

uitspraak tuchtcollege

Bekende behandelen is vragen om gedonder

Uw collega's of medewerkers behandelen, dat is vragen om problemen. Zelfs als alles naar tevredenheid verloopt, is het lastig om in de toekomst onderscheid te maken tussen wat u nu als arts van iemand weet, en wat als collega. Dat kan ongemakkelijke situaties opleveren. Als het contact niet goed verloopt of als de collega in kwestie bepaalde gevoelens voor u koestert, zijn de rapen helemaal gaar.

De gynaecoloog in deze tuchtzaak behandelt een poliassistent uit zijn maatschap voor een postpartumdepressie, terwijl dat buiten zijn deskundigheidsgebied valt. Hij start seksuele therapie bij de vrouw en haar echtgenoot, terwijl er ernstige relatieproblemen spelen. En dan is er ook nog sprake van een persoonlijke – en volgens de vrouw seksuele – relatie tussen de gynaecoloog en haarzelf. Dus dat de vrouw uiteindelijk haar baan opzegt en een klacht indient, zal u niet verbazen. Het ziekenhuis meldt bij de inspectie en die dient een klacht in bij de tuchtrechter. Die besluit de man te berispen, meewegend dat het de eerste keer is dat hij in zijn lange medische loopbaan een veroordeling krijgt en dat hij inzicht toont in zijn fouten.

Het lijkt bijna onontkoombaar om als arts ooit ook bekenden te behandelen of te adviseren. Maar wees op uw hoede en laat bij uw patiënt – want dat wordt die bekende vervolgens – nooit verwarring ontstaan over welke rol u op welk moment vervult. En eerlijk gezegd: doe het liever maar helemaal niet.

Sophie Broersen, arts
prof. mr. Aart Hendriks, jurist

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Eindhoven d.d. 5 maart 2012

(ingekort door redactie MC)

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 23 november 2010 binnengekomen klacht van Inspectie voor de Gezondheidszorg te A, klaagster, in de persoon van B, inspecteur en mr. C, inspecteur-jurist, tegen D, gynaecoloog (...).

1. Het verloop van de procedure
(...)

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende: Patiënte was sinds 2001 werkzaam als doktersassistente op de polikliniek gynaecologie van het ziekenhuis waar verweerder werkzaam was als gynaecoloog. Verweerder heeft patiënte tijdens haar zwangerschap in 2004 begeleid en in januari 2005 de bevalling gedaan. Na de bevalling kreeg patiënte depressieve klachten en heeft verweerder haar behandeld met diverse

antidepressiva voor een postnatale depressie. Ook is patiënte toen op advies van verweerder bij een psychologe en bij een psychiater geweest.

Op 4 oktober 2005 heeft verweerder bij patiënte, volgens klaagster, een introïtusplastiek gedaan wegens pijn bij coïtus. Van medio oktober 2005 tot begin januari 2006 is patiënte opgenomen geweest op de PAAZ.

In januari 2006 is patiënte (aanvankelijk op therapeutische basis) weer gaan werken. Haar depressieve klachten verbeterden niet. In augustus 2006 is zij via verweerder terechtgekomen bij een psychotherapeute, die haar tot september 2007 heeft behandeld.

In november 2006, toen de echtgenoot van patiënte een weekend naar Londen was, zou volgens patiënte verweerder haar thuis hebben bezocht en zouden zij voor het eerst seks hebben gehad. Ook in de periode daarna zouden zij volgens patiënte meerdere malen seks hebben gehad. Door verweerder wordt uitdrukkelijk ontkend dat er sprake zou zijn geweest van een seksuele relatie.

Van 29 mei tot 23 juni 2008 waren patiënte en verweerder samen met enkele andere ziekenhuismedewerkers in F voor een kinderplichtproject. Een project waar verweerder al jaren mee bezig was.

Na terugkeer uit F is verweerder begin juli 2008 gestart met een seksuele therapie bij patiënte en haar echtgenoot. Verweerder sprak separaat met hen beiden, maar de gesprekken werden door hem wel naar beiden teruggekopieerd. Na enkele sessies is verweerder daarmee eind juli 2008 gestopt.

Medio augustus 2008 heeft patiënte besloten haar baan als doktersassistente in het ziekenhuis op te zeggen omdat zij van mening was dat voor haar een onwerkbaar situatie op de polikliniek was ontstaan en zij geen andere uitweg meer zag.

Op 7 mei 2009 heeft zij een klacht ingediend bij de raad van bestuur van het ziekenhuis. In de klachtbrief stelt zij onder meer dat tijdens haar behandeling door verweerder een seksuele relatie was ontstaan. Het ziekenhuis heeft dit vervolgens gemeld aan klaagster, die het ziekenhuis opdracht heeft gegeven de klacht door een onafhankelijk onderzoeksbureau te laten onderzoeken. Naar aanleiding van het rapport van dit onderzoeksbureau heeft klaagster zelf nog een onderzoek verricht en een rapport opgesteld en besloten de onderhavige klacht in te dienen.

3. Het standpunt van klaagster en de klacht

De klacht bestaat uit de volgende vier onderdelen:

1. Behandeling postnatale depressie

Het langdurig behandelen van een postnatale depressie als gynaecoloog, zonder overleg met de huisarts daarover en zonder verwijzing naar de psychiater, beschouwt klaagster als een ernstige overschrijding van de professionele normen dienaangaande. Verweerder had conform de Consensus Depressie na twee proefbehandelingen die niet aansloegen de behandeling aan een psychiater moeten overdragen. De huisarts had in dezen de

regie moeten voeren in plaats van verweerder. Het door verweerder ingestelde begeleidingstraject was

inadequaat en van een gynaecoloog kan de hiervoor vereiste kennis ook niet verwacht worden.

/selectie_van_de_inspectie

Als je patiënt een vriendin wordt

Feiten Verweester was sinds 1983 huisarts van patiënte. Tussen beiden ontstond daarnaast een vriendschapsrelatie. Ze gingen samen op vakantie en verweester bleef regelmatig bij patiënte slapen. Patiënte had het voorstel van verweester om vanwege die vriendschap een andere huisarts te zoeken, afgewezen. In 2007 werd bij patiënte de diagnose dementie gesteld, en vanaf die tijd voelde verweester zich in toenemende mate verantwoordelijk voor haar vriendin. De situatie van patiënte verslechterde en zij werd in de zomer van 2009 opgenomen in een BOPZ-instelling, waar zij medio 2010 overleed. Klagers – kinderen van patiënte – dienden een klacht in tegen de huisarts die volgens hen grensoverschrijdend gedrag had vertoond door huisarts te blijven van hun moeder terwijl ze met elkaar bevriend waren en daarbij had ze aan hen onjuiste informatie gegeven tijdens het ziekteproces van hun moeder.

Overwegingen tuchtcollege Verweester heeft als huisarts van patiënte de in acht te nemen distantie niet gerespecteerd. Hoewel ze zich kennelijk bewust is geweest van de onwenselijkheid en de risico's van hun dubbele relatie, heeft ze deze toch laten voortbestaan. Toen patiënte haar voorstel om een andere huisarts te kiezen afwees, had ze haar professionele verantwoordelijkheid moeten nemen en – desnoods tegen de wil van de patiënte – de relatie als huisarts met haar moeten beëindigen.

Verder is verweester in de fout gegaan door er welbewust voor te kiezen de kinderen onjuiste informatie te verstrekken. Wel had zij, waar de toestemming van patiënte hiervoor ontbrak, kunnen zeggen dat zij hen géén informatie kon geven. Het college legt aan de huisarts een waarschuwing op.

Relevantie volgens de inspectie In de behandelrelatie tussen arts en patiënt moet de arts voldoende professionele afstand bewaren. De professionele verantwoordelijkheid zal vaak een beletsel zijn om in te gaan op het verzoek van familieleden of goede bekenden hen te behandelen. Zie hiervoor ook de KNMG-richtlijn 'Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelovereenkomst'. De huisarts in casu heeft zich de belangen van patiënte/haar vriendin te zeer persoonlijk aangetrokken. Door de behandelrelatie niet te beëindigen toen de band met patiënte te persoonlijk werd, ontstond een ongewenste rolvermenging.

(Zaaknummer RTC Amsterdam YG1957)



De inspectie selecteert en commentarieert elke week een niet ter publicatie aangeboden tuchtzaak. Zie voor de volledige uitspraak:

Selectie van de inspectie



www.medischcontact.nl/selectie_van_de_inspectie

2. Introïtusplastiek

Een introïtusplastiek vanwege dyspareunie is niet een voor de hand liggende therapie in de beginfase van een depressie, omdat een dergelijke klacht na het opklaren van de depressie meestal vanzelf verdwijnt. Ook zou bij dergelijke klachten nagegaan moeten worden of er mogelijk sprake is van relatieproblematiek. Dyspareunie is vaak onderdeel van een depressie of een symptoom van onderliggende relatieproblematiek. Het feit dat verweester hiervoor een introïtusplastiek geïndiceerd achtte, is in strijd met de algemeen aanvaarde handelwijze dienaangaande.

3. Seksuele therapie

Het getuigt van onprofessioneel handelen dat verweester bij het echtpaar een seksuele therapie heeft gestart, wetende dat er al ernstige relatieproblemen bij het echtpaar aanwezig waren en mede gelet op zijn eigen emotionele en waarschijnlijk seksuele relatie met patiënte.

4. Persoonlijke emotionele (en waarschijnlijk seksuele) relatie

Verweester heeft de behandelrelatie niet beëindigd op het moment dat er een andersoortige relatie tussen hem en patiënte ontstond. Daardoor is ernstige verwarring ontstaan over de diverse rollen die hij vervulde met als gevolg ernstige (emotionele) schade voor patiënte en haar omgeving, nu ook de echtgenoot van patiënte door verweester in de behandeling is betrokken.

4. Het standpunt van verweerder

Verweester is sinds 1984 als gynaecoloog werkzaam geweest in het ziekenhuis in maatschapsverband. Iedere maat beoefende het vak over de gehele breedte, maar had daarnaast extra aandachtsgebieden. Voor verweester waren deze aandachtsgebieden antenatale diagnostiek alsmede sinds 1995 – tezamen met een ander lid van de maatschap – seksuele therapie nadat hij daarvoor eerst de vereiste opleiding had gevolgd. Verweester is van mening dat op het rapport van het door het ziekenhuis

ingeschakelde onderzoeksbureau en de daarin getrokken conclusies veel valt af te dingen en dat klaagster ten onrechte de conclusies van dit rapport heeft overgenomen. In het verweerschrift en de dupliek heeft hij dit standpunt uitvoerig toegelicht. Wat betreft het eerste klachtonderdeel (de behandeling van de postnatale depressie) heeft hij onder meer erop gewezen dat, zodra hem bleek dat er sprake was van een postnatale depressie, hij patiënte meteen heeft doorverwezen naar haar huisarts. Omdat zij zich echter door haar huisarts niet gehoord voelde, heeft zij zich daarna weer tot hem gewend. In mei 2005 heeft hij haar verwezen naar een klinisch psychologe, maar patiënte heeft dat contact al na korte tijd weer verbroken. In juni 2005 heeft hij patiënte verwezen naar een aan het ziekenhuis verbonden psychiater met wie zij meerdere gesprekken heeft gehad. Volgens hem is het niet ongebruikelijk dat in de gynaecologenpraktijk bij een postnatale depressie antidepressiva worden voorgeschreven en staat ook niet in de Consensus Depressie dat na twee proefbehandelingen moet worden verwezen naar een psychiater. Wat betreft het tweede klachtonderdeel (de introïtusplastiek) is volgens hem sprake van een misverstand. In augustus 2005 heeft patiënte zich tot hem gewend met de klacht dat volgens haar een coïtus nauwelijks mogelijk was. Bij onderzoek bleek aan verweerder dat er sprake was van een zeer pijnlijk en niet fraai genezen episiotomielitteken. Op die grond achtte hij een ingreep medisch geïndiceerd. Op 4 oktober 2005 heeft verweerder dit litteken succesvol geëxcideerd volgens patiënte, zoals blijkt uit het medisch dossier. Wat betreft het derde klachtonderdeel (de seksuele therapie aan patiënte en haar echtgenoot) stelt verweerder dat patiënte daarop al eerder had aangedrongen, maar dat hij dat toen heeft afgehouden. Na terugkomst van de F-reis heeft zij eind juni 2008 weer hierop aangedrongen. Verweerder heeft daarmee toen ingestemd op voorwaarde dat ook haar

echtgenoot dat wilde en ieder van de gesprekspartners er op ieder gewenst moment mee kon stoppen. In juli 2008 is de therapie opgestart. Daarbij is het gebleven bij verkennende gesprekken tot uiterlijk 28 juli 2008, toen patiënte en haar echtgenoot op vakantie gingen. Verweerder is ermee gestopt, omdat in deze verkennende gesprekken hem duidelijk werd dat er sprake was van relatieproblematiek en niet van seksuele problematiek. Achteraf hierop terugkijkend is hij tot de conclusie gekomen dat hij er beter aan had gedaan niet op het verzoek in te gaan, omdat hij het echtpaar te goed kende. Wat betreft het vierde klachtonderdeel (de persoonlijke emotionele – en waarschijnlijk seksuele – relatie) stelt verweerder dat nooit sprake is geweest van een seksuele relatie en betwist hij uitdrukkelijk en gemotiveerd de conclusies hierover in het rapport van het onderzoeksbureau en dat van klaagster. Ook ontkent hij dat sprake is geweest van een 'langdurige emotionele relatie' met patiënte. Samenvattend vindt verweerder dat hij zich als gynaecoloog en therapeut op een betrokken en professionele wijze heeft ingezet voor patiënte en haar echtgenoot en dat de klacht in al haar onderdelen ongegrond is.

5. De overwegingen van het college

Wat betreft het eerste klachtonderdeel: Naar het oordeel van het college behoort een gynaecoloog in beginsel geen postnatale depressies te behandelen behoudens in uitzonderlijke situaties, waarin nog geen behandeling door een ter zake meer deskundige hulpverlener mogelijk is. Het college is er niet van overtuigd dat een dergelijke noodzaak in dit geval bestond. Het feit dat patiënte voortdurend een beroep op verweerder deed, is daarvoor niet voldoende. Als een gynaecoloog een dergelijke behandeling al start, dan moet dat in elk geval gebeuren op basis van adequate diagnostiek, een deugdelijk behandelplan en goede dossiervorming ook wat betreft medicatiebeleid, contact met andere hulpverleners etc. Naar het oordeel van het college is aan al

deze voorwaarden in dit geval niet, althans onvoldoende, voldaan. Het medisch dossier is wat betreft al deze aspecten zeer onvolledig, zoals ook door verweerder ter zitting is erkend. Naar het oordeel van het college heeft verweerder aldus bij de behandeling van deze postnatale depressie niet de zorg betracht die van hem had mogen worden verwacht en is dit klachtonderdeel gegrond.

Wat betreft het tweede klachtonderdeel:

Verweerder heeft naar het oordeel van het college voldoende aannemelijk gemaakt, onder meer aan de hand van het operatieverslag, dat het hier niet ging om een introïtusplastiek maar om de excisie van een litteken, waarvan patiënte had aangegeven dat ze er veel last van had. Het college acht het gelet hierop begrijpelijk, in elk geval niet tuchtrechtelijk verwijtbaar, dat verweerder deze operatie heeft verricht. Dit klachtonderdeel acht het college derhalve ongegrond. Wat betreft het derde klachtonderdeel: Het college is van oordeel dat verweerder, zoals hij zelf al heeft erkend, die seksuele therapie niet had moeten starten. Hij wist dat patiënte bepaalde gevoelens voor hem koesterde. Hij was haar leidinggevende in de werkrelatie en er was sprake van een vriendschappelijke relatie met het echtpaar. Beide echtparen kwamen geregeld bij elkaar over de vloer. Hij wist bovendien vooraf dat er sprake was van relatieproblemen. Verweerder had de therapie in het licht van de genoemde feiten en omstandigheden dan ook niet moeten starten. Van wie het verzoek tot het starten van deze therapie is uitgegaan, acht het college in dit verband niet relevant. Ook als het op aandringen van patiënte is gebeurd, dan had verweerder om al de genoemde redenen zich hiertegen moeten verzetten. Het college constateert in dit verband bovendien, dat over deze therapie ook niets in het medisch dossier is vastgelegd. Het college acht dit klachtonderdeel derhalve gegrond.

Wat betreft het derde klachtonderdeel: Ten aanzien van het bestaan van de seksuele relatie overweegt het college

Cultuur van doen

Dat de meerderheid van de onder-vraagde artsen vindt dat ernstig zieke patiënten in hun laatste levensfase te lang worden doorbehandeld illustreert dat de centrale rol van de medische inhoud in ons vak ook nadelige kanten heeft (MC 22/2012: 1326). Zelfs in een tijd van een probleemgeoriënteerde opbouw van de medische studie en een competentiegerichte vervolgopleiding geniet je als dokter, zowel in je eigen werkomgeving als in de buitenwereld, toch het meeste aanzien als je uitblinkt in de medische inhoud van je vak. Een nieuwe operatierobot, langere overleving door betere chemo bij kanker, knappe invasieve technieken bij hart- en vaat-ziekten. Dat draagt bij aan een cultuur van doen, van blijven behandelen, van meer medicatie voorschrijven en opereren. Dat stemt niet altijd overeen met het patiëntenperspectief, zo maakt het artikel duidelijk.

Voor alle duidelijkheid: bij een levens-bedreigende situatie en bij spoedgeval-len moet je als dokter vaak eerst han-delen en dan pas vragen wat de patiënt ervan vindt. Da's duidelijk. Maar in de meeste gevallen zijn er verschillende wegen naar Rome in de behandeling, en heb je de tijd om daar een gewogen beslissing over te nemen. Patiënten stellen het op prijs als ze daarover met hun arts samen een besluit kunnen nemen. Daar hoort het serieus explore-ren van de wensen en omstandigheden van de moderne, goed geïnformeerde, patiënt bij. Uit onderzoek blijkt dat zulke gezamenlijke besluitvorming effectievere zorg oplevert.

We moeten de dokter van de toekomst dus leren om gezamenlijk met hun patiënten besluiten te nemen. Maar hoe gaan we dat doen als de opleiders zelf het blijkbaar onvoldoende toepassen? We hebben onze opleidingen nog lang niet genoeg gemoderniseerd. En onze opleiders ook niet.

Paul Brand,
kinderarts

het volgende. Door verweerder is dit uitdrukkelijk betwist. In gevallen waarin de lezingen van partijen over de feitelijke gang van zaken uiteen-lopen en niet kan worden vastgesteld welke van beide lezingen aanneme-lijk is, kan een verwijt dat gebaseerd is op de lezing van klaagster in begin-sel niet gegrond worden bevonden. Dit berust niet op het uitgangspunt dat het woord van klaagster minder geloof verdient dan dat van verweer-der, maar op de omstandigheid dat voor het oordeel dat een bepaalde gedraging of nalaten verwijtbaar is eerst moet worden vastgesteld dat er een voldoende feitelijke grondslag voor dat oordeel bestaat, waarvan in de onderhavige zaak niet is gebleken. In zoverre wordt dit klachtonderdeel ongegrond bevonden.

Dit klachtonderdeel heeft echter een bredere strekking. Klaagster verwijt verweerder ook dat hij ernstige ver-warring heeft laten ontstaan over de diverse rollen die hij ten opzichte van patiënte vervulde (als behandelaar, als leidinggevende in de werkrelatie en als huisvriend) en dat hij die rol-len onvoldoende heeft gescheiden. Verweerder ontkent dat er sprake was van een langdurige persoonlijke emotionele relatie met patiënte, maar het college acht die ontken-ning in het licht van alle in deze uitspraak vermelde omstandigheden niet geloofwaardig. Verweerder had zich naar het oordeel van het college moeten realiseren dat er sprake was onvoldoende professionele distantie om ook als behandelaar van patiënte te blijven optreden. Dat geldt met name voor wat betreft de behande-ling van de postnatale depressie en de seksuele therapie. Het college is met klaagster van oordeel dat verweerder de diverse rollen die hij ten opzichte van patiënte vervulde, onvoldoende heeft gescheiden en daardoor bij patiënte ernstige verwarring heeft veroorzaakt. In zoverre acht het col-lege dit klachtonderdeel gegrond. Samenvattend is het college van oordeel dat klachtonderdeel twee ongegrond is en de klachtonderdelen een, drie en vier gegrond zijn met in-achtneming van hetgeen het college

daarover bij de bespreking van die klachtonderdelen heeft overwogen en dat verweerder aldus ernstig is tekortgeschoten in de zorg die hij ten opzichte van patiënte had behoren te betrachten. Bij het bepalen van de op te leggen maatregel zal het college mee laten wegen dat dit de eerste keer is dat verweerder in zijn lange medische loopbaan met een tucht-rechtelijke veroordeling te maken krijgt, dat deze klacht ook voor hem ingrijpende persoonlijke gevolgen heeft gehad en dat hij ter zitting er blijk van heeft gegeven achteraf tot het inzicht te zijn gekomen dat hij op een aantal punten beter anders had kunnen handelen. Mede gelet hierop acht het college de maatregel van berisping in dit geval passend. Om redenen aan het algemeen belang ontleend, bepaalt het college dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden gepubliceerd.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht gegrond wat betreft het eerste, derde en vierde klachtonder-deel en ongegrond wat betreft het tweede klachtonderdeel;

- legt verweerder de maatregel van berisping op;
(...).

Aldus beslist door mr. dr. P.J.M. van Wersch, als voorzitter, mr. K.A.J.C.M. van den Berg Jeths-van Meerwijk als lid-jurist, prof. dr. M.E. Vierhout, mr. A. de Jong en J.C.F. Schellekens als leden-beroepsge-noten, in aan-wezigheid van mr. C.W.M. Hillenaar als secretaris en in het openbaar uitgesproken op 5 maart 2012 in aanwezigheid van de secretaris.



De volledige tekst van deze uitspraak staat op www.medischcontact.nl.

Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.