

Psychiater gaat óók over de somatiek

De tijd dat een psychiater zich verre kon houden van somatische aandoeningen lijkt echt voorbij. Niet meer stoer de stethoscoop aan de wilgen hangen op het moment dat u de opleiding psychiatrie gaat doen. Niet meer het lichamenlijk onderzoek aan co-assistenten overlaten omdat u de patiënt niet zou mogen aanraken als psychiater. Onzin. Gewoon al hetgeen u over somatische aandoeningen in uw opleiding tot basisarts geleerd hebt goed bijhouden.

Dat mag althans worden afgeleid uit de onderstaande tuchtzaak. Zowel het Regionaal als het Centraal Tuchtcollege spreken daarin een vernietigend oordeel uit over de strikte scheiding tussen somatiek en psychiatrie die een instelling hanteerde waar een patiënt met paranoïde schizofrenie was opgenomen. 'Onjuist en potentieel gevaarlijk'. De in deze zaak aangeklaagde psychiater en zaalartsen gingen alleen over de psychische aandoeningen. Ingehuurde huisartsen waren verantwoordelijk voor lichamenlijke aandoeningen. De communicatie tussen beide circuits was matig. Toch noemde de psychiater zich 'hoofdbehandelaar'. Bij zijn patiënt ontwikkelde zich een beeld dat



hij psychiatrisch duidde als katatoon mutistisch stuporeus terwijl het evengoed neurologisch bepaald zou kunnen zijn vanwege kortdurende neurologische uitval. Pas anderhalve maand later komt de uitslag van de CT-scan: multiële hypodensiteiten passend bij multiële infarcteringen.

In de jaren tachtig is het verplichte jaar neurologie uit de opleiding tot psychiater gehaald en, vice versa, het jaar psychiatrie uit de opleiding tot neuroloog. Slechts een mager uurtje neurologie of interne per week is alles wat rest. Dat is natuurlijk niet genoeg om in de psychiatrie alert te zijn op organiciteit (of in de neurologie op psychiatrie). De opleiding tot en de nascholing van psychiaters moet dus snel worden verbreed. Anders is een bekwaam hoofdbehandelaarschap bij psychiatrische patiënten met comorbiditeit uitgesloten.

B.V.M. CRUL, arts
MR. W.P. RIJKSEN

De volledige tekst van onderstaande uitspraak staat op onze site: www.medischcontact.nl. Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.



Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 25 juli 2006

(ingekort)

Beslissing in de zaak onder nummer 2005/001 van: A, psychiater, wonende te B, appellant, verweerder in eerste aanleg, verweerder in het incidenteel beroep, raadvrouw prof. mr. W.R. Kastelein, advocaat te Utrecht, tegen C, wonende te D, verweester in beroep, incidenteel appellant, klaagster in eerste aanleg, raadvrouw mr. C. Grondsma, advocaat te Leeuwarden.

1. VERLOOP VAN DE PROCEDURE

C - hierna te noemen klaagster - heeft op 26 maart 2003 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen A - hierna te noemen de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 30 november 2004, onder nummer 03/068, heeft dat College de klacht deels gegrond verklaard en de arts voor het gegrond verklaarde deel de maatregel van waarschuwing opgelegd. De arts is van die beslissing

voor zover de oorspronkelijke klacht gegrond is verklaard en hem de maatregel van waarschuwing is opgelegd tijdig in hoger beroep gekomen. Klaagster heeft een verweerschrift, tevens beroepschrift in incidenteel beroep ingediend. Van de arts is in het incidenteel beroep een verweerschrift ontvangen. De zaak is in hoger beroep tegelijk doch niet gevoegd met de zaken 2005/023 (klaagster/E, neuroloog) en 2005/024 (klaagster/F, psychiater) behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 8 juni 2006, waar zijn verschenen klaagster, bijgestaan door mr. Grondsma, en de arts, bijgestaan door prof. mr. Kastelein, die een deskundigenopinie van de hand van G, psychiater verbonden aan het H, aan de processtukken heeft toegevoegd. Prof. mr. Kastelein en mr. Grondsma hebben een toelichting gegeven aan de

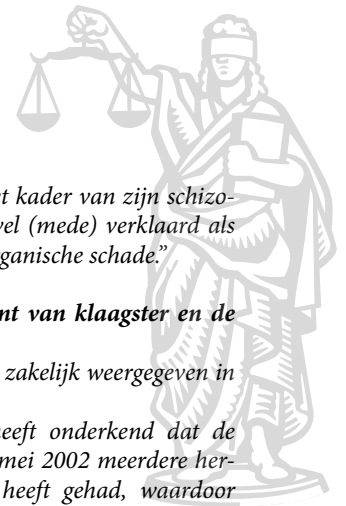
hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. BESLISSING IN EERSTE AANLEG

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

'2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan: klaagster is de moeder van I (verder 'de patiënt') geboren op 25 september 1966. De patiënt is in het verleden gediagnosticeerd als lijdende aan "schizofrenie, paranoïde type". Het college gaat met instemming van partijen, gezien de schriftelijke toestemming van de patiënt aan klaagster informatie op te vragen en gehoord de omstandigheden als ter zitting besproken, uit van een veronder-



stelde toestemming van de patiënt hem in deze klachtzaak te vertegenwoordigen.

De patiënt werd op 28 maart 2002 met een inbewaringstelling opgenomen in het psychiatrisch centrum J te K, onderdeel van de L-groep, op grond van een acute situatie bij een psychotische decompensatie. Klaagster heeft een klacht ingediend tegen twee psychiaters, onder wie verweerder, en twee arts-assistenten, allen werkzaam in J en een externe neuroloog, vaste consulent voor J. De klacht onder nummer 03/072 is bij brief van 5 oktober 2004 ingetrokken en niet verder behandeld. Alle verweerders waren op enig moment betrokken bij de behandeling van de patiënt. Verweerder was de hoofdbehandelaar van de patiënt.

Op 1 mei 2002 is de patiënt gesepareerd. Hij weigerde zijn medicatie, was zeer dreigend en was niet tot nauwelijks aanspreekbaar. Hij is op 2 mei overdag gezien door de arts-assistent M en de dienstdoende arts N wegens afwezigheid van verweerder. Omstreeks 23.00 uur was de patiënt angstig. Tijdens het hierop volgende consult constateerde de dienstdoende arts-assistent F dat patiënt niet meer angstig was maar dat contact niet mogelijk was evenmin als een volledig onderzoek. F noteerde onder andere: "Ik kan bij pt. geen contact krijgen, hij kijkt mij aan, maar niets dringt door bij hem, gelaat asymmetrisch rechter mond-/ooghoek naar beneden. Pt is niet in staat een woord te zeggen, alleen wat medeklinkers."

F constateerde een lichte Babinski rechts. Differentiaal diagnostisch heeft hij gedacht aan een katatoon mutistisch stuporeus beeld, dan wel een neurologisch beeld. F heeft telefonisch overlegd met de somatische achterwacht huisarts O en met zijn psychiatrische achterwacht N, die nadien ook samen overlegd hebben. Ondanks herhaald verzoek van F heeft de huisarts de patiënt op dat moment niet bezocht. Besloten is, gezien de omstandigheden, tot een expectatief beleid en niet tot een opname in een algemeen ziekenhuis ter uitsluiting van mogelijke neurologische oorzaken.

Op 3 mei 2002 heeft M de patiënt bezocht, tezamen met waarnemend psychiater P, die uitging van een psychiatrische oorzaak van het katatone en mutistische beeld. M noteerde onder andere in de status dat het gelaat van patiënt niet meer asymmetrisch was en dat de mond- en de ooghoek niet meer hingen.

Huisarts O is in consult geroepen, om het beleid te bepalen omdat de patiënt niet at, nauwelijks dronk en medicatie weigerde. De patiënt leek niet gedehydrateerd. Laboratoriumonderzoek bevestigde dit. De uitslagen van dit onderzoek zijn door M in de psychiatrische status genoteerd omdat deze enigszins afwijkend waren. Zij noteerde voorts dat de huisarts geen duidelijke aanwijzing zag voor somatische problematiek. De daaropvolgende dagen bleef het beeld zorgelijk. De patiënt bleef zeer psychotisch; wel leek er iets meer contact te ontstaan. Verweerder was vanaf 6 mei weer aanwezig. Op 8 mei 2002 werd gestart met dwangbehandeling met antipsychotische medicatie. De patiënt at en dronk weer en het contact was wisselend helder en verstaanbaar tegenover periodes van dysartrie en mutisme. Er is regelmatig contact geweest met de huisarts.

Op 15 mei 2002 heeft M het toestandsbeeld met klaagster besproken. Op 16 mei 2002 is in de status genoteerd dat de patiënt gemobiliseerd werd naar de groep, dat hij dit fijn vond en iets duidelijker leek te kunnen spreken. Op 22 mei 2002 heeft M, in overleg met verweerder, toen de psychose wat leek te verminderen, maar de spraakstoornis bleef bestaan, een consult aangevraagd bij neuroloog E. Nadat klaagster op 28 mei 2002 had gemeld dat in de eerste familielijn hyperhomocysteïnemie voorkomt, hetgeen een verhoogd risico geeft op vasculaire aandoeningen, is de neuroloog ook daarover geïnformeerd. Op 4 juni 2002 is de patiënt gezien door E en op 6 juni 2002 is een CT-scan gemaakt. De uitslag van de op 11 juni verrichte homocysteïnebeoordeling was 18,5, een niet-eenduidige uitslag die verder onderzoek noodzakelijk maakte. De uitslag van de CT-scan, die op 18 juni 2002 aan de patiënt is medegedeeld door de neuroloog, toonde multiple hypodensiteiten in het mediagebied beiderzijds, passend bij multiple infarcteringen. Klaagster is daarvan op 19 juni op de hoogte gesteld. De op 28 juni verrichte methioninebelastingtest liet zien dat de patiënt drager is van familiale hyperhomocysteïnemie.

Op 30 november is de patiënt overgeplaatst naar de afdeling Q. Het interne bericht van overplaatsing vermeldt:

"...patiënt toont een afasie en dysartrie. In mondelinge communicatie is patiënt gehandicapt. Communicatie via schrift is beperkt mogelijk...Het aanhoudend psychotisch beeld kan differentiaal diagnostisch geplaatst

worden in het kader van zijn schizofrenie, dan wel (mede) verklaard als gevolg van organische schade."

3. Het standpunt van klaagster en de klacht

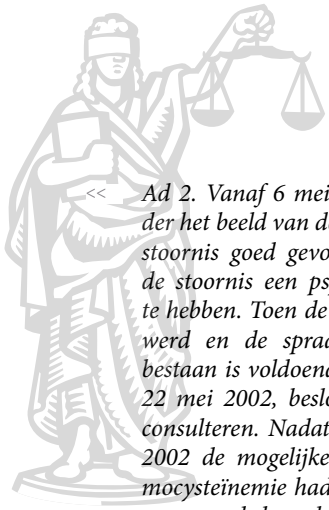
De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

1. niet direct heeft onderkend dat de patiënt op 2 mei 2002 meerdere herseninfarcten heeft gehad, waardoor de kans op redelijk herstel verkleind is. Het gehoor van de patiënt is zwaar beschadigd, klanken in woorden omzetten is niet meer mogelijk en schriftelijk communiceren is moeizaam;
2. geen maatregelen heeft genomen tussen 2 en 24 mei 2002, ondanks herhaalde waarschuwingen van klaagster. Op 28 mei 2002 heeft klaagster gemeld dat de patiënt mogelijk aan hyperhomocysteïnemie zou kunnen lijden. De CT-scan is pas op 6 juni 2002 gemaakt en pas op 19 juni 2002 stond met zekerheid vast dat de patiënt op 2 mei 2002 meerdere herseninfarcten had gehad;
3. klaagster onvoldoende heeft geïnformeerd over de uitvalsverschijnselen op 2 mei 2002. Verweerder heeft voorts nagelaten één van de artsen als aanspreekpunt aan te wijzen.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder stelt dat de klacht ongegrond is en dient te worden afgewezen. Als hoofdbehandelaar acht verweerder zich eindverantwoordelijk voor zowel de psychiatrische als de somatische behandeling van de patiënt, al dient hierbij te worden aangetekend dat het somatische deel van de behandeling gedelegeerd was aan de huisartsen, die, zelfstandig werkend, verbonden zijn aan het psychiatrisch centrum.

Ad 1. Op 2 en 3 mei 2002 was verweerder met vakantie en waren de psychiaters N en P als waarnemer voor hem werkzaam, zodat verweerder dit verwijt afwijst. Wel wil hij opmerken dat, zo de infarcten zijn ontstaan op 2 of 3 mei 2002, hetgeen niet met zekerheid vaststaat, het niet mogelijk zou zijn geweest door direct onderzoek de schade te beperken. De patiënt was immers in een zodanige psychotische toestand, dat nader neurologisch onderzoek als een CT-scan op dat moment onmogelijk zou zijn geweest. >>



<< Ad 2. Vanaf 6 mei 2002 heeft verweerder het beeld van de psychose en spraakstoornis goed gevolgd. Vooralsnog leek de stoornis een psychiatrische oorzaak te hebben. Toen de psychose iets minder werd en de spraakproblematiek bleef bestaan is voldoende tijdig, namelijk op 22 mei 2002, besloten de neuroloog te consulteren. Nadat klaagster op 28 mei 2002 de mogelijke familiale hyperhomocysteinemie had gemeld, is adequaat gereageerd door de huisarts en de neuroloog hiervan op de hoogte te stellen en onderzoek in te zetten. De termijn tot 4 juni 2002 was normaal voor een afspraak bij de neuroloog, nu er geen sprake was van een spoedeisende situatie. Het beleid rond het aanvragen en uitvoeren van een CT-scan viel onder de verantwoordelijkheid van de neuroloog.

Ad 3. Verweerder ontkent ten stelligste dat klaagster onvoldoende is geïnformeerd.

In het dossier staat vermeld dat M op 2 mei 2002 diverse malen vergeefs telefonisch contact met klaagster heeft gezocht. Op 3 mei 2002 is het wel gelukt klaagster telefonisch te informeren. Tot 19 juni 2002 heeft M een tiental keren telefonisch contact met klaagster gehad. Voor het aanwijzen van een enkel aanspreekpunt was geen aanleiding. Klaagster werd telkens te woord gestaan.

5. De overwegingen van het college

Ad 1. Dat dit verwijt verweerder niet kan treffen is evident, omdat hij op het desbetreffende moment met vakantie was en de behandeling van de patiënt en de supervisie over de arts-assistenten aan zijn waarnemers had overgedragen. Dit deel van de klacht is ongegrond. Het college acht het overigens niet verwijtbaar dat in de eerste uren na het ontstaan van het beeld geen actie is ondernomen om een somatische oorzaak uit te sluiten, omdat een daarop gericht onderzoek, gezien de kennelijk psychotische toestand van de patiënt, niet mogelijk was.

Ad 2. Uit de stukken en uit hetgeen ter zitting is gesteld staat vast dat de bij de behandeling van de patiënt betrokken artsen een somatische oorzaak van zijn toestand in de nacht van 2 op 3 mei 2002 hebben overwogen, maar dat een psychiatrische oorzaak in eerste instantie het meest waarschijnlijk is geacht. Ook verweerder heeft, zoals hij heeft verklaard, bij zijn terugkeer op 6 mei

aan de mogelijkheid van een somatische oorzaak gedacht. Naar het oordeel van het college had verweerder als hoofdbehandelaar van de patiënt en gelet op de door beide arts-assistenten in de status genoteerde verschijnselen, waaronder de kortdurende asymmetrie van het gezicht, de afwijkende laboratoriumuitslagen, de Babinski rechts en het blijvende mutistisch/dysartrisch beeld, ook toen rond 13 mei 2002 de situatie enigszins stabiliseerde, eerder dan na drie weken, nadere diagnostiek gericht op het uitsluiten van een somatische oorzaak dienen te verrichten. In zoverre is de klacht gegrond. Het college voegt daaraan het volgende toe:

De in J geldende regels omtrent de verdeling van de taken en verantwoordelijkheden van de diverse behandelaars houden in dat een tweedeling is gecreëerd tussen de somatiek en de psychiatrie waarbij de somatiek geheel onder de verantwoordelijkheid valt van de in dienst zijnde huisartsen en de psychiaters en de zaalartsen zich tot de psychiatrie beperken. Dit geldt ook voor de eventueel voor te schrijven medicatie. Een op de verdeling van een somatisch probleem gericht geneesmiddel kan conform die regels uitsluitend door de huisartsen worden voorgeschreven en het is de huisarts die bepaalt of een patiënt wel of niet voor een somatisch consult wordt verwezen. Het is ook de huisarts die vervolgens door de geconsulteerde arts over diens bevindingen wordt geïnformeerd. In deze casus is daarvan op een moment afgeweken doordat verweerder en de arts-assistent M op 22 mei 2002, kennelijk buiten de huisarts om, het initiatief hebben genomen om de patiënt naar neuroloog E te verwijzen. E heeft echter, conform de hem bekende regels, allereerst aan de huisarts gerapporteerd. Uit de status blijkt dat de huisarts dit vervolgens niet aan de psychiater en de arts-assistent heeft gemeld. Verweerder heeft aangegeven dat hij zich liever niet op het terrein van de huisartsen begaf, maar dat hij zich als hoofdbehandelaar van de patiënt toch verantwoordelijk achtte voor de gehele, dus niet alleen de psychiatrische maar ook de somatische, behandeling. In dit licht bezien had van hem mogen worden verwacht dat hij, gelet op de hiervoor beschreven verschijnselen van de patiënt, eerder dan op 22 mei ofwel zelf somatisch onderzoek had geregeld ofwel daarop bij de huisarts had aangedrongen. Het college maakt zich ernstig zorgen over de hiervoor beschreven in J

geldende de regels en acht deze onjuist en potentieel gevaarlijk.

De heersende werkverdeling heeft er in de onderhavige zaak bijvoorbeeld toe geleid dat de arts-assistenten er bij herhaling niet in slaagden een door hen gewenst consult van de huisarts gehonoreerd te zien en dat de informatieverstrekking aan klaagster over de uitslag van het op 6 juni verrichte CT-scanonderzoek zonder noodzaak ernstig is vertraagd. Het college merkt wel op dat de termijn tussen de aanvraag van het neurologisch consult, 22 mei, en de datum waarop dit heeft plaatsgevonden, 4 juni, niet onaanvaardbaar lang is geweest nu niet is gebleken dat er een noodzaak was voor meer spoed en voorts dat met de door klaagster op 28 mei verstrekte informatie over de mogelijkheid van hyperhomocysteinemie adequaat is omgegaan.

Ad 3. Vast staat dat de behandelend artsen regelmatig contact hebben gehad met klaagster over de toestand van haar zoon. Dat daarin een mogelijke somatische oorzaak in eerste instantie onderbelicht is gebleven, is een logisch gevolg van het in Ad 2. overwogen feit, dat een psychiatrische oorzaak van de verschijnselen van de patiënt aanvankelijk het meest waarschijnlijk werd geacht. Het college is van oordeel dat met klaagster voldoende informatie is uitgewisseld, in het bijzonder door arts-assistent M, waarmee dit deel van de klacht niet kan slagen.

De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge art. 47 lid 1 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg jegens de patiënt had behoren te betrachten. De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend.'

3. VASTSTAANDE FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN

(...)

4. BEOORDELING VAN HET HOGER BEROEP IN BEIDE APPËLS

4.1- 4. (...)

4.5. Omtrent het door de arts ingestelde (principale) beroep geldt het volgende. In de nacht van 2 op 3 mei 2002 vertoonde patiënt een klinisch beeld dat meer wees op een neurologisch ziektebeeld dan op

een psychiatrische aandoening. De arts-assistent heeft toen telefonisch overlegd met zowel de somatische achterwacht, de huisarts, als zijn psychiatrische achterwacht. Er is besloten tot een expectatief beleid. In het verdere verloop bleek de asymmetrie van het gelaat van voorbijgaande aard, dan wel een eenmalige observatie te zijn. In het afwachtende beleid is vervolgens de aandacht steeds meer gericht geweest op de bij patiënt evident aanwezige psychiatrische problematiek.

Toen de arts op 6 mei 2002 na zijn terugkeer van vakantie voor het eerst geconfronteerd werd met de verschijnselen van de voorgaande dagen, heeft ook hij in eerste instantie gedacht aan een somatische oorzaak. Hij werd echter tevens geconfronteerd met het gegeven dat de gelaatsasymmetrie van voorbijgaande aard was geweest en dat de afasie wisselend was. Onder deze omstandigheden is het niet onbegrijpelijk dat de arts is meegegaan in het wegredeneren van een somatische oorzaak en het zich concentreren op de psychiatrische problematiek.

Het voorgaande neemt echter niet weg dat in het gehele verloop onvoldoende is ondernomen om tijdig een somatische oorzaak uit te sluiten. In

zoverre is de klacht ook naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege gegrond.

Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege is, gelet op alle omstandigheden van het geval, alsmede op het hieronder overwogene omtrent de structuur van de zorg in de instelling, het verwijt dat aan de arts gemaakt kan worden te gering om de oplegging van een maatregel te kunnen rechtvaardigen. Daarom vernietigt het Centraal Tuchtcollege de beslissing waarvan beroep, slechts zover daarbij een maatregel is opgelegd. Het oordeel dat het betreffende klachtonderdeel gegrond is, blijft dus in stand. Het Regionaal Tuchtcollege heeft naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege op goede gronden overwogen dat het zich zorgen maakt over structuur binnen de instelling waarin de verantwoordelijkheden voor de somatische en de psychiatrische zorg te zeer gescheiden waren. Het Centraal Tuchtcollege heeft begrepen dat de instelling die structuur inmiddels heeft verlaten en dat de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de psychiatrische en somatische problematiek van de patiënten in de instelling geheel bij de psychiater berust. Op gronden ontleend aan het algemeen belang, wordt bepaald dat deze beslissing zal worden gepubliceerd zoals hieronder vermeld.

5. BESLISSING

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

- vernietigt in het principaal appèl de beslissing waarvan hoger beroep zover een maatregel is opgelegd;
- bepaalt dat geen maatregel wordt opgelegd;
- verwerpt het incidenteel beroep;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Medisch Contact, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Tijdschrift voor Psychiatrie met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door: mr. R.A. Torrenga, voorzitter, mr. J.K.M. Gevers en mr. E.J. van Sandick, leden-juristen, en prof. dr. P.P.G. Hodiament en dr. M.M. Veering, leden-beroepsgenoten, en mr. C.M.J. Wuisman-Jansen, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 25 juli 2006, door mr. E.J. van Sandick, in tegenwoordigheid van de secretaris. ■

PRAKTIJKPERIKEL

Op transport



Meneer A, een vrachtwagenchauffeur van 36 jaar, komt bij mijn huisartsenpraktijk op het spreekuur met radiculaire klachten.

Na enkele behandelingen door de fysiotherapeut - die geen verbeteringen opleveren - en de nodige pijnstilling, belandt hij bij de neuroloog. Deze bevestigt in enkele weken dat het gaat om een hernia nuclei pulposi en verwijst A naar de neurochirurg voor operatie.

Hij komt op de wachtlijst en omdat A steeds meer pijn krijgt en het nemen van pijnstillers zat is, vraagt hij of dat met

spoed kan. Aangezien er geen uitval is, kan dat niet. Op mijn advies vraagt A bij zijn ziektekostenverzekeraar naar de zorgbemiddelaar. Die regelt voor hem een operatie in Turnhout, België.

A gaat akkoord, maar omdat hij niet meer op of neer kan, verzoekt hij de zorgbemiddelaar om transport naar België. Deze weet echter doodleuk te vertellen dat A met de ambulance naar de grens kan worden gebracht, maar dat hij daarna zelf op eigen kosten vervoer moet regelen.

Na protest van A adviseert de zorgbemiddelaar hem contact op te nemen met zijn huisarts: die moet dan maar zij best doen om A met spoed in Nederland te laten opereren. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signaleringen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.