

Publicatiedrang

De drang en dwang om in wetenschappelijke tijdschriften te publiceren is groot in de academische wereld. Dat is logisch, omdat de toekenning van formatieplaatsen van afdelingen deels is gerelateerd aan publicaties in gezaghebbende bladen met een hoge citatie-index. Aangezien die bladen, zoals alle media, graag primeurs willen hebben, is het zaak om ze nieuw onderzoek ter publicatie aan te bieden. Maar tegen welke prijs?

In onderstaande casus meende de inspectie dat de publicatiedrift van de afdeling Huidziekte van een academisch centrum ten koste ging van het voorkomen van de verspreiding van een ziekte. Bij een patiënt was een zeer zeldzame soa, de anorectale vorm van lymphogranuloma venereum, ontdekt. Terecht dat iedereen op de afdeling, behalve zich om de patiënt te bekommeren, hierin ook een potentiële publicatie zag. Zeker toen zich meerdere patiënten aandienden met hetzelfde beeld. Op dat moment had



de GGD ter voorkoming van verspreiding van de infectieziekte direct moeten worden ingeseind voor bron- en contactopsporing. Dit gebeurde echter pas maanden later. De inspectie klaagde daarom zowel de hoogleraar als de betrokken dermatologen aan, maar kon het Regionaal Tuchtcollege niet overtuigen van enige kwade opzet. Wel kregen alle artsen een waarschuwing vanwege te late melding.

Het kan ons inziens niet genoeg worden gezegd: dat ondanks de soms moordende publicatiedrang de patiëntenzorg uiteindelijk leidend moet zijn. Ook publieksmedia zouden zich dat mogen aantrekken.

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

Log in en discussieer mee of
bekijk eerdere uitspraken op onze
website: www.medischcontact.nl



Uitspraak Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage d.d. 14 november 2006

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van A, B en C, ieder in zijn/haar hoedanigheid van inspecteur voor de gezondheidszorg, regio D en bij de Hoofdinspectie, klagers, tegen E, dermatoloog, wonende te F, de persoon over wie wordt geklaagd, hierna te noemen de arts.

1. HET VERLOOP VAN HET GEDING

Het klaagschrift d.d. 6 juni 2005 is in juni 2005 ontvangen, waarna namens de arts een verweerschrift is ingediend door mr. J. Meyst-Michels, thans advocaat te Utrecht. Hierop is gerepliceerd en geduplicateerd. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de gelegenheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord. De mondelinge behandeling door het college heeft plaatsgevonden ter openbare zitting van 19 september 2006. Klagers B en C zijn daar verschenen, alsmede de arts, bijgestaan door mr. Meyst voornoemd. Gelijktijdig met dit klaagschrift zijn toen behandeld de zaken van klagers tegen de artsen G en H. In deze gelijktijdig behandelde zaken zijn ter zitting drie, door de klagers opgeroepen,

getuigen gehoord. Klagers en de arts hebben hun standpunt mondeling toegelicht. Vervolgens hebben klagers gepleit aan de hand van pleitnotities. Namens de arts heeft mr. Meyst gepleit aan de hand van pleitnotities. De arts heeft het laatste woord gehad. Vervolgens is de behandeling van de zaak gesloten en uitspraak bepaald op 14 november 2006.

2. DE FEITEN

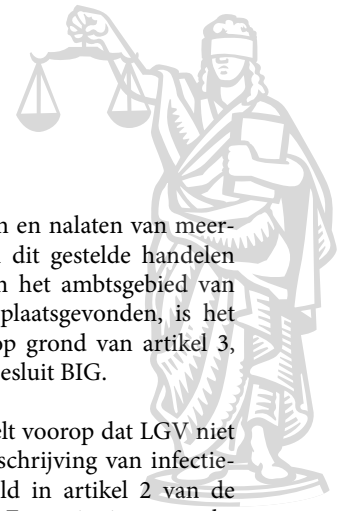
2.1 De arts E is sedert 2000 als hoogleraar en afdelingshoofd verbonden aan het ziekenhuis I te J op de afdeling Dermatologie en Venereologie. Sinds zijn komst is de afdeling gereorganiseerd en werd de soa-poli gescheiden van de poli Dermatologie. Als medisch coördinator (hoofd) van deze - gescheiden - soa-poli werd per 1 januari 2003 de dermatoloog G aangesteld. Voorheen was de dermatoloog H belast met de soa-poli. Deze maatregel heeft indertijd spanningen opgeleverd tussen de artsen E en H en tussen G en H. In de eerste helft van 2003 is H gedeeltelijk arbeidsongeschikt geweest.

Op de soa-poli zijn een aantal dagdelen tevens sociaal-verpleegkundigen van de GGD werkzaam. Zij zijn speciaal belast met bron- en contactopsporing.

2.2 In januari 2003 presenteerde zich een patiënt op de soa-poli, ten aanzien van wie in februari 2003 het vermoeden ontstond dat er bij hem sprake was van anorectale LGV (lymphogranuloma venereum). LGV is een seksueel overdraagbare aandoening die zelden voorkomt in niet-tropische gebieden. Er was al meer dan tien jaar geen LGV in Nederland geregistreerd. Met name mannen die seks hebben met mannen behoren tot de risicogroep.

In april 2003 werd op de soa-poli een volgende patiënt met vermoedelijk LGV gezien. In juli en augustus 2003 zijn er (in het kader van contactonderzoek) op de soa-poli meer patiënten gezien met vermoedelijk LGV. Hiervoor werd een speciaal spreekuur na 17.00 uur ingesteld, omdat vele patiënten van buiten de regio moesten komen en men de toeloop van deze patiënten overdag niet meer aankon.

In augustus 2003 ontstond binnen de soa-poli het vermoeden dat het niet om incidentele LGV-gevallen ging, maar dat er mogelijk sprake was van een cluster van deze ziekte. H heeft dit toen besproken met de arts E, waarbij hij heeft aangedrongen om melding te doen aan



de GGD, maar dit werd toen niet nodig geacht.

2.3 De in die periode in de soa-kliniek werkzame agnio K was bijzonder geïnteresseerd in het betreffende ziektebeeld (LGV) en bereidde een publicatie voor. H heeft hem daarbij begeleid. In december 2003 is een door deze K gemaakt casereport (over de patiënt van januari 2003) gepubliceerd in de L.

In 2004 heeft een aantal vervolgpublishaties plaatsgevonden.

2.4 G heeft begin december 2003 na deze eerste publicatie telefonisch contact opgenomen met mevrouw M (arts infectieziekten, epidemioloog bij de GGD) en aangegeven dat het hem speet dat zij niet eerder was geïnformeerd over de LGV-patiënten, maar dat hem niet bekend was dat er sprake was van een eventuele meldingsplicht.

3. DE KLACHT

De inspectie acht de melding in december 2003 ongewenst laat, gezien vanuit het algemeen belang van de bescherming van de volksgezondheid, en heeft de volgende vier klachten geformuleerd (zake-lijk weergegeven).

1. De arts heeft in zijn hoedanigheid van afdelingshoofd het belang van een wetenschappelijke publicatie laten prevaleren boven het algemeen belang van de volksgezondheid gericht op het voorkomen van verspreiding van infectieziekten. Het melden van een cluster LGV is hierdoor ten minste 6-8 maanden uitgesteld, met als gevolg een naar alle waarschijnlijkheid veel grotere verspreiding van de infectie dan bij tijdige melding aan de GGD het geval zou zijn geweest.

2. Als afdelingshoofd is de arts ervoor verantwoordelijk dat door het creëren van een sfeer van geheimzinnigheid rond het cluster LGV en het opleggen van een spreekverbod aan medewerkers van de soa-poli het belang van een goede samenwerkingrelatie tussen GGD en soa-poli is geschaad.

3. Als afdelingshoofd is de arts eindverantwoordelijk voor het feit dat (a) bron- en contactopsporing naar LGV door de soa-poli onvolledig is uitgevoerd en voortijdig is gestopt en (b) de vastlegging van de gegevens in de medische dossiers onvolledig is geweest. Door de geheimhouding is ten onrechte geen gebruik gemaakt van

de expertise van de GGD op het gebied van bron- en contactopsporing.

4. Als afdelingshoofd was de arts er eindverantwoordelijk voor dat de behandelend hiv-specialisten van het ziekenhuis I ten onrechte niet zijn geïnformeerd en niet zijn betrokken bij onderzoek en patiënten behorend tot het LGV-cluster. Ten onrechte werd ervan uitgegaan dat de medisch microbioloog hiervoor zou zorgen.

4. HET STANDPUNT VAN DE ARTS

Pas eind augustus/begin september 2003 werd na het bekend worden van de laboratoriumuitslagen duidelijk dat er sprake was van een LGV-cluster. Melding op grond van artikel 7 Infectieziektewet was niet verplicht, terwijl specifieke melding aan de GGD niet noodzakelijk werd geacht. Als er overigens al sprake is van een *delay*, betreft dit hooguit de periode eind augustus tot begin december 2003. Indien mocht blijken dat de arts ten onrechte heeft nagelaten melding te doen aan de GGD over de LGV-cluster, dan spijt hem dat en biedt hij daarvoor zijn excuses aan.

Er is echter geen moment sprake geweest van bewust achterhouden van gegevens met de bedoeling daarover als eerste te publiceren.

De gebruikelijke procedure is op de soa-poli gevolgd met betrekking tot de soa-diagnostiek c.q. de behandeling ervan en contactopsporing. Betwist wordt het creëren van een sfeer van geheimzinnigheid rond het LGV-cluster en het opleggen van een spreekverbod.

Onvolledige, slordige statusvoering wordt eveneens betwist, waarbij onder meer wordt verwezen naar recente visitaties, waarbij geen onregelmatigheden zijn gebleken. Vanaf december 2003 is intensief samengewerkt met de GGD, terwijl mevrouw M (van de GGD) heeft meegewerkt aan de publicatie in N van 1 oktober 2004 over het LGV-cluster. De samenwerking tussen de soa-kliniek en de GGD loopt goed. Nimmer heeft de intentie bestaan om de GGD opzettelijk niet te informeren.

Hiv-patiënten uit het cluster zijn wel degelijk verwezen. Niet duidelijk is waarop deze klacht is gebaseerd.

5. DE BEOORDELING

5.1 Klager woont niet in het ambtsgebied van dit college. Gelet evenwel op het feit dat er sprake is van klachten over

hetzelfde handelen en nalaten van meerdere personen en dit gestelde handelen en nalaten binnen het ambtsgebied van dit college heeft plaatsgevonden, is het college bevoegd op grond van artikel 3, 3e lid Tuchtrechtbesluit BIG.

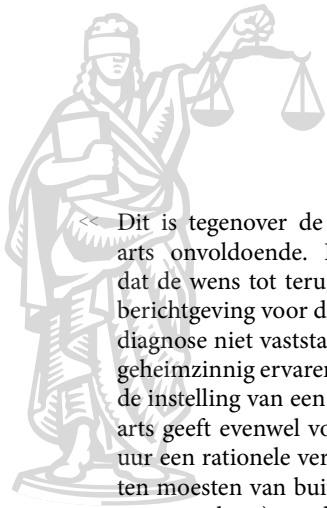
5.2 Het college stelt voorop dat LGV niet valt onder de omschrijving van infectieziekten als bedoeld in artikel 2 van de Infectieziektewet. Evenmin is er sprake geweest van een situatie in de zin van artikel 7 van deze wet, op grond waarvan er een wettelijke verplichting tot melding van het geconstateerde LGV-cluster bestond. Polikliniekbezoekers kunnen immers niet worden aangemerkt als 'verblijvend of voor een of meer dagdelen samenkomend in de instelling'. Klagers erkennen dit ook.

Onderzocht dient te worden of de arts desondanks tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld door het LGV-cluster pas in december 2003 te melden aan de GGD.

5.3 Het verwijt dat de arts de wens tot publiceren heeft laten prevaleren boven het belang van de volksgezondheid is niet komen vast te staan. In dit verband wijst het college erop dat reeds in de zomer van 2003 het casereport van de januaripatiënt ter publicatie was aangeboden aan de L en ook in de zomer was geaccepteerd. Op dat moment stond nog niet vast, althans was nog niet voldoende aannemelijk, dat er sprake was van een uitbraak van LGV, waarbij de volksgezondheid in het geding was. Dit laatste werd pas aannemelijk eind augustus 2003 toen de betreffende laboratoriumuitslagen bekend werden.

Voorts is onweersproken gesteld dat de betreffende agnio al begin 2003 contact heeft opgenomen met de GGD te O en een aantal andere ziekenhuizen om te vragen of zij LGV-patiënten waren tegengekomen. Daarnaast staat vast dat de GGD bij alle latere publicaties (in 2004) was betrokken. Dit alles wijst niet op een publicatiewens ten koste van het volksgezondheidsbelang.

5.4 Ook het opleggen van een spreekverbod is niet komen vast te staan. In feite is het slechts de (als getuige gehoorde) GGD-verpleegkundige P, die hierover spreekt. De getuige Q heeft zijn informatie op dit punt vervolgens voornamelijk van P. >>



Dit is tegenover de betwisting door de arts onvoldoende. Hier komt nog bij dat de wens tot terughoudendheid in de berichtgeving voor de hand ligt zolang de diagnose niet vaststaat. Mogelijk is de als geheimzinnig ervaren sfeer ontstaan door de instelling van een avondspreekuur. De arts geeft evenwel voor dit avondspreekuur een rationele verklaring (veel patiënten moesten van buiten de regio komen/grote toeloop), zodat het verwijt van het (bewust) creëren van een sfeer van geheimzinnigheid evenmin op zijn plaats is.

5.5 De gestelde ontoereikende dossiervoering wordt gemotiveerd betwist. Klagers hebben, behoudens algemene stellingen geen door het college toetsbare feiten aan deze klacht ten grondslag gelegd, zodat het college daaraan voorbijgaat.

5.6 Ook de stelling dat de hiv-specialisten niet zijn geïnformeerd is tegenover de betwisting van de arts onvoldoende feitelijk onderbouwd. Ook hieraan gaat het college voorbij.

5.7 Blijft over de omstandigheid dat pas in december melding is gemaakt bij de

GGD van het LGV-cluster. Het college acht deze melding, gelet op de aard van de aandoening, in de gegeven omstandigheden te laat.

Reeds eind augustus was het binnen de soa-poli genoegzaam bekend dat het niet meer om een incident ging. Toen had in het belang van de volksgezondheid, met name het infectiegevaar bij anderen, gevergd mogen worden dat dit werd gemeld aan de GGD. Dit wordt niet anders door de omstandigheid dat daartoe geen wettelijke verplichting bestond op grond van de Infectieziektewet (zie r.o. 5.2). Immers, het optreden van een ongewoon aantal en opmerkelijke presentatie van ziekten van infectieuze aard in een specifieke populatie, had juist een soa-afdeling (zeker in een academisch ziekenhuis) tot alertheid en melding dienen te bewegen. De GGD is tenslotte de instantie bij uitstek met de deskundigheid op het gebied van bron- en contactopsporing.

Door dit na te laten is de arts, die zelf reeds in augustus 2003 bekend was met (toen nog) de mogelijkheid van een LGV-cluster, als afdelingshoofd tekortgeschoten in de zorg die hij in het belang van een goede uitoefening van de individuele

gezondheidszorg dient te betrachten. De expertise van de GGD is immers aldus later dan gewenst ingeroepen.

Mogelijk heeft dit tot een tijdelijke bekoeling van de relatie met de GGD geleid, maar van een definitief geschade samenwerkingsrelatie is niet gebleken.

5.8 Het college acht na te melden (lichtste) maatregel op zijn plaats. Het college ziet geen reden om een maatregel achterwege te laten, nu de arts wel enig verwijt treft.

6. DE BESLISSING

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage beslist als volgt:

legt op de maatregel van waarschuwing.

Deze beslissing is gegeven door mr. M.A.F. Tan-de Sonnaville, voorzitter, mr. H. Uhlenbroek, lid-jurist, en dr. R. Bieger, prof. dr. J.W. van Kleef en prof. dr. J.T. van Dissel, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door mr. J.P. Hoogland, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 14 november 2006. ■

PRAKTIJKPERIKEL

Dubieuze samenwerking



Najaar 2006 ontving ik onderstaande brief van een geneesmiddelenfabrikant. Het betreft het gebruik van een uiterst prijzig medicament, een product dat wordt ingezet bij de behandeling van chronische lymfocytair leukemie. Hiervoor bestaat geen alternatief.

Zeer geachte mevrouw,

Al enige jaren is uw ziekenhuis voor onze firma een van de belangrijkste centra in Nederland inzake ervaring met het behandelen met product X. In 2006 is dit beeld echter drastisch veranderd en zien we een duidelijke teruggang in het gebruik van product X.

Onze firma hecht zeer veel waarde aan een goede samenwerking met de gebruikers van onze producten en zou graag met u in gesprek komen over het hoe en waarom van de ontstane situatie en hoe we tot een situatie kunnen komen die ons beide tot tevredenheid stemt.

Graag willen we u uitnodigen voor een afspraak om over samenwerking tussen uw ziekenhuis en onze firma te spreken.

Met vriendelijke groet,

De heer Y, Business Unit Manager Oncology ■

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