

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2021/1008

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg Beslissing in de zaak onder nummer C2021/1008 van: A., wonend in B., appellant, klager in eerste aanleg, tegen C., neuroloog, werkzaam in D., verweerder in beide instanties, gemachtigde: mr. S. Berkhoff Muntinga, verbonden aan VvAA Rechtsbijstand te Utrecht. Verloop van de procedure A. – hierna klager – heeft op 18 mei 2020 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven tegen C. – hierna de neuroloog – een klacht ingediend. Bij beslissing van 31 maart 2021, onder nummer 2054a, heeft dat college klager niet-ontvankelijk verklaard in klachtonderdeel 4 en de klachtonderdelen 1, 2, 3, 5 en 6 ongegrond verklaard. Klager is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De neuroloog heeft een verweerschrift in beroep ingediend. De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaken C2021/1009, C2021/1010 en C2021/1023 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 17 januari 2022, waar zijn verschenen klager, in persoon, en de neuroloog, in persoon en bijgestaan door mr. S. Berkhoff-Muntinga, voornoemd. Partijen hebben hun standpunten nader toegelicht.

2. Beslissing in eerste aanleg Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd. “2. De feiten Het gaat in deze zaak om het volgende. Op 11 juli 2017 heeft klager de polikliniek neurologie van het ziekenhuis waar verweerder werkzaam is bezocht met klachten van gevoelsstoornis voeten, coördinatiestoornissen van de onderbenen en ook het gevoel minder kracht te hebben van de teenheffers. Bij lichamelijk onderzoek verricht door een arts-assistent neurologie werden afwijkingen gevonden van sensibiliteit en reflexen onderbenen/voeten. Deze arts-assistent had toen bijna 5 jaar klinische ervaring in de neurologie, waarvan 3 jaar en 6 maanden in een opleidingskliniek. Verweerder was als supervisor betrokken bij dit onderzoek. In het medisch dossier is onder meer het volgende opgenomen (alle citaten inclusief eventuele spel- en tyfouten): “11.07.17 Anamnese: Reden van verwijzing Polyneuropathie (...) Sinds begin 2016 symmetrische gevoelloosheid en tintelen voetzolen voorvoet, voelt alsof hij op een dikke sok loopt. Geen pijn. Kruipt langzaam maar zeker naar proximaal toe, naar schenen. (...) Bij inspanning (lopen, fietsen) brandende pijn in de voorvoet, maar dit staat expliciet niet op de voorgrond. Ook het gevoel wat minder kracht te hebben van de teenheffers. Tevens coördinatiestoornissen van de onderbenen, toenemend bij donker. (...) Lichamelijk onderzoek: (...) M: Barré -/-, Mingassini -/-, MRC 5 in armen en benen (...) Diagnose: 68-jarige patiënt met beeld klinisch passend bij symmetrische axonale polyneuropathie DD alcoholisch DD anderszins. Beleid: - EMG; - polyneuropathie; - nadien controle.” Op 29 augustus 2017 is het aanvullende EMG-onderzoek verricht. Dit onderzoek is verricht door een andere arts-assistent onder supervisie van een andere neuroloog. In het medisch dossier is onder meer het volgende opgenomen: “Vraagstelling: Geleidelijke progressieve distale gevoelsstoornis. Polyneuropathie? Type? Ernst? Conclusie: De bevindingen passen bij een

demyeliniserende, sensomotore polyneuropathie met secundair axonale kenmerken. De verlengde DML van de n. medianus rechts en de relatieve geleidingsvertraging ter hoogte van de pols t.o.v. n. radialis zouden nog kunnen wijzen op een geleidingsvertraging ter hoogte van de pols (in het kader van een CTS), echter is het meer waarschijnlijk dat deze afwijkingen onderdeel zijn van de demyeliniserende polyneuropathie."Op 5 september 2017 heeft klager voor de controle de polikliniek neurologie van het ziekenhuis bezocht. Klager werd gezien door een andere arts-assistent neurologie dan de arts-assistent van het eerste bezoek. Deze arts-assistent had toen bijna 5 jaar klinische ervaring waarvan circa 2,5 jaar in een opleidingskliniek. Verweerder was hier ook als supervisor bij betrokken. Diezelfde dag hebben deze arts-assistent en verweerder de huisarts van klager onder meer het volgende bericht: "Op 05.09.2017 zagen wij uw patiënt (...) op onze polikliniek Reden van controle: uitslag EMG en lab bij verdenking polyneuropathie Intervalanamnese: Inmiddels ongeveer 1,5 jaar langzaam progressieve klachten, opstijgende sensibele stoornissen vanaf de tenen tot en met de scheenbenen. Geen pijn. (...)" Aanvullend onderzoek Lab: geen afwijkingen, iets verhoogd EWS albumine, normaal TSH en vitamines. Borrelia en lues normaal. EMG: De bevindingen passen bij een demyeliniserende, sensomote polyneuropathie met secundair axonale kenmerken. De verlengde DML van de n. medianus rechts en de relatieve geleidingsvertraging ter hoogte van de pols t.o.v. n. radialis zouden nog kunnen wijzen op een geleidingsvertraging ter hoogte van de pols (in het kader van een CTS), echter is het meer waarschijnlijk dat deze afwijkingen onderdeel zijn van de demyeliniserende polyneuropathie. Conclusie: demyeliniserende, sensomotore polyneuropathie met secundair axonale kenmerken (zoals CIDP). Beleid: Nadere diagnostiek naar oorzaak van demyeliniserende polyneuropathie middels aanvullend laboratoriumonderzoek en lumbaalpunctie (cellen, chemie, spijt). LP plannen op dagcentrum, policontrol voor de uitslagen nadien." Op 15 september 2017 heeft de lumbaalpunctie plaatsgevonden. Op 29 september 2017 heeft een telefonisch consult plaatsgevonden met laatstgenoemde arts-assistent om de uitslag van het liquoronderzoek naar aanleiding van de lumbaalpunctie te bespreken. Een collega neuroloog van verweerder (zaak 2054b) was hier als supervisor bij betrokken. Voorafgaand aan het telefonische consult heeft deze arts-assistent de uitkomst van het EMG en de uitslag van het liquoronderzoek eerst met deze collega van verweerder besproken en even later (naar aanleiding van het voorafgaand overleg op initiatief van de collega van verweerder) met de supervisor en een arts-assistent van de afdeling Klinische Neurofysiologie (KNF). In het medisch dossier is onder meer het volgende opgenomen: "Overleg [verweerder in de zaak 2054b] en KNF (...) EMG voldoet nu niet aan criteria voor demyelinisatie of CIDP. Voorstel: EMG herhalen om gericht te kijken naar demyelinisatie. Is er niet toch sprake van een primaire axonale PNP? Mede ook gezien kliniek van pt niet passend is bij een CIDP. Pt gebeld. Bovenstaande uitgelegd. Is akkoord met EMG. Beleid: EMG aangevraagd. Polico nadien" Op 24 oktober 2017 is het tweede aanvullende EMG-onderzoek uitgevoerd waarbij opnieuw een andere arts-assistent betrokken was met een andere collega neuroloog als supervisor (zaak 2054e). In het medisch dossier is onder meer het volgende opgenomen: "Vraagstelling: Mogelijk om onderscheid te maken tussen axonaal en demyeliniserend? (...) Conclusie: De bevindingen bij het huidig onderzoek passen het best bij een demyeliniserende, (senso)mote polyneuropathie met secundaire axonaal verval. Tevens is n. suralis relatief goed behouden. In vergelijking met het vorige onderzoek (17F1171) twee maanden geleden zijn de bevindingen in essentie gelijk." Op 10 november 2017 heeft een telefonisch consult plaatsgevonden

met weer een andere arts-assistent neurologie. Opnieuw was een andere collega neuroloog van verweerder (zaak 2054c) hierbij als supervisor betrokken. In het medisch dossier is onder meer het volgende opgenomen: "10.11.2017 Reden van TC: Uitslag herhaald EMG bij patient met sinds 1,5 jaar klachten van gevoelsstoornissen NB patient zelf KNO arts(...) Uitgebreid met patiënt gesproken, ondanks veel onderzoek nog geen onderliggende oorzaak aangetoond. Komt niet in de familie voor. Heeft geen krachtverlies waarmee CIPD niet waarschijnlijk. Patient kan zich vinden in de afspraak contact op te nemen bij krachtsverlies/ achteruitgang en poliklinische controle over 6 maanden op neuromusculaire poli" Op 17 mei 2018 heeft klager voor de derde keer de polikliniek neurologie van het ziekenhuis bezocht. Klager werd gezien door een arts-assistent neurochirurgie. Deze arts-assistent had destijds twee jaar klinische ervaring en deed op dat moment zijn verplichte stage neurologie. Wederom was een andere collega neuroloog van verweerder (zaak 2054d) hier als supervisor bij betrokken. In het medisch dossier is onder meer het volgende opgenomen: "Reden van komst: follow-up ivm sinds 1,5 jaar bestaande progressieve klachten, opstijgende sensibele stoornissen van de tenen tot en met de scheenbenen, geen pijn. NB KNO arts Intervalanamnese Mijnheer maakt het goed, fiets en klust veel. De klachten van het verminderd gevoel zijn minimaal progressief. Tijdens fietsen klachten van een brandend gevoel onder de voeten, wat weer wegzakt na het staken hiervan. Eveneens een minimaal hypesthesie van alle vingertoppen, links en rechts en het lopen zou op een vlakke vloer veranderd zijn.(...) Aanvullend eerder EMG: De bevindingen passen bij een demyeliniserende, sensomotore polyneuropathie met secundair axonale kenmerken. De verlengde DML van de n. medianus re en de relatieve geleidingsvertraging van de pols t.o.v. de n. radialis zouden nog kunnen wijzen op een geleidingsvertraging ter hoogte van de pols (CTS) echter meer waarschijnlijk dat deze afwijkingen onderdeel zijn van de demyeliniserende polyneuropathie. EMG dd 10.11.2017: gelijks als bovenstaande. (...) Conclusie Demyeliniserende, (senso) motore polyneuropathie met secundair axonaal verval eci Beleid Een herhaling van het EMG werd mijnheer aangeboden, ziet hier liever vanaf. Er werd overeengekomen dat hij zich opnieuw alhier meldt indien verergering van klachten. Er werd ook geen nieuw consult besproken" Nadien zijn de klachten van klager verergerd (tekenen van klapvoeten, evenwichtsstoornissen, verminderde kracht voeten). Klager heeft het medisch dossier opgevraagd bij het ziekenhuis, omdat hij een second opinion wilde inwinnen. Hij heeft dit dossier op 16 januari 2019 ontvangen. Daarin heeft hij voor het eerst de mogelijke diagnose CIDP (chronische inflammatoire demyeliniserende polyneuropathie) gelezen, zowel in de decursusgegevens als in de brieven aan de huisarts. Na de second opinion is in een ander ziekenhuis de diagnose CIDP gesteld. Vanaf 5 maart 2019 ontvangt klager medicamenteuze therapie in een ander ziekenhuis. Bij brief van 14 juni 2019 heeft klager over zijn behandeling een klacht ingediend bij de klachtencommissie van het ziekenhuis. Nadat verweerder namens alle betrokkenen een verweerschrift heeft ingediend, heeft de klachtencommissie op 13 september 2019 geoordeeld dat klacht onderdeel 1 "Onvoldoende onderzoek" ongegrond is. De commissie heeft daarover overwogen: "Het is de klachtencommissie (...) niet gebleken dat er onvoldoende onderzoek heeft plaatsgevonden. De diagnose CIPD heeft wel de gehele periode in het achterhoofd van de betrokken artsen gespeeld. Het krachtsverlies komt weliswaar niet telkens in de onderzoeken en verslaglegging terug, maar krachtsverlies hoeft niet per se te duiden op CIPD. Wel zou de verslaglegging en documentatie duidelijker moeten zijn geweest, ook wat betreft het wel of niet meten van het krachtsverlies." De klachtencommissie heeft de klacht onderdelen 2

“Onvoldoende informatie” en 3 “Onvoldoende organisatie binnen de afdeling neurologie” gedeeltelijk gegrond verklaard. De commissie heeft onder meer overwogen: “De commissie is van oordeel dat de diagnose CIPD eerder onvoldoende duidelijk was. Wel is de commissie van mening dat het beter zou zijn geweest om klager over de mogelijkheid van deze diagnose in te lichten. Dan had er ook eerder communicatie kunnen plaatsvinden over het al dan niet starten met medicatie en eventuele uitkomsten voor de klinische zorg.” en “De commissie heeft vernomen dat klager bij de afdeling NMA niet door een neuromusculaire arts is gezien. Tevens is de commissie gebleken dat het protocol binnen de afdeling naar aanleiding van deze casus is aangepast. De aanpassing betreft vooral het verduidelijken wanneer er een neuroloog met neuromusculaire expertise ingeschakeld zou kunnen worden bij een complexere polyneuropathie casus. De keuze is gemaakt om dat vast te laten leggen in het protocol “polyneuropathie” van de afdeling.” Klager heeft ook een klacht ingediend bij de functionaris gegevensbescherming van het ziekenhuis over het inzien van zijn medisch dossier. Er is geconstateerd dat het dossier van klager viermaal is ingezien zonder afdoende verklaring, te weten op 27 september 2017, 18 mei 2018 en 16 en 17 augustus 2018.3. Het standpunt van klager Klager verwijt verweerder dat: 1. er tijdens het eerste polibezoek is verzuimd een volledig en met name specieel lichamenlijk onderzoek te doen en er tijdens het tweede polibezoek helemaal geen lichamenlijk onderzoek is gedaan; 2. er bij de beschikbare informatie de verkeerde conclusie is getrokken dat er geen motorische uitval was; 3. er ten onrechte is geconcludeerd dat het klinische beeld niet paste bij een CIPD; 4. hij in het verweerschrift in de klachtenprocedure het tweede EMG, waarin sterke aanwijzingen voor demyelinisatie (CIPD) aan het licht kwamen, niet heeft besproken; 5. er geen goede afstemming is tussen de afdelingen algemene neurologie, klinische neurofysiologie en neuromusculaire aandoeningen. Verweerder is als hoogleraar-directeur verantwoordelijk voor de organisatie; klagers elektronisch patiëntendossier onbevoegd is geraadpleegd door artsen van de afdeling neurologie. Verweerder is als hoogleraar-directeur mede verantwoordelijk voor de gegevensbescherming. Klager heeft, zakelijk weergegeven, het volgende ter onderbouwing aangevoerd. Verweerder is als supervisor betrokken geweest bij de consulten op 11 juli 2017 en 5 september 2017. Verweerder is als supervisor verantwoordelijk voor het gebrekkige onderzoek dat de twee arts-assistenten toen hebben uitgevoerd. Het had op zijn weg gelegen het specieel lichamenlijk onderzoek kritisch te beoordelen en zo nodig nog eens over te doen. Er was immers niet in de decursus genoteerd dat op de klacht van krachtsverlies onderzoek was gedaan naar de kracht van de teenheffers. Bij het tweede consult is helemaal geen lichamenlijk onderzoek verricht. Verweerder heeft net als zijn collega’s last gehad van tunnelvisie waarbij te lang werd vastgehouden aan de diagnose axonale neuropathie, met name vanwege de vermeende normale motoriek, zoals vastgesteld bij het eerste onderzoek. Gebrek aan kennis ligt hieraan ten grondslag volgens klager, omdat ze niet wisten dat CIPD kan bestaan met én zonder motorische uitval. Verweerder heeft bovendien onzorgvuldig gehandeld door in het verweerschrift in de klachtenprocedure het tweede EMG niet te bespreken, terwijl de uitslag daarvan ondubbelzinnig wees op demyelinisatie. Daarbij heeft verweerder ten onrechte herhaald dat het klinisch beeld niet overeenkwam met CIPD waardoor de diagnose niet gesteld kon worden. Volgens klager is dit onjuist, nu de KNF-artsen ervan overtuigd waren dat er sprake was van demyelinisatie. Het belang voor klager, dat aan hem tenminste zou worden meegedeeld dat men ook dacht aan CIPD, was daarin gelegen dat voor CIPD nog een behandeling mogelijk was. Nu klager ten onrechte in de waan is gelaten dat enkel

sprake was van polyneuropathie waar niets aan te doen was, zijn hem de mogelijkheden voor behandeling onthouden. Verweerder is als hoogleraar-directeur eindverantwoordelijk voor de neurologische afdeling en dus ook voor de gebrekkige organisatie. Arts-assistenten kennen of gebruiken geen protocollen, ook niet van andere centra. Het enige protocol over EMG's bij polyneuropathie van een half jaar oud werd niet gebruikt. Tot slot is de beveiliging van de geautomatiseerde patiëntendossiers niet op orde, waardoor artsen onbevoegd konden inloggen in het patiëntendossier van klager. Daar is verweerder als hoogleraar-directeur mede verantwoordelijk voor te houden.⁴ Het standpunt van verweerder Verweerder erkent dat hij als supervisor betrokken is geweest bij de twee consulten van 11 juli 2017 en 5 september 2017. Ook is verweerder als supervisor betrokken geweest bij het verrichten van de lumbaalpunctie voor liquoronderzoek op 15 september 2017. Hierna is verweerder niet meer bij de directe zorg en behandeling van klager betrokken geweest. Verweerder heeft tijdens de mondelinge behandeling toegelicht dat hij tijdens zijn diensten bij de polikliniek en bij de begeleiding van de arts-assistenten op dat moment, als hoofdbehandelaar kan worden beschouwd. Op het moment dat een collega dienst heeft, neemt die collega ook het hoofdbehandelaarschap over. Verweerder heeft bij het eerste poliklinisch consult na de anamnese en het lichamelijk onderzoek overleg gehad met de arts-assistent en de bevindingen meegelezen. Verweerder is van mening dat de status bij het eerste poliklinisch consult een volledig uitgevoerd neurologisch onderzoek weergeeft zoals gebruikelijk. Het sensibiliteitsonderzoek, met name de stemvork, wordt in detail beschreven. Hoewel het krachtsonderzoek slechts summier wordt beschreven, heeft de arts-assistent in het overleg verteld ook dit te hebben verricht, zeker gezien de verdenking op een polyneuropathie. Gelet op de gedetailleerde beschrijving van het onderzoek van het gevoel bij klager en de zorgvuldige werkwijze van de arts-assistent zoals die bekend was bij verweerder, had verweerder geen reden te twijfelen aan de volledigheid van het onderzoek zoals ook uit de status blijkt. Het tweede poliklinisch bezoek betrof een controle afspraak van 15 minuten om de uitslagen van het aanvullend onderzoek te bespreken. De intervals-anamnese vermeldt de bekende distale sensibiliteitsstoornis aan de benen zonder nieuwe, bijkomende verschijnselen. Op basis van het klinisch beeld en de bevindingen bij het EMG-onderzoek werd conform het stroomdiagram uit de richtlijn "Polyneuropathie" als vervolgbeleid aanvullende bloedbepalingen en een lumbaalpunctie afgesproken. Omdat sprake was van een onveranderd klachtenpatroon is op 5 september 2017 geen herhaald lichamelijk onderzoek gedaan. Dat sprake was van een onveranderd klachtenpatroon is ook vermeld in het patiëntendossier van 5 september 2017 en in de brief aan de huisarts van 5 september 2017. Op basis van de anamnese en lichamelijk onderzoek kon geen motorische uitval worden vastgesteld. Dit kwam ook niet naar voren bij het tweede poliklinisch consult waarbij een intervals-anamnese was afgenomen. In een e-mail van 3 februari 2019 aan het medisch hoofd van het aandachtsgebied neuromusculaire aandoeningen schrijft klager overigens ook dat er toentertijd geen motorische uitval aanwezig was. Dit ondersteunt de conclusie dat er bij de destijds beschikbare informatie geen motorische uitval was op de momenten van de medische betrokkenheid van verweerder. In een diagnostisch traject met als vraagstelling "polyneuropathie" is het altijd van belang om na te gaan of er alarmsymptomen aanwezig zijn: snelle progressie, asymmetrie, puur motorische verschijnselen, ataxie, niet lengte-afhankelijke verdeling van klachten, duidelijke autonome stoornissen en in sommige gevallen ernstige pijn. CIDP is een heterogeen ziektebeeld waarin naast de typische presentatie, ook meerdere atypische varianten bestaan. De typische gevallen

beslaan meer dan 50% van de gevallen en bestaan uit het ontstaan van toenemende zwakte over een periode die langer duurt dan twee maanden en vaak gepaard gaat met sensibele klachten en verlaagde of afwezige peesreflexen. Het EMG is essentieel voor de diagnose CIDP en dient kenmerken van een demyeliniserende polyneuropathie aan te tonen. De bevindingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek van klager op 11 juli 2017 pasten bij een chronische polyneuropathie zonder alarmsymptomen en zonder duidelijke oorzaak. Volgens verweerder werd daarom terecht vervolgonderzoek ingesteld. Conform de richtlijn Polyneuropathie van de Nederlandse Vereniging van Neurologie is bloedonderzoek aangevraagd en een EMG onderzoek bij de afdeling KNF. Er is terecht geconcludeerd dat het klinisch beeld nog geen zeker beeld gaf, waarbij aanvullend onderzoek het juiste en passende beleid was. Bij het vervolgbezoek op 5 september 2017 werden de uitslagen van het vervolgonderzoek besproken. Op basis van de toen ter beschikking staande gegevens kon de diagnose CIDP (nog) niet gesteld worden, aangezien niet werd voldaan aan de combinatie van klinische bevindingen en verrichte laboratoriebepalingen. Verweerder hecht er aan op te merken dat desondanks de gedachte dat er sprake zou kunnen zijn van een CIDP als overweging werd besproken met de arts-assistent en dat deze overweging in het dossier is opgenomen. Hieruit blijkt dat de mogelijkheid van deze diagnose bewust is overwogen, hoewel die op dat moment (nog) niet kon worden gesteld. Bij klager was kennelijk ook in een later stadium, zelfs bij aanwezigheid van klinische bevindingen uit aanvullend onderzoek, de diagnose CIDP niet eenduidig te stellen. Voor wat betreft de klacht die zich richt op hetgeen bij de klachtencommissie aan de orde is gesteld, is verweerder primair van mening dat de klacht zoals behandeld door de klachtencommissie van het ziekenhuis, buiten het bereik van deze tuchtprocedure valt. Het geven van een reactie op een klacht die klager heeft ingediend bij de klachtencommissie heeft geen betrekking op de primaire zorg en valt dan niet onder het bereik van artikel 47 lid 1 onder a Wet BIG. Dit handelen valt ook niet onder het bereik van artikel 47 lid 1 sub b Wet BIG, onder meer omdat verweerder daarbij heeft gehandeld in zijn hoedanigheid van afdelingshoofd en niet als neuroloog. Subsidiar voert verweerder aan dat hij namens de betrokken artsen een reactie heeft gegeven op hun medisch handelen. Omdat de voorgelegde klacht niet zag op de uitslag van het tweede EMG, was er geen reden om hier in het verweerschrift nader op in te gaan. Ook de klacht die ziet op het handelen van verweerder als afdelingshoofd, heeft volgens verweerder geen betrekking op de primaire zorg en valt niet onder het bereik van artikel 47 lid 1 onder a Wet BIG. Het handelen van een arts in een leidinggevende functie, waarbij het handelen niet de individuele patiënt betreft, maar eerder de organisatie van de zorg en de randvoorwaarden waaronder de zorg wordt verleend, moet volgens vaste jurisprudentie terughoudend worden getoetst. Subsidiar voert verweerder aan dat, anders dan klager stelt, binnen de vakgroep neurologie geen (sub-)afdelingen bestaan. Er bestaat dus ook geen afdeling neuromusculaire aandoeningen. Alle stafleden hebben een aandachtsgebied, onder wie twee het aandachtsgebied neuromusculaire aandoeningen. De afdeling KNF is geen onderdeel van de afdeling neurologie, maar een zelfstandige medische afdeling die wordt geleid door een hoogleraar-afdelingshoofd. Naar aanleiding van de klacht van klager en de gevoerde bemiddelingsgesprekken is het protocol "Polyneuropathie" van de afdeling neurologie aangepast en wordt strikter aangegeven wanneer een bepaalde EMG-uitslag zeker besproken moet worden met een neuroloog met aandachtsgebied neuromusculaire aandoeningen. Bovendien is een maandelijkse EMG-bespreking gestart waaraan klinisch neurofysiologen, neurologen met aandachtsgebied neuromusculaire

aandoeningen en behandelend neurologen in opleiding deelnemen. Dit was ten tijde van de behandeling van klager nog niet ingebed in het lokale protocol. Dat neemt niet weg dat volgens verweerder de casus van klager uitvoerig is besproken tussen stafleden algemene neurologie en klinische neurofysiologie om het juiste beleid te bepalen. Overleg met een neuroloog met aandachtsgebied neuromusculaire aandoeningen werd op dat moment in het diagnostisch traject door de behandelend artsen niet geïndiceerd geacht. Ook als het gaat om het laatste klachtonderdeel is verweerder primair van mening dat dat handelen geen betrekking heeft op de primaire zorg en daarom niet valt onder het bereik van artikel 47 lid 1 onder a Wet BIG. Voor het toepassingsbereik van artikel 47 lid 1 onder b Wet BIG is de in het tuchtrecht ontwikkelde norm bepalend of sprake is van een directe weerslag op de individuele gezondheidszorg. Verweerder draagt als afdelingshoofd en niet als neuroloog het beleid uit met betrekking tot bescherming van persoonsgegevens, maar is niet primair degene die dat beleid bewaakt. Het gemaakte verwijt is onvoldoende om dit onder het bereik van genoemd artikel te brengen. Subsidiair voert verweerder aan dat hij in de hoedanigheid van afdelingshoofd het beleid en de werkwijze van het ziekenhuis heeft uitgedragen: tijdens werkbesprekingen, overlegsituaties en bij het inwerken van nieuwe medewerkers worden de geldende regels besproken. Nu verweerder voldoende en op juiste wijze heeft bijgedragen aan het scheppen van de juiste randvoorwaarden, kan hem geen persoonlijk verwijt worden gemaakt van eventueel onjuist (medisch) handelen door anderen ter zake. 5. De overwegingen van het college

Voorafgaande opmerkingen over regie/hoofdbehandelaarschap Het college stelt voorop dat het Centraal Tuchtcollege recentelijk aanleiding heeft gezien voor wat betreft het hoofdbehandelaarschap de vaste rechtspraak over de taken en verantwoordelijkheden van verschillende zorgverleners bij de behandeling van één patiënt te herformuleren en daarbij het begrip “de regiebehandelaar” heeft geïntroduceerd (zie de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege van 29 januari 2021; ECLI:NL:TGZCTG:2021:36). In die uitspraak heeft het Centraal Tuchtcollege overwogen dat in gevallen waarin twee of meer zorgverleners betrokken zijn bij de behandeling van één patiënt, als uitgangspunt moet worden genomen dat elke bij die behandeling betrokken zorgverlener een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft en houdt jegens die patiënt. In gevallen waarin de aard en/of complexiteit van de behandeling dat nodig maakt, dragen deze (individuele) zorgverleners er steeds zorg voor dat één van hen als regiebehandelaar wordt aangewezen. Tijdens de mondelinge behandeling is de vraag aan de orde gekomen of verweerder dan wel een collega neuroloog in dit behandeltraject als hoofdbehandelaar (of, zoals in de nieuwe terminologie, als regiebehandelaar) moet worden aangemerkt. Dit is van belang omdat de hoofdbehandelaar is belast met de regie over de behandeling van de patiënt. Verweerder heeft tijdens de mondelinge behandeling verklaard dat hij tijdens zijn diensten als supervisor bij de polikliniek en bij de begeleiding van de arts-assistenten op dat moment als regie/hoofdbehandelaar kan worden beschouwd. Op het moment dat een andere collega tevens supervisor dienst heeft, neemt die collega het regie/hoofdbehandelaarschap over. Dit betekent dat verweerder in deze zaak tijdens het eerste en tweede bezoek van klager op de polikliniek neurologie (11 juli 2017 en 5 september 2017) en bij het verrichten van de lumbaalpunctie regie/hoofdbehandelaar was. Maatstaven

Ter toetsing staat of verweerder 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 door klager klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard. Bij deze beoordeling

gaat het dus niet om de vraag of het handelen van verweerder beter had gekund en moeten achteraf verkregen kennis en wetenschap en het verdere beloop buiten beschouwing worden gelaten. Bij het antwoord op de vraag of verweerder tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld in de zin van artikel 47, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) staat het persoonlijk handelen van verweerder centraal. Een uitzondering daarop betreft de hiervoor genoemde verantwoordelijkheid als regie/hoofdbehandelaar voor het handelen van de twee arts-assistenten gedurende de diensten van verweerder op 5 juli 2017 en 11 september 2017. Indien en voor zover klager met zijn klacht(onderdelen) tevens het oog heeft gehad op verwijtbaar handelen van anderen die bij de behandeling betrokken waren, dan wel het beleid van het ziekenhuis in het algemeen, kan klager niet ontvangen worden in zijn klacht. Het tuchtrecht kent geen centrale tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van het ziekenhuis voor het handelen en/of nalaten van de aldaar werkzame artsen in algemene zin. Iedere arts draagt de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor zijn eigen handelen. Zeker in een situatie als deze, waarin specialisten als supervisor/regie/hoofdbehandelaars elkaar veelvuldig hebben opgevolgd en die opvolging gekoppeld was aan de begeleiding van steeds weer andere arts-assistenten die klager zagen, is het van belang dit aspect van persoonlijke verwijtbaarheid in het tuchtrecht voor ogen te houden. Klachtonderdelen Het college ziet aanleiding de klachtonderdelen 1, 2, en 3 gezamenlijk te behandelen. Het college is van oordeel dat deze klachtonderdelen zien op de eerste tuchtnorm als bedoeld in artikel 47 lid 1 Wet BIG, die betrekking heeft op het verlenen van medische zorg. Deze klachtonderdelen zullen dan ook in het licht van die tuchtnorm worden besproken. Het college stelt vast dat onder supervisie van verweerder wel uitgebreid onderzoek is gedaan, maar dat dit onderzoek matig in het dossier is gedocumenteerd. Uit de notitie "MRC 5 in armen en benen" kan worden afgeleid dat alle grote spiergroepen zijn onderzocht en dat daarbij ook het onderzoek is gedaan naar het looppatroon en de hakken-tenenloop. Dat dit niet volledig is uitgeschreven, doet hier niet aan af. Onbetwist is dat de behandelend arts-assistent zeer consciëntieus werkte en de klachten en bevindingen zorgvuldig heeft teruggekoppeld aan verweerder. Verweerder kon daar dan ook vanuit gaan. Op het moment van het eerste onderzoek waren er nog te weinig aanwijzingen om een duidelijke diagnose te kunnen stellen en was nader onderzoek geïndiceerd. Dit is ook ingezet met een EMG. Uit het dossier blijkt dat klager alleen heeft aangegeven het gevoel te hebben wat minder kracht van de teenheffers te hebben. Minder kracht in de teenheffers betekent nog niet dat sprake was van motorische uitval. En zelfs als daarvan wel sprake was, zou dit geen wijziging hebben behoeven te brengen in het ingezette beleid. De enkele mogelijkheid van, als daarvan sprake zou zijn geweest, lichte motorische uitval van de teenheffers leidt nog niet noodzakelijkerwijs tot de diagnose CIDP nu ook andere neurologische aandoeningen kunnen leiden tot motorische uitval. Het ingezette beleid tot het doen van nader onderzoek was dan ook adequaat en geïndiceerd. Het uitblijven van wederom een uitgebreid lichamenlijk onderzoek bij het tweede poliklinisch bezoek kan het college billijken, nu er op dat moment geen aanwijzingen waren van een verergering van klachten dan wel van andere klachten die op dat moment aanleiding moesten zijn voor nader lichamenlijk onderzoek. Er zijn wel andere vormen van onderzoek ingezet, te weten een lumbaalpunctie en laboratoriumonderzoek. Uit de brief aan de huisarts van 5 september 2017 blijkt dat gewag is gemaakt van de mogelijkheid dat sprake zou kunnen zijn van CIDP, maar dat nog geen diagnose was gesteld omdat nog aanvullend onderzoek nodig was. Anders dan klager heeft opgemerkt is het college

van oordeel dat deze mogelijke diagnose in afwachting van nader onderzoek nog niet met klager had hoeven worden besproken. Bij de uitslagen van het nadere onderzoek is verweerder niet meer als behandelaar betrokken geweest. Op grond van het voorgaande valt niet in te zien dat verweerder in de periode dat hij als regie/hoofdbehandelaar aan te merken was tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. De klachtonderdelen 1, 2 en 3 zijn ongegrond. Klachtonderdeel 4 ziet op het handelen van verweerder tijdens de procedure bij de klachtencommissie van het ziekenhuis waar verweerder werkzaam is. Vast staat dat verweerder het in dat kader ingediende verweerschrift heeft ingediend, omdat hij als hoofd van de afdeling de taak had op de klacht te reageren. Naar het oordeel van het college heeft klager onvoldoende toegelicht waarom de wijze waarop verweerder in dat kader heeft gereageerd onder de eerste of tweede tuchtnorm als bedoeld in artikel 47 lid 1 Wet BIG zou vallen. Het voeren van verweer in een klachtenprocedure heeft geen betrekking op de primaire zorg (de eerste tuchtnorm), respectievelijk geen directe weerslag op de individuele gezondheidszorg (de tweede tuchtnorm). Klager is derhalve niet-ontvankelijk als het gaat om klachtonderdeel 4. De klachtonderdelen 5 en 6 zien niet op de door verweerder verleende zorg aan klager, maar op zijn handelen als bestuurder. Het college dient daarom de vraag te beantwoorden of hetgeen klager verweerder verwijt, onder de tweede tuchtnorm valt en, zo ja, of verweerder in strijd heeft gehandeld met die norm. In dat geval moet beoordeeld worden of het handelen of nalaten in strijd is met hetgeen een behoorlijk beroepsbeoefenaar betaamt. Met betrekking tot klachtonderdeel 5 is klager ontvankelijk, omdat het handelen van beroepsbeoefenaren in een leidinggevende functie op grond van de tweede tuchtnorm tuchtrechtelijk kan worden beoordeeld, indien dit handelen weerslag heeft op de individuele gezondheidszorg en de verweerder zich bij zijn handelen heeft begeven op het deskundigheidsgebied dat bij zijn titel hoort. Dit klachtonderdeel heeft betrekking op het ontbreken van een goede afstemming tussen de verschillende expertises hetgeen zijn weerslag heeft op de goede gezondheidszorg. Aan het weerslagcriterium is dan ook voldaan. Vervolgens komt het college toe aan een inhoudelijk oordeel waarbij geldt dat de nodige terughoudendheid moet worden betracht als er sprake is van handelen in bestuursfuncties, dat wil zeggen als het handelen van verweerder niet de individuele patiënt betreft, maar veeleer betrekking heeft op de organisatie van de zorg en de randvoorwaarden waaronder die zorg wordt verleend. Voorkomen moet worden dat de betrokken arts tuchtrechtelijk aansprakelijk wordt gehouden voor keuzes in de bedrijfsvoering waarvoor hem in zijn managementfunctie in beginsel beleidsvrijheid toekomt, ook al kunnen die keuzes gevolgen hebben voor de individuele gezondheidszorg. De kwestie die in dit klachtonderdeel voorligt, is of verweerder in algemene zin kan worden verweten dat een eerdere verwijzing naar een NMA-specialist niet heeft plaatsgevonden. Hoewel verweerder als afdelingshoofd wel verantwoordelijk is voor het goed functioneren van de afdeling op medisch-inhoudelijk gebied, ziet deze verantwoordelijkheid op de organisatie van de zorg en de randvoorwaarden waaronder die zorg wordt verleend. Deze verantwoordelijkheid gaat niet zo ver dat een beslissing van een collega om in een individueel geval al dan niet te verwijzen, door verweerder op eigen initiatief opnieuw of nader had moeten worden beoordeeld. Dit is slechts anders wanneer een collega verweerder hierom zou hebben gevraagd dan wel als sprake was van een opleidingssituatie. Niet gebleken is dat een collega aan verweerder om een herbeoordeling heeft gevraagd. De periode waarin verweerder als supervisor betrokken is geweest, was aan het begin van het diagnostische traject. Toen kon er nog geen diagnose worden gesteld en was er dus

geen reden tot doorverwijzing. Het verwijt dat klager aan verweerder maakt dat tussen de verschillende specialismes binnen de afdeling neurologie geen goede afstemming bestond, is evenmin terecht. Uit voornoemde feiten en omstandigheden kan worden opgemaakt dat er goed overleg en communicatie is geweest tussen collega's binnen de afdeling en met collega's van de afdeling KNF en dat het eerste EMG weliswaar een standaard EMG is geweest, maar dat het tweede EMG vervolgens uitgebreid en adequaat is geweest om gericht te kijken naar demyelinisatie met daarbij als vraagstelling: "Mogelijk om onderscheid te maken tussen axonaal en demyeliniserend". Voorts stelt het college vast dat een vervolgbeleid is afgesproken waarbij is opgemerkt dat bij terugkomst van klager een afspraak moest worden gemaakt met een NMA-specialist. Van het ontbreken van een goede afstemming blijkt niet uit deze feiten en omstandigheden. Klachtonderdeel 5 is ongegrond. Het college is ten slotte van oordeel dat klachtonderdeel 6 ongegrond is. Verweerder is er als afdelingshoofd verantwoordelijk voor dat het op de afdeling geldend beleid met betrekking tot het kennisnemen van vertrouwelijke medische gegevens, kenbaar is en ook wordt nageleefd. Voor zover klager hierover klaagt, is hij op grond van de tweede tuchtnorm in dit klachtonderdeel ontvankelijk. Deze verantwoordelijkheid gaat evenwel niet zo ver dat, indien anderen een verwijt kan worden gemaakt deze regeling niet te hebben nageleefd, verweerder daarvan persoonlijk een verwijt kan worden gemaakt indien niet is gebleken van een onjuiste handelwijze van verweerder zelf. Nu gesteld noch gebleken is dat afspraken over inzage onvoldoende duidelijk waren of dat verweerder als afdelingshoofd anderszins had kunnen en moeten ingrijpen, moet deze klacht ongegrond worden verklaard. De conclusie van het voorgaande is dat klager in klachtonderdeel 4 niet-ontvankelijk is en dat de klachtonderdelen 1, 2, 3, 5 en 6 ongegrond zijn."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. Die weergave is in beroep niet, althans onvoldoende, bestreden.4.

Beoordeling van het beroep Omvang van het geding4.1 Klager is het niet eens met de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege. Zijn beroep is gericht tegen de ongegrondverklaring van de klachtonderdelen 2, 3 en 5. Hij verzoekt het Centraal Tuchtcollege het bestreden besluit, voor zover dit betrekking heeft op die klachtonderdelen, te vernietigen en deze klachtonderdelen alsnog gegrond te verklaren. 4.2 De neuroloog heeft gemotiveerd verweer gevoerd. Hij verzoekt het Centraal Tuchtcollege het beroep van klager te verwerpen en de bestreden beslissing in stand te laten. Klachtonderdelen 2 en 3 4.3 Met de klachtonderdelen 2 en 3 verwijt klager de neuroloog dat – kort weergegeven – ten onrechte is aangenomen dat bij hem geen sprake was van motorische uitval/krachtsverlies en dat ook ten onrechte is geoordeeld dat - vanwege het ontbreken van motorische uitval/krachtsverlies - het klinisch beeld niet paste bij de aandoening CIDP. CIDP is een bepaalde vorm van demyeliniserende polyneuropathie die behandelbaar is. Deze klachtonderdelen worden hierna tezamen besproken. 4.4 Bij het eerste consult op 11 juli 2017 is door een arts-assistent een anamnese afgenomen en lichamelijk onderzoek verricht. De neuroloog was bij dit consult niet aanwezig, maar heeft destijds wel in zijn rol van supervisor met de arts-assistent over diens bevindingen overleg gehad. Volgens de neuroloog heeft de arts-assistent hem verteld een volledig onderzoek van de motoriek te hebben verricht maar daarbij geen krachtsverlies te hebben waargenomen. De conclusie van het overleg was dat het klinisch beeld paste bij een symmetrische axonale polyneuropathie. Besloten werd tot nader onderzoek, waaronder een EMG onderzoek. 4.5 Hoewel de aantekeningen van de arts-assistent over het onderzoek van de kracht in het medisch dossier erg

summier zijn, is er onvoldoende reden om aan te nemen dat het lichamelijk onderzoek niet volledig is geweest. In de brief aan de huisarts van 11 juli 2017 is bij de anamnese vermeld dat klager heeft aangegeven wat minder kracht te hebben van de teenheffers. Het lijkt niet waarschijnlijk dat de arts assistent de kracht in de teenheffers dan niet zou hebben onderzocht. Verder hoeft het feit dat klager zelf het gevoel had minder kracht in de teenheffers te hebben, niet te betekenen dat het krachtsverlies bij het consult van 11 juli 2017 al voor derden objectiveerbaar was. 4.6 Bij het tweede consult, op 5 september 2017, is klager weer gezien door een arts assistent, een andere dan bij het eerste consult en ook een andere dan degene die op 29 augustus 2017 het EMG onderzoek had uitgevoerd. De neuroloog was ook bij dit tweede consult als supervisor betrokken en heeft klager wederom niet zelf gezien. Volgens de neuroloog heeft de arts-assistent bij dit tweede consult niet opnieuw lichamelijk onderzoek gedaan, omdat uit de door deze arts-assistent afgenomen intervalsanamnese geen nieuwe klachten naar voren waren gekomen. Het dossier vermeldt niet of er specifiek naar het bestaan van krachtsverlies is gevraagd. 4.7

Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege mocht de neuroloog er als supervisor op grond van de bevindingen van de eerste betrokken arts-assistent van uitgaan dat bij klager geen sprake was van te objectiveren motorische uitval/krachtsverlies en hoefde hij klager op dat moment niet zelf te zien of onderzoeken. Het klachtenpatroon paste immers bij een (veel voorkomende) axonale polyneuropathie. Het Centraal Tuchtcollege volgt de neuroloog echter niet in zijn beslissing om ook bij het tweede polikliniekbezoek klager niet zelf te zien en/of neurologisch te beoordelen. Het EMG-onderzoek dat tussen deze polikliniekbezoeken verricht was, toonde immers geen axonale polyneuropathie zoals verwacht was, maar was passend bij een demyeliniserende, sensomotore polyneuropathie met secundair axonale kenmerken (zoals CIDP). Aan deze onverwachte bevinding had de neuroloog als supervisor van beide arts-assistenten meer aandacht moeten schenken. Bij een typische CIDP wordt krachtsverlies aan armen en benen verwacht, waardoor het anamnestiche gegeven tijdens het eerste polikliniekbezoek dat er wellicht krachtsverlies was van de teenheffers in een ander daglicht kwam te staan. Tijdens het tweede polikliniekbezoek had daarom extra aandacht moeten worden besteed aan het (eventueel) bestaan van krachtsverlies. Overigens sluit het ontbreken van krachtsverlies een CIDP niet uit, omdat er – niet zelden - ook sprake kan zijn van een atypische CIDP waarbij gevoelsstoornissen meer op de voorgrond staan en waarbij er geen (of minder) sprake is van motorische problemen. Dat er ook wanneer er geen sprake is van krachtsverlies toch sprake kan zijn van CIDP, vindt ook bevestiging in het feit dat het aanvullend onderzoek waartoe op 5 september 2017 werd besloten (waaronder een lumbaalpunctie) mede ten doel had om CIDP vast te stellen of uit te sluiten. In de brief aan de huisarts van 5 september 2017 over het consult van die dag wordt geconcludeerd dat er sprake is van een demyeliniserende, sensomotore polyneuropathie met secundair axonale kenmerken (zoals CIDP). 4.8 Gelet op het feit dat CIDP behandelbaar is, had het in dit geval in de rede gelegen om met klager te delen dat deze aandoening als mogelijke oorzaak van zijn klachten niet werd uitgesloten en dat het aanvullend onderzoek daar ook mede op gericht was. Met klager had dan kunnen worden gesproken over het nut van vervolgonderzoek en de eventuele behandeling van CIDP. De arts assistent heeft klager echter alleen gemeld dat men nog geen oorzaak voor zijn klachten kon aanwijzen en hem niet gemeld dat aan CIDP werd gedacht. Nu een en ander niet met klager werd gecommuniceerd, bleef klager in de veronderstelling verkeren dat hij aan een niet behandelbare aandoening leed. De omstandigheid dat wel aan de huisarts gemeld was dat gedacht

werd aan CIPD, maakt deze omissie extra schrijnend. 4.9 Tegen de hiervoor geschetste achtergrond is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de neuroloog onvoldoende invulling heeft gegeven aan zijn rol als supervisor tevens hoofd/regiebehandelaar bij het tweede consult van klager op 5 september 2017. De neuroloog, die wist hoe de afdeling neurologie was georganiseerd met telkens wisselende arts-assistenten en supervisoren, had sterker de vinger aan de pols moeten houden om te voorkomen dat de verdenking van (een atypische vorm van) CIDP niet naar de achtergrond zou raken. Daarom had het in de rede gelegen dat de neuroloog klager bij het tweede consult zelf had gezien. De neuroloog heeft op de zitting erkend dat dat beter zou zijn geweest. Verder had de neuroloog er op toe moeten zien dat de niet uitgesloten verdenking op CIDP met klager werd gedeeld. De neuroloog had klager daar zelf over moeten informeren of er in ieder geval voor moeten zorgen dat die verdenking op adequate wijze met klager werd besproken. Nu dit niet is gebeurd is de neuroloog tekortgeschoten in de zorg die hij jegens klager had moeten betrachten. 4.10 Het Centraal Tuchtcollege acht de klacht over het handelen van de neuroloog als supervisor in zoverre gegrond. De omstandigheid dat het Regionaal Tuchtcollege de klacht over het handelen van de neuroloog als supervisor (door klager verwoord op pagina 17 van het uitvoerige klaagschrift) in andere bewoordingen heeft samengevat in de klachtonderdelen 1, 2 en 3, laat onverlet dat klager over dat handelen heeft geklaagd. Het Centraal Tuchtcollege acht het niet juist om klager, die geen jurist is, tegen te werpen dat hij geen beroepsgrond heeft gericht tegen de wijze waarop het Regionaal Tuchtcollege de klacht heeft samengevat. De neuroloog is niet benadeeld omdat hij zich tegen de klacht over zijn handelen heeft kunnen verweren en ook uitvoerig heeft verweerd. Klachtonderdeel 54.11 Met klachtonderdeel 5 verwijt klager de neuroloog dat er geen goede afstemming is tussen de afdelingen algemene neurologie, klinische neurofysiologie en neuromusculaire aandoeningen. Daarbij doelt klager niet in de eerste plaats op de late verwijzing naar de onderafdeling neuromusculaire aandoeningen. Het gaat hem vooral om het managen van de raakvlakken tussen de afdelingen. Hierbij spelen overleg en communicatie een rol, maar deze beide dienen gebaseerd te zijn op protocollen en algemeen aanvaarde werkwijzen binnen de medische beroepsgroep. De neuroloog is als hoofd van de afdeling neurologie verantwoordelijk voor de organisatie van een en ander en moet hierin het voortouw nemen, aldus klager in zijn beroepschrift. Klager geeft daarbij een aantal voorbeelden waaruit volgens hem blijkt dat de organisatie van de afdeling neurologie structureel tekortschiet. 4.12 Het Centraal Tuchtcollege is met het Regionaal Tuchtcollege van oordeel dat het handelen waarover klachtonderdeel 5 gaat onder de werking van de tweede tuchtnorm valt. Het verwijt dat klager de neuroloog over de afstemming tussen de verschillende afdelingen en binnen de afdeling neurologie beoogt te maken is echter in te algemene bewoordingen gesteld om hierover een gefundeerd oordeel te kunnen geven. Dit betekent dat dit klachtonderdeel niet gegrond kan worden geacht. 4.13 Overigens blijkt uit de stukken en de ter terechtzitting door de neuroloog gegeven toelichting, dat het geval van klager ertoe heeft geleid dat binnen de afdeling neurologie een aantal veranderingen is doorgevoerd met het doel de organisatie van de afdeling te verbeteren. Zo zijn de afspraken over het regiebehandelaarschap en de supervisie aangescherpt. Dat betekent onder meer dat patiënten met een niet eenvoudig te diagnosticeren aandoening nu in beginsel na twee consulten op de algemene polikliniek neurologie naar een specialistisch spreekuur worden verwezen. Op deze manier moet worden voorkomen dat patiënten steeds door verschillende artsen worden gezien. Ook zijn er binnen de onderafdeling neuromusculaire

aandoeningen afspraken gemaakt over de organisatie van de polikliniek neuromusculaire aandoeningen in geval beide gespecialiseerde neurologen afwezig zijn. Als dat zich voordoet, worden de patiënten die juist voor die specifieke expertise komen op een andere dag gepland, waarbij (een van) de gespecialiseerde neurologen wel aanwezig is/zijn. Bovendien is inmiddels het protocol 'polyneuropathie' van de afdeling neurologie aangepast, zodat nu strikter wordt aangegeven wanneer een bepaalde EMG uitslag zeker besproken moet worden met een neuroloog gespecialiseerd in neuromusculaire aandoeningen. Deze doorgevoerde veranderingen doen echter niet af aan het oordeel van het Centraal Tuchtcollege zoals hiervoor onder 4.9 is gegeven. Maatregel 4.14 Uit het vorenstaande volgt dat de neuroloog in zijn hoedanigheid van hoofd/regiebehandelaar/supervisor bij het tweede consult op 5 september 2017 ten opzichte van klager niet de vereiste zorg heeft betracht. Het Centraal Tuchtcollege ziet hierin aanleiding om aan de neuroloog een maatregel op te leggen. Het acht in dit geval een zakelijke terechtwijzing op zijn plaats en acht de maatregel van waarschuwing toereikend. Conclusie 4.15 Het Centraal Tuchtcollege zal het besluit van het Regionaal Tuchtcollege vernietigen, voor zover daarbij de klacht over het handelen van de neuroloog als supervisor ongegrond is verklaard en - opnieuw rechtdoende – de klacht in zoverre alsnog gegrond verklaren. Daarbij zal aan de neuroloog een waarschuwing worden opgelegd. Het beroep zal voor het overige worden verworpen. Publicatie 4.16 Om redenen aan het algemeen belang ontleend gelast het Centraal Tuchtcollege de publicatie van deze uitspraak.

5. Beslissing Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg: vernietigt de beslissing waarvan beroep, voor zover daarbij de klacht geheel ongegrond is verklaard; en opnieuw rechtdoende: verklaart de klacht alsnog gedeeltelijk gegrond zoals onder 4.9 weergegeven; legt aan de neuroloog de maatregel van waarschuwing op; verworpt het beroep het voor het overige; gelast dat VWS-Financieel Dienstencentrum aan klager het betaalde griffierecht ten bedrage van € 100,- (zegge: honderd euro) voor de behandeling van het beroep en van de klacht bij het Regionaal Tuchtcollege vergoedt; bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing. Deze beslissing is gegeven door: C.H.M. van Altena, voorzitter, L.F. Gerretsen-Visser en T.W.H.E. Schmitz, leden-juristen en C.C. Tijssen en H.C. Tjeerdsma, leden beroepsgenoten en E.D. Boer, secretaris. Uitgesproken ter openbare terechtzitting van 30 maart 2022. Voorzitter w.g. Secretaris w.g.