendations are given.

Literatuur

- Aghassy, G., & Noot, M. (1987). Seksuele contacten binnen psychotherapeutische relaties. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 13, 293-334.
- Bouhoutsos, J., Holroyd, J., Lerman H., e.a. (1983). Sexual intimacy between psychotherapists and patients. *Professional Psychology*, 14, 185-196.
- Heinemann, M.E.F., & Hubben, J.H. (1998). *De psychiater in de medische tuchtrechtspraak 1989-1997*. Lelystad: Koninklijke Vermande.
- Nobel, L. de (1992). Psychotherapeuten en beroepsplicht: normen en overschrijdingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 47, 1067-1085.
- Strasburger, L.H., Jorgenson, L., & Randles, R. (1991). Criminalisation of Psychologist-Patient Sex. *American Journal of Psychiatry*, 148, 859-863.
- Zitman, F.G. (1993). Drinken, het rijbewijs en de psychiater. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 137, 2067-2068.

F.A.M. Kortmann is als hoogleraar verbonden aan het Academisch Ziekenhuis Nijmegen St. Radboud. Correspondentieadres: Prof. dr. F.A.M. Kortmann, Academisch Ziekenhuis Nijmegen St. Radboud, Afdeling Psychiatrie, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-7-1998.