

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2012.313

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2012.313 van:

A., wonende te B., appellant, klager in eerste aanleg,
gemachtigde: C. te D.,
tegen

N., psychiater, werkzaam te P., verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. dr. L.A.P. Arends, advocaat te Nijmegen.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klager - heeft op 1 november 2010 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen de heer N. - hierna de psychiater - een klacht ingediend. Bij beslissing van 5 juli 2012, onder nummer 181/2010 heeft dat College de klacht ongegrond verklaard en de klacht afgewezen. Klager is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De psychiater heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 18 april 2013, waar zijn verschenen klager, bijgestaan door C., en de psychiater, bijgestaan door mr.dr. L.A.P. Arends. Voor klager was aanwezig mevrouw G., tolk in de H.-se taal. Voor de gemachtigde van klager was aanwezig de heer I., tolk in de J.-se taal. De standpunten van partijen zijn door hun gemachtigden toegelicht 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 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.

Klager is geboren in K.. Hij heeft een studie gevolgd in Nederland. In 1989 is hij onder behandeling geweest van zenuwarts L. te B. in verband met “een ernstige neurotische ontwikkeling”. Met zijn toenmalige M.-se partner is hij in 1990 verhuisd naar H. en in 1997 naar M..

In augustus 1999 is klager door een M.-se huisarts verwezen voor gesprekstherapie. In het kader daarvan kreeg hij door een M.-se psychiater ook medicijnen voorgeschreven. Op uitnodiging van een Nederlandse vriendin, thans zijn echtgenote, kwam hij in 2000 naar Nederland.

Klager meldde zich, op verwijzing van een huisarts voor “vervolgbehandeling en cognitieve therapie (?)” in november 2000 voor het eerst bij E.. Dit was de start van een behandeling die, met onderbrekingen van soms vele maanden vanwege verblijf van klager in het buitenland, heeft geduurd tot 29 september 2009. Blijkens het gespreksverslag van de intake bij E. gaf klager aan dat hij sinds ongeveer een jaar zware depressies

had. Hij was in M. al onder behandeling van een psychiater geweest en had ook medicatie voorgeschreven gekregen (temazepam, perphenazine en Remeron). E. heeft tijdens dit eerste consult de Hamilton Rating Scale (HAM-D17) afgenomen. Er volgde een score van 31.

Uit de stukken en de standpunten van partijen blijkt dat in de periode vanaf november 2000 tot en met september 2009 met E. met langdurige onderbrekingen in ieder geval 335 behandelsessies hebben plaatsgevonden.

Wat de medicatie betreft blijkt (mede) uit de overgelegde ACT-lijst van de apotheek het volgende. E. staakte de Remeron en voegde citalopram toe. De citalopram werd begin 2001 vervangen door fluvoxamine, medio 2001 kortstondig door imipramine, vervolgens door trimiparine om vervolgens in september 2003 weer te worden vervangen door imipramine. Vanaf april 2001 werd lithiumcarbonaat voorgeschreven, waaraan in maart 2005 natriumvalproaat werd toegevoegd en nadien nog een korte periode levetiracetam. Vanaf september 2006 schreef E. propranolol voor. De natriumvalproaat, lithiumcarbonaat en imipramine werden eind 2008 gestopt volgens een afbouwschema, de propranolol korte tijd later, waarover verderop nader. Per september 2004 werd modafinil toegevoegd, korte tijd later vervangen door methylfenidaat, waarmee in het voorjaar van 2006 werd gestopt. Vanaf 2000 tot 2005 schreef E. voorts oxazepam voor en vanaf 2004 tot 2009 zopiclon. Ten slotte heeft E. vanaf 2004 sumatriptan (Imigran) voorgeschreven, aanvankelijk in doses van 12 of 18, maar op 28 augustus 2007 schreef hij 60 stuks voor en vervolgens op 2 oktober 2007 het aantal van 360 stuks, waarna in september en december 2008 weer telkens 60 stuks werden voorgeschreven.

In 2003 heeft E. klager naar de cardioloog verwezen in verband met klachten van pijn op de borst en het gebruik van imipramine als antidepressivum. De cardioloog vond een stabiele cardiale situatie en had geen bezwaar tegen het gebruik van imipramine. In 2004 werd klager verwezen naar de neuroloog in verband met hoofdpijn. Deze concludeerde dat er sprake was van migraine en adviseerde Depakine, hij had geen bezwaar tegen Imigran.

Bij brief van 13 december 2004 verzocht E. aan verweerder om onderzoek en advies vanwege "de toch steeds weerkerende (over) betrokkenheid en de persisterende stemmingspathologie". Verweerder zag klager op 18 januari 2005 op zijn spreekuur. Zijn bevindingen heeft hij vermeld in de brief van 20 januari 2005 gericht aan de huisarts van klager met kopie aan E.. Hij concludeerde dat er geen redenen aanwezig waren voor wijzigingen in het psychofarmacologisch beleid en dat de behandeling in haar totaliteit adequaat was. Wel kon methylfenidaat worden heroverwogen en was enige vorm van cognitieve therapie aangewezen. In 2005 heeft klager in het kader van cognitieve gedragstherapie een aantal gesprekken gehad met O., die samenwerkte met verweerder. E. zag klager in 2005 veelvuldig. In september 2005 herhaalde E. de HAM-D, de uitslag was 22.

Op verzoek van E. zag verweerder klager nogmaals op 8 november 2005. In zijn brief aan de huisarts noteerde hij onder meer: "het afgelopen jaar is het met patiënt redelijk goed gegaan. Van evidente verschijnselen van depressie of angst, passend binnen een psychiatrische entiteit, is eigenlijk niet of nauwelijks sprake meer. Wel bestaan er nog klachten over stemmingslabiliteit, waarbij milde depressieve periodes worden afgewisseld door kortdurende enigszins hypomaan gekleurde periodes. (...)

Patiënt vertelde voorts dat de door mij indertijd geduide somatische angstequivalenten sedert onderhoudsbehandeling met imipramine en lithiumcarbonaat vrijwel volledig zijn verdwenen.

De symptomatologie en de voorgeschiedenis van patiënt overziende, ben ik van oordeel dat onderhoudsbehandeling met imipramine (185mg per dag) in combinatie met lithiumcarbonaat (1000mg per dag) heeft geleid tot een aanzienlijke reductie van het klachtenpatroon. Vanwege de stemmingsinstabiliteit heb ik patiënt geadviseerd over te gaan tot aanvullende behandeling met het stemmingsstabiliserende anticonvulsivum natriumvalproaat (..) Zodra hij tenminste drie maanden optimaal is ingesteld op natriumvalproaat zal patiënt terugkeren op het spreekuur opdat een weloverwogen beslissing kan worden genomen omtrent vervanging van imipramine door nortriptyline (...)

Klager werd door E. vanwege hartklachten verwezen naar de cardioloog en door de cardioloog gezien op 13 december 2005. Diens conclusie luidde dat er geen aanwijzingen waren voor cardiale pathologie.

Op 30 maart 2006 werd klager teruggezien door verweerder. Volgens klager zou er sprake zijn van een diverticulitis en een vertraagde darmperistaltiek. Verweerder meende dit laatste te kunnen toeschrijven aan het gebruik van imipramine. Hij adviseerde de onderhoudsbehandeling met imipramine geleidelijk aan te staken onder voortzetting van de combinatie van natriumvalproaat en lithiumcarbonaat. Tevens zou te zijner tijd kunnen worden gezien in hoeverre aanvullende behandeling met een antidepressivum (bij voorkeur nortriptyline) nog noodzakelijk was.

In oktober 2006 vertrok klager voor een langere periode naar K.. In juli 2007 kwam hij weer bij E.. Hij vertelde in K. te zijn gevallen na het traplopen. In overleg met de huisarts werd klager verwezen naar de cardioloog. Blijkens de brief van 10 oktober 2007 van de longarts, die klager zag op verzoek van de cardioloog, waren er op het inspannings-ECG geen stoornissen te zien. In 2008 klaagde klager over spontaan vallen en black-outs. Verweerder verwees hem naar de neuroloog. Deze kwam tot de waarschijnlijkheidsdiagnose epilepsie en schreef Depakine 2 x 500 mg en Kepra 2 dd 500 mg voor. In september 2008 verwees E. naar een psychotherapeute in verband met een EMDR-behandeling. Ook vroeg hij wederom advies aan verweerder, met name omdat klager in verband met de wegrakingen zelf de dosis imipramine had verlaagd, waardoor naar het oordeel van E. depressieve en angstklachten hem weer parten waren gaan spelen. Verweerder zag klager op 4 november 2008. In de brief aan de huisarts schreef hij onder meer: "Naar ik van patiënt begreep (het gesprek werd in het Engels gevoerd) heeft de psychofarmacologische interventie in het geheel geen effect gehad op het klachtenpatroon van patiënt. Integendeel er lijkt uitsluitend sprake te zijn van ongewenste nevenwerkingen. Derhalve heb ik hem geadviseerd via de weg der geleidelijkheid zowel natriumvalproaat, lithiumcarbonaat als imipramine te staken, zulks in overleg met E. (...)

Bij actueel neuropsychiatrisch onderzoek werden geen aanwijzingen gevonden voor, psychopathologie sensu strictu, met name niet voor angst- en/of stemmingsstoornissen. Het moge duidelijk zijn dat hij nog steeds sterk is gepreoccupeerd met somatische bezwaren en met intrusieve gedachten in samenhang met de negatieve familiale gebeurtenissen."

E. maakte op 26 november 2008 een afbouwschema.

Op 31 maart 2009 werd klager conform afspraak weer gezien door verweerder. Deze concludeerde dat het staken van de psychofarmaca had geleid tot een aanzienlijke verbetering van het algeheel functioneren. Hij adviseerde klager om met E. en zijn behandelend psycholoog te bespreken welke mogelijkheden er zouden kunnen zijn om stresserende factoren op een andere wijze te hanteren. Hij achtte niet langer een indicatie voor psychofarmacotherapie aanwezig. Na het afbouwen van de medicatie is klager abrupt gestopt met de sessies bij verweerder.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

De vele stukken van klager hebben het destilleren van een hanteerbaar overzicht van de klachtonderdelen ernstig bemoeilijkt. De volgende weergave van de klachtonderdelen - zakelijk weergegeven en samengevat - doet recht aan al datgene dat klager aan verwijten heeft geuit en is ook door verweerder blijkens zijn proceshouding zo begrepen. Verweerder heeft een onjuiste diagnose gesteld op basis van onvoldoende onderzoek. Er was geen behandelstrategie of een lange termijn behandelplan. Verweerder heeft te veel en verkeerde medicatie voorgeschreven en is hier te lang mee doorgegaan. Klager raakte hierdoor dusdanig versuft dat hij heeft geen gewoon (gezins)leven meer kon leiden. Voorts verwijt klager verweerder dat deze hem geen uitleg heeft gegeven, daar waar dat nodig was. Ten slotte stelt klager dat verweerder de brief van 31 maart 2006 heeft vervalst, omdat hij klager onmogelijk op 30 maart 2006 kan hebben gezien.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij slechts een beperkte rol heeft gehad in de zorgverlening aan klager. Hij is in de periode 2000-2009 nooit hoofdbehandelaar van klager geweest. Hij werd op verzoek van de behandelend psychiater geconsulteerd voor een second opinion. In dat kader heeft hij klager in 2005 tweemaal gezien, in 2006 eenmaal, in 2008 eenmaal en in 2009 eenmaal. Naar aanleiding van deze vijf consulten heeft hij slechts adviezen gegeven over het ziektebeeld, de behandeling en de (daarin) voor te schrijven medicatie. Verweerder stelt zich op het standpunt dat hij correct en conform de standaard heeft gehandeld. Voor zover nodig zal bij de overwegingen nader op het verweer worden ingegaan.

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

Op basis van de processtukken en het verhandelde ter zitting is aannemelijk geworden dat aan verweerder op basis van zijn expertise als hoogleraar uitsluitend in het kader van een second opinion met betrekking tot het medicatiebeleid advies is gevraagd. In beginsel was dit voor verweerder eenmalig, maar in deze zaak is uiteindelijk driemaal advies gevraagd en heeft verweerder klager tweemaal op eigen initiatief terug laten komen om het effect van zijn advies te kunnen beoordelen. Op de gegeven adviezen valt geen aanmerking te maken. Zoals het college in de zaak met nummer 180/2010 heeft overwogen valt aan E. wat de normale medicamenteuze behandeling met psychofarmaca betreft geen tuchtrechtelijk verwijt te maken. Hieruit volgt dat aan verweerder, die dit beleid heeft goedgekeurd, evenmin een tuchtrechtelijk verwijt valt te maken. De behandeling is gestart met antidepressiva en vervolgens zijn als volgende stappen achtereenvolgens lithiumcarbonaat en natriumvalproaat toegevoegd. Dat is geen ongebruikelijke combinatie, ook niet over de langere termijn bezien, terwijl E. telkens ter controle dalspiegels heeft bepaald. Met betrekking tot de methylfenidaat heeft verweerder - terecht - een opmerking gemaakt. Niet gebleken is dat verweerder weet had van het voorschrijven van sumatriptan, zeker niet van de aantallen waarin dit gebeurde. Verweerder is ook degene geweest die eerst heeft geadviseerd de imipramine te staken

en uiteindelijk - omdat hij geen psychopathologie meer zag - de aanzet heeft gegeven tot algehele afbouw van de farmacologische medicatie, hetgeen toch was wat klager wilde. De klacht is gelijk aan die tegen E., waarbij klager er geen acht op heeft geslagen dat verweerder een geheel andere, meer beperkte rol heeft gehad. Voorts heeft klager de klacht in zijn onderbouwing steeds op E. toegespitst en deze wat verweerder betreft nauwelijks concreet onderbouwd. Ten slotte ziet het college geen reden om eraan te twifelen dat verweerder klager op 30 maart 2006 heeft gezien en dus ook niet om te veronderstellen dat de brief van 31 maart 2006 vervalst is. Hetgeen klager heeft gesteld en overgelegd impliceert geenszins dat hij niet op 30 maart 2006 in Nederland was en op het verweer met die inhoud is hij ook niet deugdelijk ingegaan. Al met al is de conclusie dat de klacht tegen verweerder ongegrond is.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1. In hoger beroep heeft klager zijn klacht herhaald en nader toegelicht.

4.2. De psychiater heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3. De behandeling van de zaak in hoger beroep heeft het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg, zodat het beroep moet worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. E.J. van Sandick, voorzitter, mr. J.P. Balkema en mr. A. Smeeïng-van Hees, leden-juristen en drs. A.C.L. Allertz en mr.drs. R.H. Zuiderhoudt, leden-beroepsgenoten, en mr.drs. E.E. Rippen, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 21 mei 2013.

Secretaris w.g.

Voorzitter w.g.