

uitspraak tuchtcollege

Psychiater is dokter

Psychiatrische patiënten kunnen natuurlijk ook somatische stoornissen hebben. Sterker, het psychiatrisch beeld kan zelfs worden veroorzaakt door een somatische aandoening. Dat leert elke medisch student. Toch vreemd dat de psychiater in onderstaande tuchtzaak dat in de loop van haar carrière blijkaar was vergeten. Ze heeft het althans bij de behandeling van de uiteindelijk overleden patiënt in deze casus niet in praktijk gebracht.

Een 27-jarige man wordt door zijn moeder bij de crisisdienst aangemeld vanwege depressieve periodes, waarbij ernstige passiviteit en verwaarlozing opvallen. Hij weegt 145 kilo. De psychiater stelt op basis van anamnese en psychiatrisch onderzoek een voorlopig behandelplan op, maar van uitvoering komt niets terecht omdat er wederzijds geen contact meer wordt gelegd. Toch beschouwt de psychiater zich eindverantwoordelijk voor de hele behandeling.

Twee maanden na het laatste contact overlijdt de patiënt plotseling aan een achterwand/septuminfarct bij een zeer ernstig drietakslijden en onbehandelde diabetes met een glucosewaarde van 74. Het Centraal Tuchtcollege zet de door het regionaal tuchtcollege opgelegde voorwaardelijke schorsing voor drie maanden om in een 'berisping'. Daarbij speelt een rol dat het hoogste tuchtcollege 'slechts' het 'niet hebben verricht van lichamelijk onderzoek' meeweegt en niet de ontbrekende regievoering als hoofdbehandelaar. Dat aspect maakte namelijk geen onderdeel uit van de klacht.

De leermomenten zijn onmiskenbaar. Een patiënt is meer dan zijn psyche en 'hoofdbehandelaarschap' is geen eretitel maar geeft verantwoordelijkheden. Houdt de stethoscoop in ere en contact met de omgeving.

B.V.M. Crul, arts
mr. W.P. Rijkse

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, d.d. 1 september 2009

Beslissing in de zaak onder nummer 2008/226 van A, psychiater, gevestigd te B, appellante, verweerder in eerste aanleg, raadvrouw: prof. mr. W.R. Kastelein, advocaat te Utrecht, tegen C, wonende te B, verweerder in hoger beroep, klaagster in eerste aanleg.

1. Verloop van de procedure

Verweerder in hoger beroep – hierna te noemen klaagster – heeft op 1 februari 2007 bij het regionaal tuchtcollege te Zwolle tegen appellante – hierna te noemen de arts – een klacht ingediend. Bij beslissing van 12 juni 2008, onder nummer 031/2007 heeft dat college de klacht gegrond verklaard en de inschrijving van de arts in het BIG-register geschorst gedurende een periode van drie maanden voorwaardelijk onder de voorwaarde dat zij gedurende een proeftijd van twee jaar niet weer als psychiater zodanig zal handelen dan wel nalaten

dat dit leidt tot de oplegging van een maatregel bij een (regionaal) tuchtcollege voor de gezondheidszorg. De arts is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. Klaagster heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend. De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 30 juni 2009, waar zijn verschenen klaagster en de arts, bijgestaan door prof. mr. W.R. Kastelein.

2. Beslissing in eerste aanleg

2.1 De in eerste aanleg vastgestelde feiten.

'De feiten'

Op grond van de stukken, waaronder het medisch dossier, en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klaagster heeft in april 2005 op advies van haar huisarts, de heer D, haar zoon E geboren op 2 juni 1977, aangemeld bij

het meldpunt verwaarlozing, vervuiling en mishandeling, onderdeel van de GGD te B. Zij maakte zich op dat moment ernstig zorgen over E die zich verwaarloosde, vervuilde en isoleerde, en haar niet meer toeliet tot zijn woning. F van genoemd meldpunt heeft vervolgens in diezelfde maand contact opgenomen met de crisisdienst van de stichting G te B. Na een gesprek met E heeft H van deze dienst hem bij brief van 4 mei 2005 aangemeld bij de regionale zorg afdeling volwassenen van G. Deze brief is gericht aan GGZ G ter attentie van I/A. In die brief wordt aangegeven dat het gaat om een "27-jarige man met periodieke depressieve periodes waarbij dan een ernstige passiviteit en verwaarlozing opvalt".

Tot augustus 2005 komt er geen contact tot stand met E door toedoen van E zelf. Op 1 augustus 2005 vindt wederom een gesprek met E plaats bij de crisisdienst van G. In het gespreksverslag wordt vermeld:

"Cliënt vertelt: Sinds zijn 15de jaar heeft hij regelmatig last van depressieve momenten en dan komt hij tot niets, verwaarloost zichzelf en houdt contacten af. Ook neemt hij dan extreem in gewicht toe (nu 145 kg)."

Als beleid wordt afgesproken dat hij bij het reguliere team wordt aangemeld en tot die tijd gesprekken bij de crisisdienst, J (SPV-er), zal hebben. Er vinden gesprekken plaats met J. Op 24 november 2005 wordt de afspraak gemaakt dat er een heteroanamnese zal plaatsvinden met moeder en een psychiatrisch onderzoek.

Op 20 december 2005 vindt psychiatrisch onderzoek plaats door verweerder. In het verslag vermeldt zij onder meer:

"Reden van aanmelding:

Depressiviteit. Cliënt kampt met depressieve episoden, verwaarlozing en vereenzaming. Is hij te motiveren tot activering? (...)

Anamnese:

Cliënt is vanaf zijn 17de jaar bekend met depressieve episoden. Meestal is de duur een paar maanden; de langste episode duurde anderhalf jaar. (...) Cliënt heeft last van overgewicht. Hij is 1,84 m. lang en hij weegt 145 kg. Volgens cliënt heeft hij een normale eetlust. Als hij depressief is, zou hij

minder actief zijn, wat bevorderlijk is voor zijn overgewicht. Hij ligt dan in bed in de verwaarloosde omgeving vol pizzadozen en etensresten. De stemmingsdalingen zijn niet seizoensgebonden en cliënt kent geen drukke perioden.

Cliënt is niet bekend met hallucinaties en suicidaliteit.

Conclusie:

28-jarige adipeuze man die een teruggetrokken bestaan leidt. Cliënt disfunctioneert op alle levensvelden. Hij maakt een weinig geïndividualiseerde indruk. Het sociaal netwerk is zeer beperkt en er is weinig bekend over de wederkerigheid in contacten.

Er zijn geen aanwijzingen voor een schizofrene ontwikkeling.

Bij het intakegesprek is er geen sprake van psychopathologie in engere zin.

(...) Voorlopig behandelplan/conclusie: Voorstel:

Hoewel cliënt aangeeft te opteren voor een individueel contact, is mijns inziens de gestructureerde deeltijd geïndiceerd. Cliënt heeft reeds ambulante woonbegeleiding. (...)”

Op 12 januari 2006 is dit voorstel besproken in het team (waarvan verweerster deel uitmaakt) en akkoord bevonden.

Wel is de vraag gesteld of de schildklier-, diabetes mellitusfunctie van cliënt is gescreend.

Op 30 januari 2006 heeft er een adviesgesprek plaatsgevonden tussen verweerster en E. Verweerster vermeldt in haar decursus:

“Samenvatting en beleid doorgesproken. Wordt herkend. Pat. stelt zich coöperatief op. De vraag is of moeder mee kan komen voor een heteroanamnese. Bovendien lijkt het mij van belang voor de motivatie van de deeltijdbehandeling. Ik heb benadrukt dat alleen een individueel contact meer van hetzelfde is.

Met betrekking tot gewicht: pat. is bekend met methoden tot gewichtvermindering. 2003 succesvolle poging met behulp van bewegingspatroon en energiebeperkt dieet. Ret: 1 week.

Pat. wijst aanbod deeltijd af. Is verwezen voor individueel contact naar het ambulatorium.”

Verweerster heeft geen vervolgspraak met E gemaakt en ook geen contact meer met hem gehad. Ook J heeft hem nadien niet meer gesproken ondanks gemaakte afspraken. Hij heeft E bij brief van 15 maart 2006 laten weten dat hij zal worden uitgeschreven uit de polikliniek als hij binnen 14 dagen niets van zich laat horen. Op 1 april 2006 is E overleden.

Bij obductie werd zowel zeer ernstig drietakscoronairlijden gevonden met een achterwand/septuminfarct als een zeer hoge glucosewaarde van ruim 74, passend bij een onbehandelde diabetes.

Tussen klaagster en verweerster heeft ongeveer drie weken na het overlijden van E een gesprek plaatsgevonden. Ter zitting heeft verweerster verklaard dat zij als psychiater vanaf mei 2005 hoofdbehandelaar en tevens eindverantwoor-

delijke was voor de gehele behandeling van E.’

2.2 De in eerste aanleg ingediende klacht en het daartegen gevoerde verweer houden het volgende in.

‘De klacht

Klaagster verwijt verweerster – zakelijk weergegeven – dat zij haar zoon E noch voorafgaande aan noch tijdens de behandeling, lichamelijk heeft onderzocht of doen onderzoeken.

Het is gebleven bij een somatische anamnese waarbij verweerster E kennelijk op zijn woord heeft geloofd en geen gronden aanwezig heeft geacht om lichamelijk onderzoek te (laten) doen.

Het verweer

Verweerster voert – zakelijk weergegeven – aan dat de psychiatrische anamnese noch de observatie van E aanleiding vormden voor de aanname dat zijn psychiatrische klachten veroorzaakt werden door een lichamelijke oorzaak. Patiënt was weliswaar extreem dik maar had bij uitvragen geen klachten. Bovendien bleek uit de anamnese dat E in het verleden meerdere gewichtsschommelingen had gekend en dat daarbij de toename in gewicht gevolgd was op door patiënt ervaren depressieve gevoelens en niet andersom.’

2.3 Het Regionaal Tuchtcollege heeft zijn voormelde beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

‘5. De overwegingen van het college

5.1 Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2 Het college acht de klacht gegrond. Verweerster had moeten uitsluiten dat de klachten van E een lichamelijke oorzaak hadden dan wel dat zijn

Onafhankelijk?

Klaagster kampt nog steeds met klachten na twee aanrijdingen in 1997 en 2002. Ze is daarom verwikkeld in een letselsprocedure met de aansprakelijke verzekeraars. De medisch adviseurs van de verzekeraars wensen een onafhankelijk



onderzoek door een psychiater. Volgens de klaagster staat het rapport vol onjuistheden en tegenstrijdigheden. Haar commentaar heeft niet geleid tot wijzigingen in het rapport. Het rapport zou niet onafhankelijk zijn en grotendeels zijn gebaseerd op een eerder door klaagster bestreden rapport van een psycholoog. Het regionaal tuchtcollege oordeelt dat de klachten ongegrond zijn en het Centraal Tuchtcollege verworpt het beroep.

De inspectie selecteert en becommentarieert elke week een ongepubliceerde tuchtzaak op medischcontact.nl/tuchtzaken.

lichamelijke conditie zodanig was dat deze geen nader onderzoek vereiste. Bij een adipositas zoals van E, tenminste 145 kg bij een lengte van 1,84 m, was de kans daarop immers aanwezig. Dit klemte temeer nu verweerster geen psychopathologie in engere vorm bij hem constateerde. Bovendien had het team, waarvan zij zelf deel uitmaakte, op 12 januari 2006 geadviseerd om de schildklier- en diabetes mellitusfunctie van E te screenen. Hieraan is geen enkel gevolg gegeven.

Het college verwijst in dit verband ook naar de Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie van december 2003, met name naar de artikelen 3.6, 4.9.1 en 4.9.2. waarin ook wordt bepaald dat de psychiater geïnformeerd dient te zijn over de lichamelijke gezondheidstoestand van de patiënt. Het verweer op dit punt zoals is weergegeven in het verweerschrift kan het college niet volgen en het verwerpt dat dan ook. Ter zitting heeft verweerster nog aangevoerd dat E een zorgmijder was en dat zij hem daarom niet naar een internist heeft verwezen. Ook dat verweer verwerpt het college. Als behandelaar had zij E de ernst van zijn lichamelijke situatie, namelijk zijn ernstige overgewicht en de risico's van dien, onder de aandacht moeten brengen en lichamelijk onderzoek moeten (laten) doen. Door dat niet te doen, is zij tekortgeschoten.

5.3 Bij het opleggen van een maatregel overweegt het college het volgende.

Het niet (laten) verrichten van lichamelijk onderzoek bij E acht het College een ernstige nalatigheid. Daar doet in dit geval niet aan af dat G inmiddels het protocol met betrekking tot de somatische screening heeft aangepast.

Daarnaast heeft verweerster echter ook nagelaten als medisch eindverantwoordelijke tevens hoofdbehandelaar vanaf mei 2005 de regie te voeren over de behandeling van E bij G immers:

- er is geen informatie ingewonnen bij de huisarts, meer in het bijzonder heeft er geen overleg met de huisarts plaatsgevonden over de lichamelijke conditie van E en/of wie zich hiermee zou bezighouden, dit terwijl E niet via de huisarts was verwezen naar G,

- pas 8 maanden na de intake bij G is E door een arts/psychiater gezien/onderzocht,
- verweerster heeft E na twee gesprekken doorverwezen naar het ambulatorium zonder dat zij als psychiater een verklaring had voor de 'knik' in het leven van E sinds zijn 15de (voordien had hij immers goed gefunctioneerd en zelfs op hoog niveau gesport) en zijn huidige problemen, zonder dat zij een heteroanamnese had afgenomen, zonder de vervolgbehandelaars te wijzen op de mogelijke kans op diabetes mellitus dan wel schildklierafwijkingen bij E en zonder afspraken te maken over terugkoppeling van de behandeling,
- zij was niet op de hoogte dat E na 30 januari 2006 geen contact meer heeft gehad met G noch van de brief van 15 maart 2006 namens G aan E waarin de uitschrijving uit de polikliniek wordt aangezegd,
- verweerster heeft pas drie weken na de dood van E een gesprek met klaagster gehad.

Ook haar optreden ter zitting heeft naar het oordeel van het college weinig blijk gegeven van inzicht in haar handelen c.q. nalaten in deze zaak.'

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals deze zijn vastgesteld door het regionaal tuchtcollege, met dien verstande dat de mededeling van de arts ter zitting van het regionaal tuchtcollege dat zij als psychiater vanaf mei 2005 hoofdbehandelaar en tevens eindverantwoordelijk was voor de gehele behandeling van E wordt aangevuld met de mededeling van de arts op die zelfde terechtzitting dat de verantwoordelijkheid deels was gedelegeerd.

4. Beoordeling van het hoger beroep Procedure

4.1 Blijkens de in het beroepschrift gegeven toelichting richt het beroep van de arts zich niet primair tegen het feit dat de klacht door het regionaal tuchtcollege gegrond is

verklaard, maar met name tegen de maatregel die aan de arts is opgelegd, waarvan de zwaarte, zoals de arts betoogt, niet in verhouding staat tot hetgeen haar wordt verweten.

4.2 Klaagster heeft in hoger beroep gemotiveerd verweer gevoerd met conclusie de bestreden beslissing in stand te laten.

Beoordeling

4.3 In het onderhavige geval heeft het regionaal tuchtcollege de klacht gegrond verklaard, daarbij – kort gezegd – overwegende dat verweerster had moeten uitsluiten dat de klachten van E een lichamelijke oorzaak hadden. Door als behandelaar van E na te laten de ernst van zijn situatie, namelijk zijn ernstige overgewicht en de risico's van dien, onder zijn aandacht te brengen en na te laten lichamelijk onderzoek te laten doen, is zij tekortgeschoten.

Het Centraal Tuchtcollege neemt hetgeen het regionaal tuchtcollege in dit verband in overweging 5.2 van de bestreden beslissing heeft overwogen over en sluit zich daarbij aan.

4.4 Het Centraal Tuchtcollege komt – in zoverre anders dan het regionaal tuchtcollege in overweging 5.3 op de in die overweging weergegeven gronden nodig heeft geoordeeld – echter tot oplegging van een andere maatregel. De opgelegde maatregel van een voorwaardelijke schorsing voor de duur van drie maanden acht het Centraal Tuchtcollege te zwaar. Het Centraal Tuchtcollege neemt daarbij allereerst in aanmerking, dat het nalaten als medisch eindverantwoordelijke tevens hoofdbehandelaar vanaf mei 2005 de regie te voeren over de behandeling van E bij G (welk nalaten door het regionaal tuchtcollege met vijf in overweging 5.3 opgesomde punten wordt onderbouwd en mede ten grondslag is gelegd aan de opgelegde maatregel) geen onderdeel uitmaakte van de door klaagster ingediende klacht, welke zich beperkte tot het niet hebben verricht van lichamelijk onderzoek bij L. Het Centraal Tuchtcollege neemt daar-

naast in aanmerking, dat de arts niet eerder tuchtrechtelijk is veroordeeld en dat zij ter zitting in hoger beroep blijkt heeft gegeven van besef van haar tekortschieten en van oprechte spijt daarover, zodat er geen grond bestaat voor vrees voor herhaling. Onder de geschetste omstandigheden acht het Centraal Tuchtcollege de maatregel van berisping passend en toereikend. In zoverre dient de beslissing van het regionaal tuchtcollege te worden vernietigd.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

- vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep uitsluitend voor zover

daarbij de maatregel van voorwaardelijke schorsing van de inschrijving in het register is opgelegd,

en in zoverre opnieuw rechtdoende:

- berispt de arts;
- verwerpt het beroep voor het overige.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door mr. E. J. van Sandick, voorzitter, mr. L. F. Gerretsen-Visser en mr. M. M. A. Gerritzen-Gunst, leden-juristen en H. J. Dalewijk en prof. dr. P. P. G. Hodiamont, leden-beroepsgenoten en mr. R. van Zeijst-Repelaar van Driel, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 1 september 2009 door mr. A. D. R. M. Boumans, in tegenwoordigheid van de secretaris.

Twee maal aangeklaagd voor fatale bodylift

In een privékliniek verricht een plastisch chirurg een bodylift bij een drastisch afgevalen patiënte. Daags na de ingreep worden de ingebrachte drains verwijderd en wordt patiënte met ontslagbrief en drie telefoonnummers van de arts, naar huis gestuurd. De plastisch chirurg vertrekt voor een weekendje skiën. Vanaf zijn vakantieadres heeft hij enkele keren telefonisch contact met patiënte, bij wie thuis pijnklachten en 'koude rillingen' optreden. Als maximale pijnstilling onvoldoende soelaas biedt, regelt de plastisch chirurg uiteindelijk een consult bij zijn vervanger in de kliniek. Voor patiënte komt dit te laat: haar echtgenoot rijdt haar die ochtend vroeg naar de SEH. Bij opname blijkt sprake van een zeldzame postoperatieve wondinfectie met *Clostridium septicum* die haar uiteindelijk fataal wordt. Is dit adequate postoperatieve zorg na zo'n bodylift? Eerst de inspectie en later ook de weduwnaar leggen deze kwestie voor aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG). Nee, geen goede nazorg, oordeelt het CTG op de klacht van de inspectie. Duidelijke informatie aan patiënte over haar aanspreekpunt bij afwezigheid van haar behandelaar ontbrak, evenals een goed geïnformeerde vervanger die patiënte zonodig met spoed kon zien. Naar aanleiding van een latere klacht van de weduwnaar bevestigt het Centraal Tuchtcollege dit nog eens. Leest u in overweging 4.9 welke eisen het college exact aan de nazorg stelt. Maar hoe kan het dat het college zich twee keer over dezelfde vraag boog? 'Ne bis in idem', niemand twee keer berechten voor dezelfde feiten, zegt toch de wet? Volgens het Centraal Tuchtcollege geldt dit echter niet bij een procedure tussen andere partijen: dat de inspecteur dezelfde klacht al voorlegde, mag voor de weduwnaar geen beletsel zijn de klacht ook voor te leggen. Op zijn minst een opmerkelijke ommezwaai gezien eerdere jurisprudentie (CTG 29-2-2000, TvGR 2000: 64). Een nieuwe maatregel deelt de tuchtrechter echter niet uit. Wel wordt een waarschuwing toegevoegd, voor het te vroeg verwijderen van de drains.

B.V.M. Crul, arts
mr. H.C.B. van der Meer, jurist KNMG



Alleen online te lezen op
www.medischcontact.nl.

veldwerk

De ggz als zorgmijder

Dat een psychiater ook dokter is, maar niet altijd als zodanig handelt, blijkt uit de casus die voor een regionaal en het Centraal Tuchtcollege speelde (zie de uitspraak op blz. 2050). De psychiater was vergeten dat de relatie tussen lichaam en geest twee kanten kan opgaan. Maar er is nog iets dat uit deze casus blijkt, en dat is een meer structureel probleem. Opmerkelijk is dat dit gebrek niet eens onderdeel van de klacht uitmaakte. Ik doel op het schandalige gebrek aan voortvarendheid waarmee de patiënt werd gezien (behandeling vond nooit plaats). Tussen aanmelding bij de crisisdienst en een psychiatrisch consult in de betreffende ggz-instelling zat ruim vijf maanden. Een 27-jarige van 145 kilogram met extreme verwaarlozing, een ernstige knik in de levenslijn en 'depressieve periodes' moest na een intake door een verpleegkundige bijna een half jaar wachten tot hij een psychiater te zien kreeg. Na het psychiatrisch onderzoek duurde het nog eens twee maanden totdat een 'adviesgesprek' plaatsvond. Een vervolgafpraak werd niet gemaakt. We hebben het hier niet over iemand met een klein probleempje, maar over een patiënt met drie potentieel dodelijke verschijnselen: extreme obesitas, depressie en zelfverwaarlozing. En dat bij een man die daarvoor uitstekend had gefunctioneerd. Ik heb hier al eerder op gewezen: de ggz is zelf ziek zolang de dokter er niet aan de voordeur zit. De patiënt in de casus werd een zorgmijder genoemd. Het probleem ligt echter, zoals gebruikelijk, niet bij de patiënt. Het is de ggz zelf die het leveren van adequate zorg mijdt, zolang die de psychiater niet de rol geeft waarvoor hij is opgeleid.

René Kahn,
psychiater