

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2016.471

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2016.471 van:

A., klinisch geriater, (destijds) werkzaam te B.,
appellant, verweerder in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. dr. L.A.P. Arends, advocaat te Nijmegen,
tegen

C., wonende te D., gemeente E.,
verweerster in beroep, klaagster in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. drs. M.C. Hoogendam, verbonden aan ARAG Rechtsbijstand te
Leusden.

1. Verloop van de procedure

C. - hierna klaagster - heeft op 15 december 2014 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen A. - hierna de geriater - een klacht ingediend. Bij beslissing van 4 november 2016, onder nummer 041/2015, heeft dat College de klacht gegrond verklaard en aan de geriater de maatregel van berisping opgelegd.

De geriater is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. Klaagster heeft een verweerschrift in beroep ingediend. De geriater heeft een door de heer prof. dr. F. opgesteld deskundigenrapport overgelegd.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 18 januari 2018, waar zijn verschenen klaagster, vergezeld van haar dochter en een zoon, en bijgestaan door mr. Hoogendam voornoemd, en de geriater, bijgestaan door mr. Arends voornoemd.

Partijen en een van de zonen van klaagster hebben hun standpunten ter terechtzitting nader toegelicht. Mr. Arends heeft dat onder andere gedaan 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. Hierbij is de geriater aangeduid als verweerder.

“2. DE FEITEN

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

De klacht betreft de behandeling van de heer C., geboren in 1932 en overleden in 2014 (verder patiënt te noemen), in de kliniek voor geestelijke gezondheidszorg G. te B. (verder de kliniek te noemen). Klaagster is de echtgenote van patiënt.

Verweerder is sinds 2010 als klinisch geriater en klinisch farmacoloog verbonden aan de kliniek en voor 2,5 dagen in de week hoofd(behandelaar) van de afdeling ouderen 2. Deze afdeling was (de afdeling is inmiddels opgeheven) één van de drie locaties in

Nederland, gespecialiseerd in de zorg voor ouderen met dementie en ernstige gedragsproblemen. Ouderen 2 was ook een opleidingsafdeling. Artsen in opleiding tot geriater (aios geriatrie) in de laatste fase van hun opleiding verleenden met grote mate van zelfstandigheid de dagelijkse medische zorg, datzelfde gold voor artsen in opleiding tot psychiater (aios psychiatrie), met een mindere mate van zelfstandigheid, en voor een verpleegkundig specialist in opleiding, maar dan zonder zelfstandige bevoegdheden op medisch vlak - allen onder supervisie van verweerder als hoofdbehandelaar. Hij was van geen van allen de opleider, maar was wel hun stagebegeleider en informant van de opleiders. Voor de dagen waarop verweerder niet op de afdeling werkte, waren er psychiaters en een andere geriater werkzaam terwijl verweerder altijd telefonisch bereikbaar was. Op maandag liep verweerder grote visite met de aiossen/verpleegkundig specialist in opleiding, op woensdag nam hij deel aan het Multidisciplinair Overleg (MDO) waarin onder meer de behandelplannen werden afgesproken en op donderdag was er de evaluatie met de opleiders.

Patiënt is van 1 oktober 2013 tot en met 4 november 2014 opgenomen geweest in de kliniek. Patiënt was al langer vergeetachtig en verward maar sinds een liesbreukoperatie in maart 2013 was het beeld duidelijk verslechterd. Patiënt herkende zijn vrouw en kinderen niet meer. Verder was hij overdag aan het dwalen. Patiënt werd 's nachts meerdere malen wakker om naar het toilet te gaan en plaste dan vaak naast het toilet. Hij was ook soms incontinent van de ontlasting. Patiënt leek soms te hallucineren. De huisarts had haloperidol voorgeschreven. De laatste dagen voor de opname was patiënt dreigend en verbaal agressief naar zijn echtgenote geweest. Hij heeft haar eenmaal met een stok en eenmaal met een mes bedreigd. Patiënt is in eerste instantie opgenomen via een consult thuis door de crisisdienst met een inbewaringstelling (IBS), later met een rechterlijke machtiging, op de afdeling ouderen 3 (waar patiënten met een psychische stoornis zoals depressiviteit en schizofrenie verblijven) omdat er twijfel was over de diagnose dementie. De hoofdbehandelaar was de psychiater H.. Verweerder was in die fase als consulent van de afdeling ouderen 3, bij de behandeling van patiënt betrokken.

Patiënt is bij opname psychiatrisch, lichamelijk en neurologisch onderzocht en een behandelplan is opgesteld. Het doel van de behandeling was observatie van de klachten en somatische screening.

Patiënt zou vervolgens worden overgeplaatst naar een regulier verpleegtehuis. Hij stond daarvoor al op de wachtlijst. Bij langere wachttijd zou patiënt overgeplaatst worden naar de afdeling ouderen 2.

De behandelplannen in de kliniek hebben een vast format, waarin onder meer is vermeld: "Informed consent

Cliënt/vertegenw zijn geïnform over behandeling ed dd"

Hierna volgt een datum. Het "akkoord" onderaan het behandelplan is dat van de opsteller ervan.

Patiënt kreeg bij opname zijn thuismedicatie voorgeschreven te weten pipamperon, mirtazapine en lorazepam. Op 4 oktober 2013 werd patiënt in verband met heftige agressie voor het eerst gesepareerd waarover de echtgenote en zoon diezelfde avond door de verpleegkundige werden geïnformeerd.

Op 7 oktober 2013 is op advies van verweerder de pipamperon gestopt en exelon pleister en melatonine voorgeschreven en werd besloten tot fixatie 's nachts met separatie als tweede optie. In het dossier is die dag genoteerd dat echtgenote en dochter op de hoogte waren gebracht van het beleid. Verder is patiënt die dag aangemeld voor de afdeling ouderen 2.

Op 8 oktober 2013 is in het verpleegkundig afsprakenblad genoteerd dat verweerder contact zou opnemen met de familie om nogmaals uit te leggen wat het doel van de fixatie was. Niet duidelijk is of dit contact tot stand is gekomen.

Op 21 november 2013 heeft de arts-assistent van afdeling 3 telefonisch aan klagster uitgelegd dat van snel ontslag naar een verpleeghuis geen sprake meer kon zijn vanwege "een verslechtering van het beeld" en dat patiënt overgeplaatst zou gaan worden naar afdeling 2.

Op 27 november 2013 is patiënt overgeplaatst naar de afdeling ouderen 2.

Op 28 november 2013 is in het dossier genoteerd dat het niet verantwoord was met patiënt in de groep op de afdeling ouderen 2. Verweerder heeft daarom cisordinol voorgeschreven en er is extra personele ondersteuning gekomen vanuit afdeling 3.

Klaagster en haar dochter zijn ingelicht over dit beleid. De cisordinol is op 2 december 2013 opgehoogd naar twee maal daags 4 mg.

Tot december 2013 werd patiënt regelmatig gesepareerd in verband met fysieke agressie en extreme onrust. Hij sliep slecht en was regelmatig aan het dwalen. Indien hij gecorrigeerd werd kon hij boos en agressief reageren (patiënt had bijvoorbeeld een verpleegkundige bij de keel gegrepen en een medepatiënte geslagen). Overdag was hij regelmatig aan het rondlopen en kon geen rust vinden. Door de onrust was de intake wisselend en was hij ruim 10 kilo afgevallen.

Na de toediening van cisordinol en met 4dd1 mg lorazepam werd enige verbetering gezien in het gedrag van patiënt. Echter de motorische onrust bleef aanwezig waarbij ook wisselende agitatie en agressie. Patiënt werd regelmatig gefixeerd, met name tijdens de maaltijden, anders lukte het hem niet de maaltijden te nuttigen. De fixatiemomenten en de agressie/agitatie maakten de overplaatsing naar een verpleeghuis onmogelijk.

Op

23 december 2013 vond een gesprek plaats met de familie, een collega van verweerder en de verpleging. Genoteerd werd:

"Familie heeft moeite met fixatiebeleid → uitgelegd dat altijd gestart wordt met minst ingrijpende interventie, en pas overgegaan wordt tot fixatie indien er geen andere opties meer zijn. Uitgelegd dat pt veel minder frequent wordt gefixeerd dan voorheen. Familie vindt pt slechter spreken en lopen. Uitgelegd dat dit waarschijnlijk te maken heeft met beloop ziektebeeld. Vanuit zoon wat weerstand tegen medicatie, gevoel dat pt enkele gesedeerd wordt en dat medicatie lichamelijke toestand verslechterd. Familie is ontevreden over communicatie omtrent overplaatsing naar I.. Door vorige arts werd eerst toegezegd dat overplaatsing door kon gaan, pas op het laatste moment werd alles werd afgeblazen. Afgesproken regelmatig contact met familie te onderhouden. Over maand weer fam. Gesprek. (...)"

Op 23 januari 2014 vond het volgende familiegesprek plaats. Bij dit gesprek was ook verweerder aanwezig. Gesproken is over het fixatiebeleid dat nodig bleef ondanks dat "patient een stuk rustiger was geworden" en dat overplaatsing op dat moment niet aan de orde was vanwege het regelmatig fixeren. Verder is gesproken over het meedoen aan de namisolstudie. In die studie werd onderzocht wat het effect is van cannabis bij patiënten met dementie die pijn en onrust ervaren. De familie ging daarover nadenken. Patiënt bleef cognitief en lichamenlijk achteruitgaan met wisselende sufheid, vallen (de eerste melding van vallen was op 1 februari 2014), een doorgemaakte luchtweginfectie die vanaf 28 februari 2014 is behandeld met Amoxicilline en het ontstaan van extrapiramidale bijwerkingen (rigiditeit, verminderde mimiek, verslikken, slechter spreken). Patiënt was ADL volledig afhankelijk. Ook zijn mobiliteit ging achteruit. Hij kon wel kleine afstanden lopen, maar hij was valgevaarlijk.

Op 12 februari 2014 is een evaluatieplan opgesteld. In dat plan staat verweerder als hoofdbehandelaar vermeld, samen met de aios. Evaluatie door cliënt is daarin niet, en ook niet in de latere evaluatieplannen, ingevuld.

Verder heeft de aios J. op 12 februari 2014 een gesprek met de dochter van patiënt. Zij heeft J. verteld dat de familie akkoord is met de namisolstudie en dat de familie graag over een tijdje weer een gesprek wil. Dit gesprek heeft op 26 maart 2014 plaatsgevonden. Inmiddels was J. opgevolgd door de aios K.. Verweerder was bij dit gesprek ook aanwezig. Besproken is onder meer de overplaatsing naar een psychogeriatrisch verpleeghuis.

Op 4 juni 2014 heeft het volgende familiegesprek plaatsgevonden. Verweerder was bij dit gesprek niet aanwezig. In dit gesprek is weer met name gesproken over overplaatsing van patiënt. Na overleg met de familie in augustus 2014 is genoteerd dat de fixatie werd gestopt en het valgevaar/valincidenten geaccepteerd.

Op 26 september 2014 is in de verpleegkundige rapportage vermeld dat de familie aangaf dat patiënt klaagde over pijn aan de billen en de benen en dat het verschonen moeilijk was omdat hij de benen erg stijf hield. Op 28 september 2014 is in de verpleegkundige rapportage vermeld dat patiënt duidelijk veel pijn aangaf, met name aan zijn rechter been bij het lopen.

Op 30 september 2014 heeft de aios patiënt vanwege de pijnklachten onderzocht. Hij noteerde:

“Stijfheid in de benen en armen, geen tekenen van artritis in de knieën of enkel, geen spierpijn bij palpatie.”

De pijn werd geduid als passend bij rigiditeit/hypertonie bij het gebruik van cisordinol, danwel contracturen bij het eindstadium van dementie.

Op 9 oktober 2014 heeft verweerder patiënt samen met de arts-assistent beoordeeld. In het dossier is alleen het beleid genoteerd:

“geen kandidaat om hem naar ziekenhuis voor rontgen onderzoek sturen, wachten op effect diclofenac, nu geen verandering in zijn medicatie, maandag herbeoordelen”

In het verpleegkundig dossier is op vanaf 6 oktober 2014 genoteerd dat patiënt (erge) pijnklachten had aan het rechterbeen.

Op 9 oktober 2014 noteerde de fysiotherapeut L. in het dossier:

“Samen met de AIOS dhr tijdens verzorging vanmorgen beoordeeld: flexie en adductie stand beide benen, vooral re been erg pijnlijk. (...) Ik probeer nogmaals re knie in flexie recht vooruit te zetten ipv in adductie stand te laten>dhr roept het meteen uit vd pijn ondanks zijn sufheid(...)”

Op 11 oktober noteerde de verpleging het volgende:

“(...) De heer geeft verbaal en nonverbaal aan dat hij veel pijn heeft Rechterbeen ligt voortdurend in “gekruiste” stand op bed/knie naar buiten gedraaid. Zodra er een beweging met het been gemaakt moet worden, heeft dhr flinke, bijna ondraaglijke pijn, vloekt hierbij en dreigt te slaan. Van zitten-naar-staan doet dhr door alleen op zijn linkervoet te staan, benen blijven gekruist (laat dhr zich niet in corrigeren) en belast rechterbeen totaal niet, re-voet blijft van de grond. In de stoel blijft dhr met gekruiste voeten zitten. (...)”

K. heeft op 13 oktober 2014 gebeld met klaagster. Hij noteerde:

“Echtgenote gebeld: uitleg gegeven over DD van zijn pijn, uitgelegd dat X-foto is overwogen maar nu heeft consequenties qua behandeling. Volgens echtgenote is hij 3 weken geleden gevallen, toen hij had geen pijn, 2-3 later begon. Echtgenote zoekt de datum van val”

De pijn werd behandeld met paracetamol en NSAID maar zonder voldoende resultaat.

Op 22 oktober 2014 is in het dossier genoteerd dat de pijn in het rechterbeen was gebleven met toename onrust en agressie tijdens verzorging en bij beweging en dat besproken zou worden met de familie om morfine toe te dienen en wat de risico's op bijwerkingen daarvan waren. Lichamelijk onderzoek werd niet verricht.

Op 23 oktober 2014 vond dat familiegesprek plaats.

In het dossier werd genoteerd:

“Besproken over de pijn van de heer C.. De familie bleef zich toch afvragen of de pijn niet door een fractuur of iets anders komt en of er geen verder onderzoek naar gedaan moet worden. Uitgelegd dat we in eerste instantie niet denken aan een fractuur (de houding van meneer past er niet bij) maar eerder aan spierruptuur/peesruptuur/peesontsteking of hooguit bekkenscheurtje. Ook uitgelegd dat wat de oorzaak ook is, de behandeling hetzelfde blijft: pijnstilling en hiermee rust voor meneer. Verder onderzoek gaat dus niet veranderen aan het beleid, maar het is begrijpelijk dat de familie de oorzaak graag wil weten. De volgende stap in de behandeling zou zijn morfine danwel cannabis. We hebben ze verteld dat onze voorkeur uitgaat naar cannabis, omdat je hiermee minder bijwerkingen krijgt dan bij morfine. Binnen 3 dagen verwachten we te zien of het effect tegen de pijn heeft of niet. Familie is het hiermee eens en stemt toe in eerste instantie cannabis te proberen in plaats van morfine.

-Echter wil familie dan wel dat er vóórdat er met morfine wordt gestart, zij een onderzoek naar de oorzaak van de pijn eisen. De arts heeft uitgelegd dat we eerst willen zien wat het effect van de cannabis zal zijn en dan verder kijken.(...)”

Verder sprak de familie blijkens het dossier ontevredenheid uit over de gang van zaken omdat de verpleging geen informatie gaf over de medicatie van patiënt en sprak zij uit dat ze het fijn zou vinden om bijvoorbeeld eens in de vier weken een familiegesprek te hebben. Afsproken werd dat de familie daarin het initiatief zou nemen.

Op 29 oktober 2014 heeft verweerder patiënt gezien. Verweerder noteerde:

“Patiënt vandaag gezien ivm followup behandeling + lichamelijk onderzoek.

In rust lijken de spieren ontspannen. Tijdens het lichamelijk onderzoek werden de spieren van de extremiteiten gespannen. Pijn was aanwezig tijdens het onderzoek.”

Er werd gestart met cannabis, echter dit had ook onvoldoende pijnstillend effect.

Op 3 november 2014 werd bekend dat patiënt op 5 november 2014 opgenomen kon worden in het verpleeghuis M.

Op 4 november 2014 werd in het ziekenhuis een röntgenfoto gemaakt waaruit bleek dat patiënt een mediale collumfractuur rechts had. Aanvankelijk zou patiënt geopereerd worden maar daar is toch vanaf gezien en hij is vanuit het ziekenhuis overgeplaatst naar een verpleeghuis.

Verweerder heeft op 6 november 2014 nog telefonisch contact gehad met klaagster.

Verweerder heeft haar uitgelegd dat vanaf het begin duidelijk was dat de foto en de diagnose niks hadden veranderd aan het beleid omdat ouderen met eindstadium dementie zelden worden geopereerd. Op 19 november 2014 heeft er nog een gesprek plaatsgevonden met klaagster waarbij verweerder aanwezig was.

Patiënt is op 30 december 2014 in het verpleeghuis overleden.

Klaagster heeft bij de klachtencommissie van de instelling G. een klacht ingediend over de gebrekkige en ontoereikende communicatie en de gebrekkige en onvoldoende informatieverschaffing rondom dossierinzage. De klachtencommissie heeft bij beslissing van 16 maart 2015 de klacht als gegrond beoordeeld. De klacht had er op dat moment inmiddels toe geleid dat voortaan familie bij de behandelbesprekingen aanwezig was.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven-

1. *Onvoldoende communicatie over de behandeling;*
2. *Verkeerde en te late diagnose stellen;*
3. *Ten onrechte niet doorverwijzen;*
4. *Verkeerde behandeling;*
5. *Weigeren inzage medisch dossier.*

4. *HET STANDPUNT VAN VERWEERDER*

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij zich niet herkent in de klachten. Verweerder voert aan dat hij binnen het specialistisch vakgebied betreffende ouderen met dementie en ernstige gedragsproblemen een autoriteit is. Naast zijn werk bij de instelling doet hij wetenschappelijk onderzoek, geeft hij geregeld na- en bijscholing aan artsen en andere professionals en is hij één dag per week werkzaam bij het N. als docent en onderzoeker. Hij wijst onder meer op de taakverdeling tussen de medisch specialist en de arts-assistent, die het eerste aanspreekpunt voor de familie van een patiënt is. De arts-assistent heeft ook frequent contact met klaagster en haar dochter gehad. Verweerder stelt dat hij nooit een verzoek van een wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt heeft gekregen dat op inzage in het medisch dossier zag. In de eerste fase van de behandeling heeft verweerder wel een verzoek van klaagster gekregen om inzage in het rapport over de mogelijkheden van overplaatsing en toen heeft hij haar de procedure voor inzage uitgelegd en haar verzoek gehonoreerd. Er heeft volgens verweerder wel degelijk overleg met de familie over de behandeling plaatsgevonden. Verweerder bestrijdt verder dat er een verkeerde of te late diagnose is gesteld, dat hij ten onrechte niet heeft doorverwezen en/of dat de heupproblematiek van patiënt verkeerd is behandeld.

Hierna zal -voor zover nodig- meer specifiek 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 *De klachtonderdelen hebben betrekking op de communicatie over de behandeling en de diagnose en de behandeling van de heupfractuur.*

5.3 *Het volgend wettelijk kader is van belang met betrekking tot de communicatie met en instemming van de familie wat betreft de behandeling.*

Artikel 7:448 van het Burgerlijk Wetboek (BW) bepaalt kort gezegd dat de patiënt op duidelijke wijze wordt ingelicht over voorgenomen onderzoek en voorgestelde behandeling en ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en zijn gezondheidstoestand. Artikel 7:450 BW houdt in dat voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst de toestemming van de patiënt is vereist. Tezamen komt dit neer op het zogenaamde 'informed consent' van de patiënt.

Indien er sprake is van een meerderjarige patiënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen (een wilsonbekwame patiënt, zoals hier de heer C.) dient voorts op grond van artikel 7:465 BW onder meer de verplichting om informed consent te verkrijgen te worden nagekomen jegens, in dit geval, klaagster als echtgenote van patiënt.

De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) bevat onder meer de volgende bepalingen ten aanzien van patiënten die krachtens een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging zijn opgenomen in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis:

Artikel 38 bepaalt voor zover hier van belang en samengevat dat in geval van een wilsonbekwame patiënt een behandelingsplan wordt opgesteld in overleg met, in dit geval, klaagster. Behandeling vindt slechts plaats als dit overleg tot overeenstemming heeft geleid, tenzij er gronden zijn voor dwangbehandeling hetgeen met allerlei waarborgen is omkleed.

Deze bepalingen zijn van overeenkomstige toepassing bij patiënten die met een rechterlijke machtiging of met een indicatie krachtens artikel 60 Wet BOPZ in een verpleeghuis zijn opgenomen.

5.4 Ter zake van de communicatie over de behandeling overweegt het college het volgende. Zoals ook besproken is ter zitting, blijkt uit het dossier wel dat klaagster telkens is geïnformeerd over medicatie- en beleidswijzigingen en behandelplannen. Nauwelijks (alleen met betrekking tot de namisolstudie is dat anders) is echter genoteerd dat aan klaagster toestemming is gevraagd en deze is verleend voor verrichtingen, zoals volgens de wetsbepalingen genoemd in de vorige rubriek is vereist. Noch het format van het behandelplan, waarin slechts hoeft te worden vermeld dat de familie is geïnformeerd maar niet of deze akkoord is, noch het systeem dat de familie wordt gebeld nádat tussen verweerder en de verantwoordelijke aios beleid was afgesproken, nodigde uit tot een open gesprek over (voor- en nadelen van) een voorgestane behandeling. In een dergelijk gesprek hadden klaagster en haar kinderen meegenomen kunnen worden in de gedachtegang van verweerder als hoofdbehandelaar en hadden zij het gevoel kunnen krijgen serieus te worden genomen en niet dat alles alleen werd medegedeeld en dat zij niets te zeggen hadden. Informed consent is een essentieel onderdeel van goede gezondheidszorg en dient te worden genoteerd in het dossier. Indien het er niet staat, dient er in beginsel van te worden uitgegaan dat het niet is verleend. Verweerder heeft in feite ook wel toegegeven dat de complexe problematiek van de patiënten op de afdeling ouderen 2 zoveel aandacht vergde dat aan de communicatie met de naaste betrekkingen niet goed werd toegekomen. Hij heeft nog aangevoerd dat de gesprekken hoofdzakelijk werden gevoerd en vastgelegd door de aios en niet door hem. Voor zover hij daarmee bedoelt dat niet hij maar die arts tuchtrechtelijk aansprakelijk is als op dit punt de zorgverlening onvoldoende is geweest, geldt het volgende. Zoals vastgelegd in het Professioneel Statuut van de instelling waar verweerder werkzaam was, ziet hij als hoofdbehandelaar erop toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen en draagt hij zorg voor de goede communicatie met de patiënt/cliënt en diens naasten. Daarnaast rustte die verplichting ook op hem als dagelijks begeleider en in feite medeopleider op de werkvloer van de aiossen en verpleegkundig specialist in opleiding. Hij werd geacht, als daar onvoldoende aandacht aan werd geschonken, hun bij te brengen dat informed consent diende te worden gevraagd en indien verleend genoteerd, en te controleren of hieraan daadwerkelijk uitvoering werd gegeven. Verweerder is dus (mede) tuchtrechtelijk aansprakelijk voor het feit dat de communicatie, voor zover gericht op het verkrijgen van informed consent ter zake van behandeling, ontoereikend is geweest. In die zin is de klacht met betrekking tot de communicatie over de behandeling gegrond.

5.5 Met betrekking tot de diagnose en de behandeling van de heupfractuur overweegt het college het volgende.

Vanaf 26 september 2014 is er in het verpleegkundig dossier gemeld dat de familie aangaf dat patiënt klaagde over pijn aan de billen en de benen en dat patiënt zelf ook duidelijk veel pijn aangaf. Daarvóór werden niet of nauwelijks pijnklachten gemeld. De aios heeft patiënt pas vier dagen later, namelijk op 30 september 2014 onderzocht vanwege de pijnklachten. Wat hij precies heeft onderzocht wordt echter niet duidelijk uit het dossier. Meer dan een week later, op 9 oktober 2014 heeft de aios samen met verweerder patiënt onderzocht. Uit de notitie in het dossier blijkt niet dat toen door verweerder lichamenlijk onderzoek is uitgevoerd. Diezelfde middag, twee uur eerder, had de aios wel onderzoek verricht waarbij hij een “flexiestand van de knieën, pijn bij extensie van de knieën en heup rechts meer dan links en druk op trachanter major bdz niet pijnlijk”, in het dossier noteerde. Na de beoordeling samen met verweerder is alleen beleid genoteerd: “geen kandidaat om hem naar ziekenhuis voor rontgen onderzoek te sturen, wachten op effect diclofenac (...)” Een differentiaal diagnose (met daarin opgenomen een heupfractuur) ontbreekt. En ook hier heeft te gelden dat er in beginsel van dient te worden uitgegaan dat wat niet is genoteerd -lichamelijk onderzoek- niet is gebeurd.

Dat wordt ondersteund door de verklaring van verweerder ter zitting met betrekking tot het onderzoek. Hij verklaarde met betrekking tot dat onderzoek dat dit bij demente patiënten een uitdaging vraagt en dat de afwijkende standen van de armen en benen opvielen. Verder ligt het achterwege laten van onderzoek in lijn met het feit dat verweerder patiënt geen kandidaat vond voor röntgenonderzoek en dat volgens verweerder de oorzaak van de pijn verder niet uitmaakte voor de behandeling. Verweerder vond het daarom niet relevant of er wel of niet sprake was van een heupfractuur. Het college is het met verweerder eens dat het niet heel eenvoudig is om bij een patiënt zoals in deze casus een röntgenfoto te laten maken maar het maakt voor de behandeling en de verzorging van een patiënt zeker wel uit of er sprake is van een heupfractuur of niet. Een heupfractuur is een ernstige en uiterst pijnlijke aandoening die als pijnbestrijding vrijwel altijd opiaten vergt. Het voorschrijven van paracetamol, diclofenac of cannabisthee als pijnbestrijding bij een heupfractuur is een onderbehandeling van de pijn die door de fractuur wordt veroorzaakt. Ook had bij de verzorging van patiënt rekening kunnen worden gehouden met de heupfractuur. De verpleging zou patiënt dan niet hebben laten staan zoals in ieder geval wel is gebeurd op 11 oktober 2014. Patiënt heeft daarbij, zoals in het dossier is genoteerd, bijna dagelijks ondraaglijke pijn geleden. Het college acht dat zeer ernstig. De ernst van de pijn en de observaties van de verpleging hadden voor verweerder reden moeten zijn om meer actie te ondernemen, bijvoorbeeld door meetinstrumenten te gebruiken. Pijn bij kwetsbare ouderen is een moeilijk en complex onderwerp omdat gerichte anamnese en onderzoek soms niet goed uitvoerbaar zijn en symptomen zo atypisch kunnen verlopen. Het op een bepaald moment afwezig zijn van een “klassieke” standsafwijking sluit een dergelijke fractuur niet uit en dient dus altijd nog als mogelijke oorzaak van de pijn te worden beschouwd. Ook het feit dat patiënt nog wat had gelopen, sluit een fractuur niet uit en het wisselende beloop van de pijn maakt een heupfractuur niet onwaarschijnlijk. Verweerder had derhalve (gezien de evidente aanwijzingen voor een standsafwijking, de later toch gemelde val van 21 september 2014 en de aanhoudende ernstige pijn en onrust bij bewegen en de verzorging) in ieder geval nader onderzoek moeten doen naar de heup en zo nodig toch een foto moeten laten maken. Het college verwijst in dit verband naar de richtlijn ‘Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen 2011’. En verder had, als de heupfractuur eerder was gediagnosticeerd, de familie ook eerder betrokken kunnen worden bij de beslissingen rond het te voeren (palliatieve) beleid. Zoals hierboven in rubriek 5.4 is

uiteengezet had verweerder dat behoren te doen. Dat patiënt naar alle waarschijnlijkheid ook dan niet geopereerd was aan de heup, doet daaraan niet af. De conclusie is dan ook dat de klacht met betrekking tot de diagnose en de behandeling van de heupfractuur eveneens gegrond is.

5.6 *Het college is dan ook van oordeel dat de klacht op beide onderdelen slaagt. Bij een gegronde klacht als hier aan de orde dient een maatregel te worden opgelegd. Bij de bepaling van de maatregel geldt enerzijds dat, zoals reeds overwogen, geen of onvoldoende aandacht is geschonken aan essentiële onderdelen van goede gezondheidszorg, namelijk het informed consent en diagnostiek, en dat op structurele wijze. Aan de andere kant geldt dat kennelijk het klimaat op de afdeling niet (voldoende) was gericht op het verkrijgen van instemming van de familie voor de behandeling en onvoldoende was gericht op de somatiek. Verweerder was weliswaar hoofdbehandelaar, maar er waren toch ook vele artsen in (de eindfase van hun) opleiding betrokken bij de verleende zorg die geacht werden de regels ter zake te kennen, alsmede opleiders en andere specialisten die bijdroegen aan de zorg en de supervisie en begeleiding van hen die in opleiding waren. Gebleken is dat de klachten met betrekking tot het informed consent hebben teweeggebracht dat de familie voortaan wordt uitgenodigd voor de behandelbesprekingen en dat een brochure met informatie is gewijzigd. En verweerder heeft tot slot een communicatiecursus gevolgd.*

Omdat in deze casus, anders dan in de andere twee casus betreffende verweerder, naast het gebrek in het informed consent verweerder ook in de zorg rond de heupfractuur is tekortgeschoten, waardoor een kwetsbare patiënt hevige pijn heeft geleden, kan in deze zaak niet worden volstaan met een waarschuwing maar is een berisping passend. Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is geworden, op na te noemen wijze worden gepubliceerd.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

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

4. Beoordeling van het beroep

4.1 De oorspronkelijke klacht bestond uit vijf klachtonderdelen. Het Regionaal Tuchtcollege heeft deze onderdelen samengevat als betrekking hebbend op enerzijds de communicatie over de behandeling en anderzijds de diagnose en de behandeling van de heupfractuur. Het Regionaal Tuchtcollege heeft de klacht in zijn geheel gegrond verklaard onder oplegging aan de geriater van de maatregel van berisping. Over het vijfde klachtonderdeel waarmee klaagster de geriater het verwijt maakte inzage in het medisch dossier geweigerd te hebben heeft het college in eerste aanleg zich niet uitgelaten. Nu tegen dit feit door partijen niet is gegriefd maakt dit klachtonderdeel geen deel uit van de procedure in beroep.

4.2 De geriater is in beroep gekomen van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege. Het beroep strekt ertoe dat de oorspronkelijke klacht alsnog in zijn geheel ongegrond wordt verklaard, althans dat bij gedeeltelijke gegrondverklaring volstaan zal worden met oplegging van een lichtere maatregel.

4.3 Klaagster heeft in beroep verweer gevoerd. Zij concludeert tot verwerping van het beroep van de geriater.

4.4 De geriater maakt in zijn beroepschrift bezwaar tegen de wijze waarop het juridisch kader door het Regionaal Tuchtcollege uiteen is gezet. De geriater stelt dat in de beslissing in eerste aanleg ten onrechte door het college de suggestie wordt gewekt dat de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (hierna: WGBO) in het

onderhavige geval leidend is ten opzichte van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (hierna: BOPZ). De geriater stelt dat in het onderhavige geval, waarin sprake was van een onvrijwillige opname op grond van de BOPZ, deze laatste wet het leidende juridisch kader dient te vormen. Het Centraal Tuchtcollege overweegt hieromtrent als volgt.

4.5 Voor zover geoordeeld moet worden over de gedwongen opname en gedwongen behandeling is de BOPZ leidend. Daarnaast is evenwel de WGBO eveneens van toepassing, zeker waar het gaat om de (vrijwillige) behandeling van somatische aspecten. Bij gedwongen opname op grond van artikel 60 BOPZ zoals hier aan de orde, is (onder meer) artikel 38 BOPZ dat betrekking heeft op het behandelingsplan van toepassing. Lid 3 van dit laatste artikel luidt, voor zover thans relevant, als volgt:

“Het behandelingsplan [...] is erop gericht de stoornis zo te verbeteren dat het gevaar op grond waarvan de patiënt, zonder van de bereidheid daartoe te hebben blijk gegeven, in het ziekenhuis moet verblijven, wordt weggenomen.”

Bij patiënten die op grond van artikel 60 BOPZ zijn opgenomen zal echter het behandelingsplan in het algemeen niet slechts gericht zijn op het verbeteren van de stoornis teneinde het gevaar weg te nemen, doch zal doorgaans ook sprake zijn van een somatische medische behandeling, waar geen sprake is van dwangbehandeling. Met betrekking tot de somatische medische behandeling van op grond van de BOPZ opgenomen patiënten is de WGBO in het algemeen onverminderd van toepassing.

Communicatie over de behandeling

4.6 De eerste vraag die in beroep voorligt is of er in het onderhavige geval voldoende communicatie over de behandeling van de echtgenoot van klaagster (hierna: patiënt) heeft plaatsgevonden. Het Centraal Tuchtcollege oordeelt als volgt.

4.7 De geriater was verbonden aan de kliniek voor geestelijke gezondheidszorg G. en aldaar werkzaam op de afdeling “Ouderen 2”. Het betrof hier een opleidingsafdeling waar artsen in opleiding tot geriater in de laatste fase van hun opleiding met grote mate van zelfstandigheid de dagelijkse medische zorg verleenden. De geriater was als hoofdbehandelaar 2,5 dag per week op de afdeling aanwezig en op de dagen waarop hij niet op de afdeling werkte was hij telefonisch bereikbaar. Op de maandagen liep de geriater visite met de behandelend artsen en op de woensdagen nam hij deel aan het wekelijks multidisciplinair overleg. Bovendien heeft de geriater ter terechtzitting in beroep aangegeven dat hij, vanwege het feit dat hij niet de volle week op de afdeling aanwezig was, alle dossiers wekelijks doorlas om zich op de hoogte te stellen van hetgeen tijdens zijn afwezigheid was voorgevallen.

4.8 Patiënt verbleef tot 27 november 2013 op de afdeling “Ouderen 3” en nadien op de afdeling “Ouderen 2”. Op de laatste afdeling werd patiënt behandeld door de daar aanwezige artsen in opleiding tot geriater, onder supervisie van de geriater. Uit het medisch dossier van patiënt komt naar voren dat er over elke voorgenomen wijziging in medicatie en/of beleid contact is geweest met klaagster en dat zij daarover is geïnformeerd. Anders dan het Regionaal Tuchtcollege gaat het Centraal Tuchtcollege er daarbij vanuit dat het in het algemeen niet ongebruikelijk is om aan te nemen dat, wanneer in een medisch dossier genoteerd staat dat patiënt (of diens vertegenwoordiger) over een wijziging in medicatie en/of beleid is geïnformeerd, dit impliceert dat die patiënt daarmee ook akkoord is en dat eventuele bezwaren in het dossier worden genoteerd. Het Centraal Tuchtcollege volgt derhalve niet het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat uit het dossier onvoldoende blijkt dat er sprake was van informed consent. De geriater kan op dit punt dan ook geen verwijt worden gemaakt zo hij voor die dossiervoering, gelet op het feit dat de op de afdeling werkzame arts-assistenten zich allen in

de laatste fase van hun opleiding tot geriater bevonden, al enige verantwoordelijkheid zou dragen. Op dit punt slaagt het beroep van de geriater derhalve.

Diagnose en behandeling van de heupfractuur

4.9 Met betrekking tot het klachtonderdeel dat betrekking heeft op de diagnose en de behandeling van de heupfractuur overweegt het Centraal Tuchtcollege als volgt.

4.10 In het verpleegkundig dossier wordt vanaf 26 september 2014 melding gemaakt van (soms heftige) pijn aan de benen. Op 30 september en 8 oktober 2014 is patiënt onderzocht door een arts-assistent in opleiding tot psychiater. Tijdens de ochtendvisite op 9 oktober 2014 verzoekt deze arts-assistent de geriater mee te kijken naar de pijnklachten van patiënt. Dat gebeurt en naar aanleiding van dit onderzoek wordt het ingezette beleid (diclofenac en paracetamol) gecontinueerd. Op 13 oktober 2014 werd bekend dat patiënt eerder was gevallen (naar later bleek op 21 september 2014). Op 23 oktober 2014 is er een familiegesprek waar de arts-assistent de mogelijkheden van pijnstilling middels morfine dan wel cannabisthee met de familie bespreekt. De familie dringt aan op verder onderzoek. Er wordt afgesproken (op 26 oktober 2014) met cannabisthee te starten en na een week patiënt te herbeoordelen waarna weer overleg met de familie volgt. Op 3 november 2014 wordt bekend dat patiënt op 5 november 2014 kan worden overgeplaatst. De overplaatsing wordt, zo begrijpt het Centraal Tuchtcollege, benut om in het ziekenhuis een röntgenfoto te maken. De röntgenopname wees uit dat patiënt een mediale collumfractuur (een heupfractuur) rechts had.

4.11 Het Centraal Tuchtcollege stelt voorop dat een collumfractuur bij een patiënt als hier aan de orde lastig te diagnosticeren kan zijn. Dat laat onverlet dat er in het hiervoor onder 4.10 geschetste beloop een aantal zaken beter had gekund en ook had gemoeten. Zo heeft de geriater ter zitting verklaard een collumfractuur als differentiaal diagnose te hebben overwogen, maar hiervan is geen aantekening in het medisch dossier te vinden. De geriater heeft verklaard deze diagnose, vanwege het feit dat een spontane fractuur minder waarschijnlijk was en er geen val was gemeld, minder waarschijnlijk te achten. Dat laatste acht het Centraal Tuchtcollege niet onbegrijpelijk maar toen op 13 oktober 2014 bekend werd dat er op 21 september 2014 wél een val had plaatsgevonden, had dat aanleiding moeten zijn terug te kijken naar het beloop tot 13 oktober 2014, waarna de diagnose collumfractuur vervolgens als reële optie naar voren had moeten komen. Vanaf die datum vormden de voorzienbare problemen die het maken van een röntgenfoto met zich brachten naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege onvoldoende reden om een dergelijke foto achterwege te laten. De stelling van de geriater dat het voor het gevoerde beleid weinig verschil maakte of er sprake was van een collumfractuur of niet acht het Centraal Tuchtcollege maar ten dele juist nu het aannemelijk is dat na vaststelling van een fractuur daar bij de dagelijkse verzorging van patiënt rekening mee gehouden zou zijn en eveneens voorstelbaar is dat het pijnbeleid en mobilisatiebeleid in dat geval anders zou zijn geweest. Op dit punt faalt het beroep van de geriater.

4.12 De slotsom van het vorenstaande is dat de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege voor zover die betrekking heeft op de communicatie over de behandeling van de patiënt niet in stand kan blijven. Het Centraal Tuchtcollege volgt het Regionaal Tuchtcollege wel ten aanzien van de gegrondverklaring van het klachtonderdeel dat betrekking heeft op de diagnose en de behandeling van de heupfractuur. Het feit dat de klacht in beroep op één klachtonderdeel in plaats van op twee klachtonderdelen gegrond wordt bevonden, is voor het Centraal Tuchtcollege aanleiding een

andere maatregel op te leggen. Alles afwegende is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de maatregel van berisping te zwaar is en dat met de maatregel van waarschuwing kan worden volstaan.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
vernietigt de beslissing waarvan beroep, voor zover daarbij het klachtonderdeel dat betrekking heeft op de communicatie over de behandeling gegrond is verklaard en voor zover daarbij de maatregel van berisping is opgelegd;
en opnieuw rechtdoende:

verklaart voornoemd klachtonderdeel alsnog ongegrond;
legt aan de geriater de maatregel van waarschuwing op;
verwerpt het beroep voor het overige.

Deze beslissing is gegeven door: mr. J.M. Rowel-van der Linde, voorzitter;
mr. Y. Buruma en mr. drs. R. Prakke-Nieuwenhuizen, leden-juristen en drs. C. de Graaf
en
drs. P.J. Schimmel, leden-beroepsgenoten en mr. M.D. Barendrecht-Deelen, secretaris.
Uitgesproken ter openbare terechtzitting van 15 februari 2018.
Voorzitter w.g. Secretaris w.g.