

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: G2020/10

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE GRONINGEN

Beslissing op de klacht van:

A,
klager,
wonende B,
gemachtigden: C en D,

tegen

E ,
werkzaam als specialist ouderengeneeskunde te B,
beklaagde,
advocaat: G.

1. Verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift van 1 februari 2020, ingekomen op 4 februari 2020;
- het verweerschrift van 30 juni 2020, ingekomen op 2 juli 2020;
- het medisch dossier;
- het proces-verbaal van het op 11 september 2020 gehouden mondeling vooronderzoek onder leiding van N. Brouwer, secretaris van het college;
- een door klager ingebrachte cd-rom en daarnaast aanvullingen op het proces-verbaal van het mondeling vooronderzoek, ingekomen op 7 oktober 2020.

De klacht is behandeld ter openbare zitting van 30 maart 2021. Partijen zijn, vergezeld door hun gemachtigden voornoemd, verschenen.

Het verzoek om behandeling van de zaak ter zitting met gesloten deuren

Klager heeft voorafgaand aan de zitting verzocht om behandeling van de zaak met gesloten deuren ter bescherming van zijn privacy. Dit verzoek is door het college afgewezen. Op grond van artikel 70 lid 1 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) geschiedt de behandeling van een tuchtklacht in beginsel in het openbaar. Een zaak kan achter gesloten deuren worden behandeld als gewichtige redenen als bedoeld in artikel 70 Wet BIG daar aanleiding toegeven. In de jurisprudentie wordt bij de uitleg van artikel 70 Wet BIG aansluiting gezocht bij artikel 6 van Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM). Ook in artikel 6 EVRM is een openbare terechtzitting het uitgangspunt. Wanneer de bescherming van het privéleven van procespartijen dit eist kan hiervan in bijzondere omstandigheden, als dit strikt noodzakelijk wordt geacht door het college, worden afgeweken. Van een dergelijke bijzondere omstandigheid is volgens het college geen sprake. Concluderend is het college van oordeel dat de privacy van klager niet dusdanig in het geding komt dat het belang van de openbaarheid van de terechtzitting hiervoor moet wijken. Het verzoek om behandeling van de zaak ter zitting met gesloten deuren is daarom afgewezen.

2. Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van de klacht gaat het college uit van de volgende feiten.

2.1

Beklaagde is werkzaam bij H, locatie te B, als specialist ouderengeneeskunde.

2.2.

De echtgenote van klager (hierna: de patiënte) is in 2012 gediagnosticeerd met cognitieve stoornissen met verhoogd risico op het ontwikkelen van dementieel syndroom. In december 2016 is zij verwezen naar I alwaar een gevorderd stadium van dementiesyndroom is geconstateerd. Daarnaast is de waarschijnlijkheidsdiagnose vroege Alzheimer gesteld. Op verzoek van I is gestart met Citalopram en Oxazepam.

2.3.

Wegens overbelasting van klager en omdat de ingezette hulp van I niet voldoende bleek, is de patiënte op 1 juli 2019 opgenomen bij H. Bij de opname heeft een intakegesprek plaatsgevonden en op 3 juli 2019 is een concept-zorgplan opgesteld.

2.4.

Beklaagde heeft op 11 juli 2019 met klager en zijn dochters gesproken over de toestand van de patiënte. In het medisch dossier staat het volgende genoteerd:

Gesproken over gedrag, interventies die nu door de psycholoog zijn bedacht, medicatie die ik zou willen aanpassen (oxazepam vervangen door risperidon). (...)

Plan:

Binnenkort medicatie wijzigen, van oxazepam naar risperidon

Familie blijft een beetje op afstand, maar komt bijv. nog wel even langs voor de vakantie

PM: ebixa proberen, als risperidon niet werkt

2.5.

Op 18 juli 2019 is gestart met het toedienen van Risperidon aan de patiënte. Van 11 juli tot 18 juli is de Oxazepam tijdelijk verhoogd. In de periode erna is de Oxazepam niet afgebouwd.

2.6.

In de periode die volgde is beklagde enkele weken vanwege vakantie afwezig geweest.

2.7.

In het medisch dossier staat op 21 augustus 2019 het volgende genoteerd:

Mw. is toenemend boos, laat ander gedrag zien. (...)

C/

delier? Tia/CVA gehad met alleen loopstoornissen?

Onbegrip bij dementie?

B/

Deze week nog lab, delier zoveel mogelijk proberen uit te sluiten

Urine stikken

Risperidon verhoogd naar 2dd 1 mg (=2dd 2 tabl van 0,5 mg)

Graag rapporteren wat dit doet op het gedrag, evaluatie vrijdag.

2.8.

Op verzoek van klager heeft beklagde de patiënte op 13 september 2019 bezocht. In het medisch dossier staat het volgende over de visite genoteerd:

Mw. onderzocht ivm klachten van moeheid, maar ook minder contact. Daarnaast gaat het lopen niet goed. (...) Medicatiewijziging alleen verhoging van de risperidon. Toen ook delirant bij een blaasontsteking. (...)

C/ erg wisselend beeld, waarbij mw. soms erg suf/ apatisch overkomt.

Geen aanwijzingen voor TIA/ CVA

Geen tekenen voor UWI

B/ om uit te sluiten dat het aan de medicatie ligt:

Risperidon terug naar 2dd 0,5 mg (ipv 1) (...)

Partner over bovenstaand besproken.

2.9.

Op 14 september 2019 is de patiënte overleden. In het medisch dossier staat daarover genoteerd: *plotsteling overleden na onwelwording op de wc. Geschouwd. (...)* Er is geen sectie uitgevoerd.

2.10.

Enkele dagen na het overlijden heeft klager bij beklagde het medisch dossier van de patiënte opgevraagd. Aanvankelijk heeft beklagde enkel de medische rapportages verstrekt. Na verstrekking van het levenstestament, waarin stond opgenomen dat de familie recht had op inzage, is het gehele medisch dossier verstrekt.

2.11.

Op 10 oktober 2019 hebben klager en familieleden contact gezocht met een klachtenfunctionaris van H. Aldaar hebben zij hun ongenoegen geuit over de zorg en gang van zaken rondom het overlijden van hun echtgenote en moeder. Op 8 november 2019 en 16 december 2019 hebben gesprekken plaatsgevonden met de clustermanager van H, waarin vanuit de familie kritische kanttekeningen zijn geplaatst bij de informatievoorziening en de personeelsbezetting. De klachten van medische aard zijn buiten beschouwing gebleven omdat de verantwoordelijkheid hiervoor bij beklaagde ligt. Van het aanbod om met beklaagde in gesprek te gaan hebben klager en zijn dochters geen gebruik gemaakt.

3. De klacht

De klachten luiden – zakelijk weergegeven – als volgt.

1. De medicatie van de patiënte is onzorgvuldig toegediend. In strijd met de bijsluiters is de medicatie langer dan zes weken toegediend, is gestart met een te hoge dosering en is medicatie niet afgebouwd, terwijl dit wel was toegezegd. De te hoge dosis medicatie heeft de dood ten gevolge gehad.

2. De veranderingen in de toestand van de patiënte zijn niet voldoende gerapporteerd en niet als alarmerend opgepakt. Het door beklaagde genoteerde beeld op de dag voor het overlijden is niet in lijn met hetgeen de familie op die dag en de dagen ervoor heeft waargenomen.

3. Klager is onvoldoende op de hoogte gehouden en meegenomen bij de beslissingen omtrent het behandelplan van zijn echtgenote.

4. Klager voelt zich onheus bejegend door beklaagde na het overlijden van zijn echtgenote. Beklaagde heeft de familie niet gecondoleerd en wilde desgevraagd niet het gehele medisch dossier overhandigen.

4. Het verweer

4.1.

Beklaagde verzoekt de klacht als ongegrond af te wijzen, omdat haar tuchtrechtelijk geen persoonlijk verwijt valt te maken ter zake het overlijden van de patiënte. In de beschrijving die klager geeft in zijn klaagschrift wordt niet steeds een connectie gemaakt met het handelen en de verantwoordelijkheid van beklaagde. Er zijn geen feiten die de stellingen van klager ondersteunen en uit het medisch dossier is ook geen oorzakelijk verband te herleiden tussen het overlijden en het medicijngebruik. Verder is beklaagde van mening dat zij klager en zijn familie voldoende heeft betrokken bij de behandeling.

4.2.

Beklaagde geeft toe dat zij de familie niet heeft gecondoleerd. De oorzaak hiervan is erin gelegen dat beklaagde de familie niet persoonlijk heeft getroffen en er niet meer aan heeft gedacht doordat het medisch dossier werd opgevraagd. Beklaagde was hierdoor zo overdonderd dat zij daarmee direct aan de slag is gegaan. Achteraf kan beklaagde zich voorstellen dat het voor de familie fijn was geweest als zij hen persoonlijk had gecondoleerd.

5. Beoordeling van de klacht

5.1.

Het college overweegt in de eerste plaats 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 binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen ten tijde van het handelen in de beroepsgroep terzake als norm of standaard was aanvaard.

5.2.

De kern van de klachtonderdelen 1 en 3 heeft betrekking op de regievoering van de behandeling door beklagde. Om die reden zullen deze klachtonderdelen gezamenlijk worden besproken en gericht op de regievoering worden beoordeeld.

5.3.

Als hoofdbehandelaar was beklagde eindverantwoordelijk voor de regie over de behandeling van patiënte. Weliswaar dragen de verschillende zorgverleners binnen het behandelteam die betrokken zijn geweest bij de behandeling van patiënte ook een eigen verantwoordelijkheid, maar de regie voor het zorgproces ligt bij beklagde. Zij dient de kwaliteit van de geboden zorg te bewaken, te evalueren, de resultaten te toetsen en zo nodig bij te sturen.

Naar het oordeel van het college is beklagde tekort geschoten in deze regiefunctie.

5.4.

Ter verduidelijking geeft het college hierna de uitgangspunten die hieromtrent gelden nog weer.

Een specialist ouderengeneeskunde dient niet alleen op te treden als behandelend arts, maar behoort tevens een regiefunctie te vervullen. Laatstgenoemde functie omvat onder meer het nemen van de regie over het voeren van gesprekken met patiënt(e) en/of diens familie/ (wettelijk) vertegenwoordiger en het verstrekken van informatie aan hen. Deze norm is beschreven in twee documenten van de beroepsvereniging Verenso: 'Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde (2012)' en het 'Kwaliteitshandboek voor de specialist ouderengeneeskunde (2013)'. De documenten zijn de vigerende bron voor de professionele standaard en waren bekend binnen de beroepsgroep in de periode waarop de klacht betrekking heeft en behoren daarmee als leidraad te worden gehanteerd.

In de vaste rechtspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (bijvoorbeeld: CTG 17 april 2012, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG1952 en YG1953) is de norm voor de rol van beklagde als hoofdbehandelaar verder geconcretiseerd en is aangegeven dat als uitgangspunt dient te worden genomen dat de hoofdbehandelaar, naast de zorg die deze als hulpverlener ten opzichte van de patiënt en diens naaste betrekkingen heeft te betrachten, belast is met de regie van de behandeling van de patiënt. De regie houdt in algemene zin in dat de hoofdbehandelaar:

1. ervoor zorgdraagt dat de verrichtingen van allen die beroepsmatig bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken op elkaar zijn afgestemd en gecoördineerd, in zoverre als een en ander vereist is voor een vakkundige en zorgvuldige behandeling van de patiënt en tijdens het gehele behandelingstraject voor hen allen het centrale aanspreekpunt is;
2. voor de patiënt en diens naaste betrekkingen ten aanzien van informatie over (het verloop van) de behandeling het centrale aanspreekpunt vormt:
 - a) door adequate communicatie en organisatie de voorwaarden en omstandigheden schept waaronder de behandeling verantwoord kan worden uitgevoerd;

- b) de betrokken zorgverleners in staat stelt een deskundige bijdrage te leveren aan een verantwoorde behandeling van de patiënt;
- c) in de mate die van hem beroepsmatig verwacht mag worden alert is op aspecten van de behandeling die mede liggen op andere vakgebieden dan het zijne en zich over die aspecten laat informeren door de specialisten van de andere vakgebieden;
- d) toetst of de door de betrokken zorgverleners geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen zijn eigen behandelplan en in overeenstemming hiermee ervoor heeft gezorgd dat de bij de verschillende zorgverleners ingewonnen adviezen zijn opgevolgd;
- e) in overleg met de desbetreffende bij de behandeling betrokken zorgverleners erop toeziet dat in alle fasen van het traject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen;
- f) als hoofdbehandelaar de patiënt en zijn naaste betrekkingen voldoende op de hoogte houdt van het beloop van de behandelingen en hun vragen tijdig en adequaat beantwoordt.

5.5.

Bij aanvang van de behandeling van de patiënte is een conceptzorgplan opgesteld. Het doel van de behandeling was om voor patiënte een rustigere situatie te creëren. Een van de acties hiervoor was het aanpassen van het medicatiegebruik door de Oxazepam die patiënte reeds gebruikte af te bouwen en Risperidon hiervoor in de plaats te stellen. Een en ander is ook met klager en zijn dochters besproken. Vervolgens blijkt uit het medisch dossier dat weliswaar op 18 juli 2019 met de Risperidon is gestart, maar dat de Oxazepam niet volgens het besproken behandelingsplan is afgebouwd maar dat de dosering van de Oxazepam daarentegen tijdelijk is verhoogd. De door beklagde gegeven verklaring dat de Risperidon eerst moest worden toegevoegd alvorens de Oxazepam kon worden afgebouwd kan het college volgen maar dit geeft geen verklaring voor het feit dat niet eerder is gestart met de afbouw van de Oxazepam. Dat geldt nog temeer aangezien de patiënte ook voorafgaand aan de opname al langdurig Oxazepam gebruikte terwijl deze medicatie volgens de Verenso richtlijn "Probleemgedrag bij dementerenden" maximaal vier weken mag worden voorgeschreven. Het college is dan ook van oordeel dat het medicatiebeleid niet zorgvuldig is geweest.

5.6.

Verder is gebleken is dat het vervolg van de behandeling en bijstelling van het medicatiebeleid niet, althans onvoldoende, met klager en zijn dochters is gecommuniceerd. Nadat op 11 juli 2019 een gesprek met klager en zijn dochters heeft plaatsgevonden, is het medicatiegebruik niet meer met hen geëvalueerd. Volgens klager werd hij ook niet actief door het behandelteam geïnformeerd maar kreeg hij pas notie van het afwijkende medicatiebeleid en van een urineweginfectie bij patiënte door de zogenaamde Cura App te raadplegen. Ook is het conceptzorgplan niet zoals te doen gebruikelijk na een periode van ongeveer zes weken geëvalueerd en definitief gemaakt. Beklaagde stelt weliswaar dat zij terloops weleens met de familie heeft gesproken, maar dit wordt van de zijde van klager uitdrukkelijk betwist en blijkt bovendien niet uit het medisch dossier. Verder heeft beklagde in dit kader verwezen naar de rol van het behandelteam voor het bijstellen van het zorgplan en het evalueren van de medicatie maar daarbij verliest zij naar het oordeel van het college teveel haar rol als regiebehandelaar uit het oog. Het is immers de taak van de regiebehandelaar de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening van de patiënt te bewaken en waar nodig een aanpassing van de behandeling in te zetten alsmede om te zorgen voor een adequate communicatie hierover. Dat de vakantieperiode hierin ook een rol heeft gespeeld, zoals beklagde heeft betoogd, mag naar het oordeel van het college in deze casus niet leidend zijn bij

de wijze waarop het medische beleid wordt uitgevoerd noch voor het moment waarop het zorgplan wordt geëvalueerd. Alvorens beklagde met vakantie gaat dient zij ervoor zorg te dragen dat er een adequate informatie-uitwisseling (overdracht) tussen de bij de behandeling betrokken zorgverleners heeft plaatsgevonden, zodat haar waarnemer en de overige leden van het behandelteam met haar instructies het afgesproken medicatiebeleid kunnen voortzetten.

5.7.

De conclusie is dan ook dat beklagde in de hierboven weergegeven zin is tekortgeschoten in de zorg die zij ten opzichte van patiënte en ten opzichte van klager behoorde te betrachten en dat de klachten in die zin gegrond zijn.

Het college kan uit het medisch dossier niet opmaken dat de dosering van de voorgeschreven medicatie zich buiten de daarvoor gebruikelijke grenzen bevond. Het college acht, gezien de lage doseringen, het niet waarschijnlijk dat de medicatie van invloed is geweest op het beloop.

Echter, het klachtonderdeel dat een te hoge dosis van de medicatie het overlijden van de patiënte ten gevolge heeft gehad, kan in strikte zin niet door het college worden beoordeeld. In medische tuchtzaken wordt door het college beoordeeld of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen binnen de grenzen van een redelijke bekwame beroepsuitoefening is gebleven. Dat staat los van het uiteindelijke gevolg van het, al dan niet terecht, verweten handelen. Het door klager vermoede oorzakelijk verband tussen medicatie en het overlijden wordt aldus niet door het college beoordeeld.

5.8.

Het tweede klachtonderdeel slaagt niet. Niet is gebleken dat het feit dat de toestand van de patiënte is verslechterd op enige manier aan beklagde is te wijten, noch dat zij in dit opzicht iets heeft nagelaten. Beklaagde heeft de patiënte op de dag voor het overlijden onderzocht en heeft toen een wisselend beeld geconstateerd, maar heeft geen aanwijzingen gevonden voor een delier en/of een andere alarmerende toestand. Voor zover het klachtonderdeel ziet op de dag van het overlijden van de patiënte merkt het college op dat beklagde op die dag niet werkzaam was. Omdat in het tuchtrecht uitsluitend de persoonlijke verwijtbaarheid van de beklagde zorgverlener van belang is, slaagt dit klachtonderdeel dan ook op dat punt niet.

5.9.

Ten slotte overweegt het college ten aanzien van het vierde klachtonderdeel dat ziet op de bejegening als volgt. Naar het oordeel van het college is niet gebleken dat beklagde na het overlijden van de patiënte niet juist heeft gecommuniceerd richting klager en zijn dochters. Het college acht wel invoelbaar dat klager en zijn dochters teleurgesteld zijn dat beklagde hen niet heeft gecondoleerd. Tijdens het mondeling vooronderzoek heeft beklagde hierover gezegd dat zij zich achteraf kan voorstellen dat het voor de familie fijn was geweest als zij hen wel had gecondoleerd. Het college is van oordeel dat beklagde een meer empathische houding had kunnen aannemen en hoewel het handelen van beklagde aldus beter had gekund, voert het naar het oordeel van het college te ver om in dit verband te spreken van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen. Verder kan als vaststaand worden aangenomen dat beklagde, na verstrekking van het levenstestament, alsnog tot verstrekking van het medisch dossier is overgegaan. Daarmee is dit handelen tuchtrechtelijk niet aan beklagde te verwijten. Het vierde klachtonderdeel is om die reden ongegrond.

5.10.

Nu de klacht gedeeltelijk gegrond is, dient het college te bepalen welke maatregel het meest passend is. Het college komt tot de conclusie dat beklagde op een aantal punten niet heeft gehandeld zoals van een professioneel zorgverlener mocht worden verwacht. Beklaagde heeft te weinig de regie over de geboden zorg gevoerd en er is sprake geweest van onzorgvuldig handelen ten aanzien van het medicatiebeleid. Daar komt bij dat beklagde heeft verzuimd om de familie voldoende bij de behandeling te betrekken, hen te informeren en daarover te rapporteren. Voorts acht het college van belang dat beklagde, ook tijdens de zitting, weinig tot geen empathie heeft getoond richting klager en zijn dochters. Het college is, alles in overweging nemende, van oordeel dat aan beklagde een waarschuwing dient te worden opgelegd.

5.11.

Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal deze beslissing in geanonimiseerde vorm worden gepubliceerd.

6. Beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen:

- verklaart de klacht gegrond ter zake van klachtonderdeel 1 en 3;
- verklaart de klacht voor het overige ongegrond;
- legt beklagde als maatregel een waarschuwing op;
- bepaalt dat deze beslissing nadat deze onherroepelijk is geworden in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekend gemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften 'Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde', 'Medisch Contact', 'Tijdschrift voor Gezondheidsrecht' en 'Gezondheidszorg Jurisprudentie'.

Aldus gegeven door:

G. Tangenberg, voorzitter,

W.J. de Boer, lid-jurist,

J. Edwards van Muijen, lid-beroepsgenoot,

A.J.J.M. Keijzer-van Laarhoven, lid-beroepsgenoot,

B.R. Schudel, lid-beroepsgenoot,

bijgestaan door B.J.K. Boter, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 11 mei 2021 door de voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris.

De secretaris:
ter:

De voorzit-

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als

- het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard of
- als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

- b. Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.
- c. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.
- d. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.