

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 250/2017

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 7 mei 2018 naar aanleiding van de op 27 september 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,

k l a g e r

-tegen-

**C**, huisarts, werkzaam te B,  
bijgestaan door mr. M.J. de Groot, advocaat te Utrecht,

v e r w e e r d e r

### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift;
- het door verweerder op 21 november 2017 toegezonden journaal;
- de repliek;
- de dupliek;
- de reactie op de dupliek;
- de brief van klager van 15 februari 2018.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid mondeling gehoord te worden in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 6 april 2018, waar klager niet is verschenen en waar verweerder is verschenen, bijgestaan door mr. De Groot, voornoemd.

### 2. DE FEITEN

Op grond van de stukken en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klager heeft zich per 11 september 2013 ingeschreven in de huisartsenpraktijk van verweerder. In de periode tot 8 maart 2004 was klager ook patiënt bij verweerder. Hij is destijds in verband met een verhuizing naar een andere huisarts overgestapt. Voorafgaand aan 11 september 2013 was D de huisarts van klager.

In juli 2004 is klager onder behandeling gekomen van E, psychiater. In een brief aan de huisarts d.d. 8 oktober 2004 schrijft hij:

*“Medicatie:*

*Risperdal 3 mg. 1 x daags 1.*

*Zoplicon 7,5 mg. 2 tot 3 x daags 1.*

*(...)*

*Conclusie :*

*Bij patiënt kan gesproken worden van een schizofreniforme psychose, mogelijk in het kader van een schizofrene ontwikkeling. Er lijkt geen autisoforme contactstoornis te bestaan, meer maakt hij de indruk een schizoïde man te zijn.”*

Klager gebruikt sinds 2004 Rivotril (clonazepam), destijds door psychiater E voorgeschreven tegen stressklachten en spierspanning.

In het journaal is op 10 oktober 2005 vermeld dat de Rivotril door de huisarts zal worden voorgeschreven.

In het journaal is op 1 oktober 2012 vermeld dat klager het gebruik van Rivotril wil minderen en dat hij tabletten van 0,5 mg wil om zonedig 1,5 mg te gebruiken in plaats van 2 mg.

Op 30 januari 2013 meldt klager zich bij verweerders voorganger met slaapproblemen door plasklachten. Hij wijt deze klachten aan het gebruik van Rivotril, dat hij niet kan stoppen.

Op 24 juli 2013 meldt klager zich bij verweerders voorganger met het verzoek hem te verwijzen omdat hij wil stoppen met Rivotril. Hij denkt aan een verwijzing naar een neuroloog. Verweerders voorganger adviseert hem naar een psychiater te gaan. Daarop volgt verwijzing naar psychiater E.

In de brief van psychiater E van 27 november 2013 staat:

*“Patiënt gebruikt sinds 2004 clonazepam, destijds door mij voorgeschreven tegen stressklachten en spierspanning. Na jaren gebruik wilde hij het middel gaan verminderen en stoppen omdat hij niet afhankelijk wilde zijn, maar stoppogingen mislukten.*

*(...)*

*Conclusie en advies:*

*Hulpvraag is afbouw van Rivotril. Patiënt heeft angst voor ontweningsverschijnselen en toename slaapproblemen. Ik heb patiënt aangegeven dat ik de huisarts zal bellen voor een afbouwadvies. (...)*

*Mijn afbouwadvies is: heel langzame dosisvermindering van clonazepam 2 mg. Daags in de loop van een ca. half jaar tot nul:*

- 4 weken 1,5 mg.
- 4 weken 1 mg.
- vervolgens elke 4 weken dosis met 0,25 mg. verminderen tot nul.”

Op 9 september 2013 heeft klager een eerste gesprek met verweerder. Vanaf het eerste consult komt het gebruik van Rivotril en de wens dat gebruik te stoppen aan de orde.

Op 16 januari 2014 meldt klager zich opnieuw bij verweerder. In het journaal is vermeld:  
*“S afbouwen wodrt niets. 3 opties aangeboden:  
 S doorgaan zo, afbouwen of vw F voor  
 S beoordeling ASS. Kiest voor het eerste. doorgaan  
 S zo en gheen nwe afspraak tenzij nodig”*

In april 2014 is klager op zijn verzoek verwezen naar Interne Geneeskunde, waarbij bij toeval een dilatatie van de linkernier werd gevonden. In verband daarmee is hij in juni 2014 door een uroloog gezien. Vervolgens is hij in mei 2015 onderzocht door een specialist gastro-enterologie. In zijn bericht aan de huisarts schrijft de specialist:  
*“Man, 45 jaar, aspecifieke bezwaren buik. (...) Waarschijnlijk geen verklaring op MDL gebied. In overleg nu geen aanvullend onderzoek.”*

In de periode juli-september 2014 bespreekt verweerder met klager de mogelijkheid om via F (GGZ-zorg) of G hulp te zoeken bij de afbouw van Rivotril. In oktober 2014 bezoekt klager H, verslavingsdeskundige bij G. Op zijn advies gaat klager over op oxazepam. Nadat klager korte tijd later weer terug stapt op Rivotril verwijst verweerder hem naar psychiater I. In het journaal is op 22 januari 2015 vermeld:  
*“S Gesprek met I heeft niets opgelevrd, deze  
 S adviseerde naar F te gaan. Dat gaat hij niet  
 S doen, wil ritrovil stoppen en obvergaan op  
 S equivalent aan Frisium. Geen goed idee mi vw  
 S lange T1/2. Dan maar gekozen voor lorazepam”*

Op 1 mei 2015 vindt een gesprek plaats met de POH-GGZ met als inzet begeleiding bij de afbouw van Lorazepam. Op 12 mei 2015 besluit klager weer te starten met Rivotril. Vervolgens probeert hij via het gebruik van diazepam te stoppen met Rivotril. Ook dat lukt niet. Op 10 maart 2016 schrijft verweerder naar aanleiding van een bezoek van klager:  
*“S Update over afgelopen ¾ jaar, zit nog steeds  
 S aan de rivotril en zoekt naar manier om er van af te  
 S komen, denkt via tranxene, laat dat tzt weten.  
 S Geeft aan dat wij niet op 1 lijn zitten, hij denkt  
 S somatisch wat te hebben, ik denk aan psychiatrie.”*

Daarna is nog een stoppoging gedaan met behulp van Tranxene en is een nieuw afbouwschema voorgesteld. Op 26 april 2016 heeft klager tegen verweerder gezegd dat hij niet volgens het voorgestelde schema wil afbouwen en dat hij naar een neuroloog wil met expertise in het afbouwen van Rivotril. Verweerder heeft daarop overleg gevoerd met neuroloog J, die heeft aangegeven geen neuroloog te kennen die hier meer expertise in heeft. Op 9 mei 2016 heeft verweerder verslag gedaan aan klager van het gesprek met de neuroloog. Verweerder heeft het verzoek van klager om een neuroloog buiten

de regio te zoeken afgewezen. Verweerder heeft aangegeven dat I deskundig is op dit terrein, maar van die mogelijkheid wil klager geen gebruik maken.

Klager heeft bij het klaagschrift het medisch dossier overgelegd dat hij in 2016 van verweerder had gekregen. Uit het verweerschrift bleek echter dat het dossier niet compleet was. Alle regels die betrekking hadden op ICPC P72 (Schizofrenie) waren op verzoek van klager geblokkeerd voor inzage aan derden. Daarmee zijn per abuis alle regels die met deze ICPC te maken hebben niet in de versie van het dossier terecht gekomen dat aan klager is verstrekt. Vervolgens heeft verweerder alsnog het volledige dossier overgelegd.

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerder - zakelijk weergegeven - dat hij:

- a. het huisartsendossier van D heeft overgenomen zonder de inhoud ervan ter sprake te brengen of te corrigeren; na de overdracht dit heeft gebruikt als basis voor de behandeling en daarbij de fouten in het dossier heeft laten cumuleren; relevante zaken heeft weggelaten of onjuist heeft vermeld hetgeen tegen klager werkt. Het dossier is warrig;
- b. een verborgen agenda heeft gehanteerd waarbij hij klager in de richting van de psychiatrie probeerde te sturen zonder dit aan klager kenbaar te maken;
- c. onvoldoende de regiefunctie heeft genomen;
- d. Rivotril is blijven verstrekken voor een ander doel dan de officiële indicatie (off label) en dat hij optredende gezondheidsproblemen niet adequaat behandeld of onderkend heeft;
- e. heeft gelogen of onwaarheden heeft verteld zoals bij de verwijzing naar E. Klager werd in de waan gelaten dat het ging om hulp bij problemen met Rivotril of hulp met het afbouwen daarvan hoewel het in werkelijkheid ging om een psychiatrische evaluatie;
- f. hij een normaal kennismakingsgesprek en lichamelijk onderzoek heeft overgeslagen;
- g. de gezondheidstoestand van klager heeft laten escaleren door roekeloos af te wachten en te wachten op het komen van klagers inzicht dat het psychiatrisch zou zijn;
- h. zich niet heeft gehouden aan de wet WGBO, artikel 446 en 448 (definitie behandeling en geen "open kaart" spelen).
- i. dat verweerder in 2016 een onjuist dossier aan klager heeft verstrekt;
- j. dat verweerder klager niet tijdig en juist heeft geïnformeerd en beslissingen over hem heeft genomen in plaats van met hem. Daardoor heeft verweerder zijn zelfbeschikingsrecht, autonomie en zijn lichamelijke integriteit sterk aangetast.

### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert aan:

Ad a: dat hij geen invloed heeft op een dossier dat door zijn voorganger werd aangereikt. Klager zelf had recht van inzage waarvan hij geen gebruik heeft gemaakt. Bij verwijzing wegens onvrede met de vorige huisarts wordt juist de patiënt zo objectief mogelijk benaderd en laat men zich niet beïnvloeden door informatie uit het dossier. Er is geen reden het dossier "warrig" te noemen;

Ad b: dat hij klager diverse malen heeft verwezen om somatische klachten uit te sluiten. De verwijzingen leverden niet het gewenste resultaat voor klager. Daarna is in de loop

der jaren in de gesprekken het verschil van mening over de oorzaak en daarmee de aanpak van klagers problemen, meer en meer op de voorgrond komen te staan;

Ad c: dat hij van mening is dat hij de regie met betrekking tot de poging tot afbouw van Rivotril en lorazepam naar beste weten en kunnen heeft gevoerd. Zowel de psychiater, de verslavingsdeskundige en de POH-GGZ hebben hun advies gegeven. Helaas is het doel niet bereikt;

Ad d: dat het middel Rivotril inderdaad off label is verstrekt. Dit middel is echter in 2004 door psychiater E gestart toen verweerder nog geen huisarts was van klager. Het middel werd aanhoudend voorgeschreven omdat het mislukte om het af te bouwen of om te zetten naar een ander middel;

Ad e: dat hij op 11 september 2013 huisarts is geworden van klager. Het telefonisch contact met E was op 24 juli 2013 met zijn voorganger D. Later zijn de contacten met deze psychiater door verweerder voortgezet;

Ad f: dat hij op 9 september 2013 een uitgebreid gesprek heeft gehad met klager over zijn overgang naar de praktijk van de verweerder. Bij kennismaking is het niet gebruikelijk lichamelijk onderzoek te doen, bovendien was dat nog vrij recentelijk gedaan, namelijk op 27 juni 2013 en 31 juli 2013;

Ad g: dat hij niet altijd is meegegaan in de voorstellen van klager omdat die niet logisch leken zoals een verwijzing naar een neuroloog voor het afbouwen van de clonazepam. Wel heeft hij nog overleg gehad met een neuroloog J, maar die voelde zich niet capabel klager te helpen;

Ad h: dat hij, gezien het hier voorgaande is toegelicht per klachtonderdeel, niet tekort is geschoten in de nakoming van artikel 7:446 en 448 BW (WGBO);

Ad i: dat hij het betreurt dat in eerste instantie een incompleet dossier is ontvangen. Verweerder biedt hiervoor excuses aan;

Ad j: dat hij gezien de complexiteit van de zaak regelmatig advies heeft ingewonnen bij collegae en klager daarover ook heeft geïnformeerd. Er zijn geen beslissingen genomen buiten klager om. Dat is niet zijn stijl van werken en klager zou dat in zijn assertiviteit niet laten gebeuren.

## 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

Het college ziet aanleiding de klachtonderdelen a tot en met g en j gezamenlijk en in onderlinge samenhang te beoordelen.

Uit het dossier en uit hetgeen ter zitting is besproken is het college gebleken dat verweerder veel aandacht heeft besteed aan klager toen hij in 2013 de overstap maakte naar zijn praktijk. Niet alleen hebben er verschillende gesprekken plaatsgevonden, ook plande verweerder dubbele consulten in voor klager om voldoende tijd voor hem te

kunnen vrijmaken. Verweerder heeft zich op die manier een eigen beeld van klager gevormd en is niet alleen afgegaan op het dossier van zijn voorganger.

In de periode 2013-2016 hebben vele consulten plaatsgehad. Uit het medisch dossier rijst het beeld op van een patiënt die worstelt met het gebruik van Rivotril en een huisarts die bij de afbouw daarvan probeert te ondersteunen. Dat aan klager Rivotril is voorgeschreven kan verweerder niet worden verweten, aangezien niet hij, maar E het middel in eerste instantie heeft voorgeschreven. Dat verweerder het middel bleef voorschrijven was een rechtstreeks gevolg van het feit dat het niet lukte tot afbouw van het gebruik te komen. Het college is van oordeel dat het mislukken van de afbouw niet aan verweerder kan worden toegerekend. Verweerder heeft voldoende regie gehouden. Uit het dossier komt naar voren dat verweerder moeite heeft gedaan klager te verwijzen naar een hulpverlener die hem kon ondersteunen bij zijn hulpvraag, het afbouwen van het gebruik van Rivotril. Dat verweerder niet steeds is meegegaan in de verwijzingsverzoeken van klager, duidt er juist op dat verweerder zelf verantwoordelijkheid en regie nam voor de behandeling van klager.

Tijdens de consulten is verschillende keren aan de orde geweest dat verweerder de problemen meer zocht in de psychische hoek, terwijl klager uitging van een somatische oorzaak van zijn klachten. Uit het dossier blijkt dat verweerder daarover openlijk sprak met klager en dat ook hun verschil van inzicht over de oorzaak van de problematiek uitdrukkelijk aan de orde is gesteld. Het college kan klager dan ook niet volgen in zijn stelling dat verweerder er een verborgen agenda op nahield. Daarbij komt dat verweerder klager wel degelijk een aantal keer heeft verwezen in verband met somatische klachten én overleg heeft gevoerd met een neuroloog om de mogelijkheden te bespreken. Uit het dossier kan dan ook geenszins worden geconcludeerd dat verweerder klager niet serieus nam of over hem besliste in plaats van samen met hem.

Op basis van het voorgaande acht het college de klachtonderdelen a tot en met g en j ongegrond.

### 5.3

Naar aanleiding van klachtonderdeel i overweegt het college het volgende. Verweerder erkent dat hij in eerste instantie een incompleet dossier aan klager heeft verstrekt. Hij heeft toegelicht dat verweerder hem had gevraagd alle journaalregels die aan de ICPC-code P72 waren gekoppeld te blokkeren. Dit is gebeurd, zodat derden deze regels niet konden inzien. Per abuis is de versie van het dossier waarin de P72-regels waren geblokkeerd aan klager gestuurd. Toen verweerder daar achter kwam is alsnog het complete dossier aan klager gestuurd. Verweerder heeft voor deze gang van zaken excuses aangeboden. Verder heeft verweerder erkend dat hij veel journaalregels aan de code P72 heeft gekoppeld, terwijl er na 2004 geen argumenten waren deze diagnose aan te houden. Voor het inhoudelijke medische beleid heeft dit geen gevolgen gehad, aldus verweerder.

Hoewel het handelen van verweerder op het punt van de codering beter had gekund, kan naar het oordeel van het college niet worden gezegd dat verweerder met zijn handelwijze de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening heeft overschreden. Hetzelfde geldt, gelet op de door verweerder gegeven toelichting, voor het toesturen van een incompleet dossier aan klager. Het klachtonderdeel is daarom ongegrond.

### 5.4

Naar aanleiding van klachtonderdeel h dat verweerder in strijd heeft gehandeld met artikel 7:446 en 7:448 BW (WGBO) overweegt het college het volgende. Artikel 7:446 BW geeft een definitie van de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Artikel 7:448

BW beschrijft de informatieplicht. Klager heeft dit klachtonderdeel niet afzonderlijk onderbouwd, zodat het college ervan uitgaat dat hij meent dat verweerder in strijd met deze bepalingen heeft gehandeld door al hetgeen hij hem in de overige klachtonderdelen heeft verweten. Nu het college in overweging 5.2 en overweging 5.3 tot de conclusie is gekomen dat deze klachtonderdelen ongegrond zijn, ziet hij evenmin aanleiding om te oordelen dat verweerder in strijd heeft gehandeld met de genoemde wettelijke bepalingen. Ook dit klachtonderdeel is daarom ongegrond.

## 6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan door mr. P.E.M. Messer-Dinnissen, voorzitter, M.D. Klein Leugemors en dr. P.A.J. Buis, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van mr. M. Duijnstee-Mikmak, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

voorzitter

De secretaris is buiten staat deze beslissing mee te ondertekenen

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aan gelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.