

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2018-309

Datum uitspraak: 30 april 2019

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

A,
wonende te B,
klaagster,

tegen:

C, neuroloog,
werkzaam te B,
verweerder,
gemachtigde: mr. S. Dik, werkzaam te Amsterdam.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 13 november 2018,
- het verweerschrift met bijlagen.

1.2 De partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

1.3 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 19 maart 2019. Partijen, klaagster vergezeld van haar zus en verweerder bijgestaan door zijn gemachtigde, zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht.

2. De feiten

2.1 Klaagster is de dochter van D (hierna: patiënt). Patiënt lijdt aan vergevorderde dementie. Verweerder is als neuroloog werkzaam in het E in B.

2.2 Na verwijzing door de huisarts, is patiënt op 5 januari 2017, vergezeld van klaagster en een van haar zussen, bij verweerder op consult geweest. Van dit consult is bij brief van 26 januari 2017 verslag gedaan aan de huisarts:

“ (...)

Reden van verwijzing

Dementie

Speciële anamnese

Patiënt toont sinds een aantal jaren minder initiatief en is toenemend ADL afhankelijk. Dochters wonen bij ouders en moeten vader volledig verzorgen. Hij sprak tot enkele jaren geleden Nederlands maar nu alleen nog maar F. Hij had hobby's (bv tuinieren) maar nu niets meer. Patiënt is agressiever geworden maar ook kinderlijker. De nachten zijn regelmatig onrustig. Hij heeft volgens dochters ook hallucinaties. Patiënt is bij een neuroloog in F geweest. Daar werd gesproken over Alzheimer dementie. Hij heeft medicatie gekregen maar er is geen onderzoek gedaan.

Dochters hebben goed contact met de huisarts.

(...)

Neurologisch onderzoek

Niet verricht.

Conclusie

Vergevorderd stadium van dementie van mogelijk het Alzheimer type, dan wel Lewy Body type.

Beleid

Uitleg aan dochters en veel begrip. CT, bloedonderzoek en belafsprak.”

2.3 Op 20 januari 2017 heeft patiënt een CT-scan gehad.

2.4 Op 25 januari 2017 heeft verweerder de uitslag van de CT-scan en het bloedonderzoek telefonisch met klaagster besproken. Van dit telefonisch consult is bij brief van 13 februari 2017 verslag gedaan aan de huisarts:

“Aanvullend onderzoek

CT-hersenen

Hypodensiteit links pariëtaal passend bij een infarct. Verder geen bijzonderheden.

Bloedonderzoek

Glucose 17 en kreatinine 112.

Conclusie

Vergevorderd stadium van dementie van mogelijk het Alzheimer, dan wel Lewy Body type, bij bekende en niet-optimaal gereguleerde DM.”

2.5 Op 25 april 2018 is patiënt voor een second opinion naar het Alzheimercentrum van het G gegaan. Daar is bevestigd dat sprake is van dementie, mogelijk Alzheimer dan wel Lewy Body dan wel vasculaire dementie. De arts van het Alzheimercentrum heeft patiënt het medicijn memantine voorgeschreven.

3. De klacht

Klaagster verwijt verweerder zakelijk weergegeven dat hij onvoldoende zorg heeft verleend en dat hij op basis van onvoldoende onderzoek tot een diagnose is gekomen. Ook verwijt zij verweerder dat hij de familie onvoldoende heeft voorgelicht. Hij heeft niet goed gecommuniceerd en heeft een mogelijke casemanager niet besproken. Ook is het gebruik van medicatie niet besproken. Ten onrechte is geen medicatie voorgeschreven.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klachten en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

5.1 De klachtonderdelen vallen globaal in drie onderdelen uiteen: (1) de diagnose, (2) de voorlichting en (3) de medicatie. Bij de beoordeling van deze klachtonderdelen stelt het College het volgende voorop. In de richtlijn Diagnostiek en Behandeling van dementie (2014, van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, geautoriseerd door onder andere de Nederlandse Vereniging voor Neurologie) is opgenomen dat een basisonderzoek bestaat uit:

- anamnese,
- heteroanamnese,
- lichamenlijk onderzoek,
- laboratoriumonderzoek,
- een screenende cognitietest.

In voornoemde richtlijn is eveneens opgenomen dat de diagnostiek in algemene zin ten doel heeft:

de aard en ernst van de stoornissen en beperkingen te bepalen; na te gaan wat de pathofysiologie is van de stoornissen en een diagnose te stellen; na te gaan welke zorgbehoefte er bestaat bij de patiënt en zijn naasten; een zo specifiek mogelijk behandel- en begeleidingsplan te kunnen maken; de patiënt en zijn naasten in staat te stellen zelf zoveel mogelijk sturing te kunnen geven aan vragen die ze stellen op het gebied van zorg en welzijn; identificeren van alle behandelbare (somatische en psychosociale) factoren die invloed hebben op kwaliteit van leven.

5.2 Verweerder heeft patiënt eenmalig gezien tijdens een consult op 5 januari 2017. Tijdens dit consult heeft verweerder vragen gesteld aan klaagster en haar zus (de heteroanamnese). Ook heeft verweerder besloten beeldvormend onderzoek (CT-scan) en laboratoriumonderzoek uit te voeren.

Van de onderdelen waaruit een basisonderzoek volgens voornoemde richtlijn bestaat heeft verweerder er slechts twee uitgevoerd (heteroanamnese en laboratoriumonderzoek), de andere drie onderdelen (anamnese, lichamenlijk onderzoek en een screenende cognitietest) heeft verweerder niet uitgevoerd. Verweerder heeft als verklaring voor het achterwege laten van deze drie (onderzoeks)onderdelen slechts naar voren gebracht dat patiënt alleen F sprak en dat het moeilijk was om contact met hem te krijgen. Dit acht het college

ontoereikend. Niet valt in te zien waarom verweerder het aanbevolen lichamenlijk onderzoek achterwege heeft gelaten. Daarnaast had gevergd mogen worden dat verweerder tenminste een screenende cognitietest had verricht. De omstandigheid dat patiënt (in-

middels) slechts F sprak had daaraan niet in de weg hoeven staan, nu de dochters van patiënt op dat moment als tolk hadden kunnen fungeren. Mogelijk was het afnemen van de anamnese niet meer mogelijk, gezien de conditie van patiënt, maar verweerder had tenminste de klinische conditie van patiënt kunnen beschrijven en vastleggen in het medisch dossier. Ook had verwacht mogen worden dat verweerder in het medisch dossier had aangegeven waarom hij de overige twee vitale, eenvoudige, in de beroepsgroep algemeen aanvaarde, onderzoeken achterwege had gelaten. Verweerder heeft kortom het basisonderzoek niet voldoende uitgevoerd, terwijl de dossiervoering ten ene male ontoereikend was. Daarmee is verweerder onvoldoende zorgvuldig tot zijn diagnose gekomen, althans heeft verweerder geen inzicht gegeven in de wijze waarop hij tot deze diagnose is gekomen.

5.3 Het op juiste wijze uitvoeren van het basisonderzoek zoals bedoeld in de richtlijn is onder andere van belang voor het vaststellen van de ernst van de dementie, waarna op basis daarvan een eventueel medicatiebeleid kan worden ingesteld en verdere zorgbehoefte met de familie kan worden besproken.

5.4 Verweerder kan zich niet herinneren of hij met klaagster over het gebruik van medicatie heeft gesproken. Hij heeft vervolgens verklaard dat hij wel heeft nagedacht over memantine, maar heeft besloten dit o.a. vanwege de ernst van de dementie niet voor te schrijven. Hierover is evenmin iets in het dossier opgenomen, terwijl klaagster ontkent dat over het gebruik van medicijnen is gesproken. Dit betekent dat het college ervan uitgaat dat verweerder eventuele medicatie niet met de familie van patiënt heeft besproken. Verweerder heeft bovendien, onder meer wegens ontoereikend onderzoek van patiënt (zoals hiervoor beschreven), onvoldoende inzicht gegeven in zijn overwegingen om af te zien van het voorschrijven van memantine. Blijkens de relevante richtlijn kan memantine immers, afhankelijk van de ernst en aard van de dementie (in ieder geval bij Alzheimerpatiënten met matige tot ernstige dementie; MMSE 5 tot 20), een gering positief effect hebben op cognitief functioneren of op de globale klinische indruk en het algeheel dagelijks functioneren.

5.5 Daarenboven heeft verweerder nagelaten met de familie te bespreken wat mogelijke vervolgstappen zouden kunnen zijn (de stappen 3 tot en met 6 van de richtlijn). Ter zitting heeft verweerder verklaard dat hij met klaagster niet heeft gesproken over een casemanager omdat het in B gebruikelijk is dat een casemanager via de huisarts wordt geregeld. Verweerder heeft wel gevraagd aan de familie van patiënt hoe het contact met de huisarts was. Dat was goed. Ook deze opstelling van verweerder is te beperkt geweest. Zeker nu de huisarts aanleiding had gezien om patiënt door te sturen naar een neuroloog en in zijn verwijsbrief 'overname van de behandeling' had voorgesteld, was daarmee gegeven dat van verweerder ook op dit punt meer werd verwacht. Dit betekent niet dat gevergd had kunnen worden dat verweerder (aanvullende) zorg had geregeld, maar hij had tenminste moeten bespreken met de familie dat hiervoor de huisarts was aangewezen. De enkele vraag of het contact met de huisarts goed was, is in dit verband ontoereikend. Dit klemt temeer nu verweerder hierover evenmin iets heeft vermeld in de brief aan de huisarts, opdat deze het verder op zou pakken.

5.6 Al met al is verweerder op een aantal onderdelen tekortgeschoten. Aldus heeft hij gehandeld in strijd met de zorg die hij ten opzichte van patiënt en zijn naasten behoorde te betrachten zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. De klacht is dan ook gegrond. Het College acht de maatregel van waarschuwing passend. Daarbij betreft het college dat verweerder weliswaar de geldende richtlijn niet heeft gevolgd, maar dat zijn diagnose niet onjuist was. Verder heeft verweerder aangevoerd dat hij doorgaans medicatie en een casema-

nager wel degelijk ter sprake brengt. Bovendien onderkent verweerder dat de communicatie/voorlichting ondermaats is geweest en is hij ter verbetering hiervan een communicatie-coachingstraject gestart.

5.7 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, op de voet van artikel 71 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg bekend worden gemaakt op de hierna te vermelden wijze.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag beslist als volgt:

verklaart de klacht gegrond,

legt op de maatregel van waarschuwing.

bepaalt dat om redenen, aan het algemeen belang ontleend, deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Deze beslissing is gegeven door M.A.F. Tan-de Sonnaville, voorzitter, E.B. Schaafsma-van Campen, lid-jurist, P.C.L.A. Lambregts, J.W. van 't Wout, H.C. Baak leden-beroeps-genoten, bijgestaan door E.C. Zandman, secretaris en uitgesproken in het openbaar op 30 april 2019.

voorzitter

secretaris

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 Gezondheidszorg en Jeugd, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem 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 Den Haag, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen. Degene die beroep instelt, is € 50,- griffierecht verschuldigd aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht van het Centraal Tuchtcollege. Als degene die in beroep is gegaan geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht terugbetaald.