

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2022/3767

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 6 januari 2023 naar aanleiding van de op 4 januari 2022 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
bijgestaan door mr. J.S. Visser, advocaat te Stadskanaal,
k l a a g s t e r

-tegen-

M, (ouderen)psychiater, (destijds) werkzaam te G,
bijgestaan door E, als jurist werkzaam bij F te G,
b e k l a a g d e

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

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

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 29 november 2022, waar partijen en hun gemachtigden zijn verschenen.

Deze zaak is gelijktijdig behandeld met zaak Z2022/3768. In beide zaken wordt tegelijk uitspraak gedaan.

2. DE FEITEN

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

Vanwege twee suïcidepogingen verbleef klaagster van 13 oktober 2020 tot en met 23 oktober 2020 in H te D.

Vanaf 23 oktober 2020 tot en met 25 maart 2021 was klaagster op grond van een zorgmachtiging Wvggz (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) (tot 11 maart 2021, daarna rechterlijke machtiging Wzd (Wet zorg en dwang)) gedwongen opgenomen op de afdeling Ouderenpsychiatrie van F te G. Beklaagde was hoofdbehandelaar en behandelend psychiater. Als (gedetacheerde) geriater heeft mede-beklaagde in zaak Z2022/3768 de hersenscan die van klaagster was gemaakt aan haar toegelicht. Direct aansluitend was klaagster op grond van een rechterlijke machtiging Wzd gedwongen opgenomen in de onder J ressorterende zorginstelling K te G. Op 6 september 2021 is klaagster uit de gedwongen opname ontslagen.

Het verslag van de CT-scan d.d. 6 november 2020 vermeldt (geciteerd inclusief typefouten):

“Onderzoek: CT schedel

Klinische gegevens: sterk cognitief verval, snelle knik in functionerne. aanw. Voor intra-cerebrale path? psychiatrische VG

Verslag: Geen eerder onderzoek ter vergelijik.

Geen intracraniële bloedingen of massawerking. Geen vroege tekenen van ischemie of aanwijzingen voor doorgemaakte ischemie en ook anderszins geen aanwijzingen voor pathologie van de grijze en witte stof. Symmetrisch normaal slanke liquorruimten. Normale doorgankelijkheid van de cisternen. Normaal beeld van de orbitae. Heldere neusbijholten, mastoïden en middenoren. Geen aanwijzingen voor pathologie van bot of weke delen.

Conclusie: Normaal intracranieel beeld, geen aanwijzingen voor (doorgemaakte) pathologie.”

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt beklaagde - zakelijk weergegeven - dat hij de diagnoses frontotemporale dementie (FTD) en neurocognitieve stoornis niet volgens de in de psychiatrie geldende professionele standaarden heeft gesteld. Daarbij baseert klaagster zich op de second opinion van L. Volgens klaagster kan beklaagde de verantwoordelijkheid voor de onjuiste diagnose niet afwentelen op andere behandelaars.

4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklaagde voert - zakelijk weergegeven - aan dat klaagster bij herhaling niet wilde meewerken aan een neuropsychologisch onderzoek. Daardoor moest hij het doen met de informatie die wel beschikbaar was: de CT-scan, de observaties op de afdeling en het beloop van de afgelopen jaren. Volgens beklaagde was het uitvoeren van een heteroanamnese niet mogelijk. Beklaagde stelt dat de beschikbare gegevens voldeden aan de diagnostische criteria van zowel dementie (verslechtering functioneren, gedragsproblemen en geobserveerde stoornissen in het geheugen) als FTD (gedrag, impulsiviteit, relevante achteruitgang in functioneren, atrofie, gebrek aan empathie). Beklaagde heeft bij zijn afwegingen de mogelijkheid betrokken dat er sprake was van een ernstige cluster B persoonlijkheidsstoornis (zowel narcistisch, borderline als antisociaal). Die diagnose heeft hij verworpen omdat dergelijke persoonlijkheidsstoornissen niet op latere leeftijd ontstaan en niet gepaard gaan met atrofie en geheugenstoornissen. Beklaagde betoogt dat het gebrek aan medewerking van klaagster aan een neuropsychologisch onderzoek hem niet (tuchtrechtelijk) kan worden verweten. Voorts meent hij dat hij de verantwoordelijkheid niet heeft afgewenteld op andere behandelaars maar dat wel regelmatig overleg binnen een multidisciplinair team de zorg van patiënten – en dus ook die van klaagster – plaatsvond en dat dit de zorg alleen maar ten goede komt.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er om gaat 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 gebruikt bij de beoordeling van de klacht het overzichtsartikel “Gedragsverandering als symptoom, Het diagnosticeren van de gedragsvariant van

frontotemporale dementie” uit het Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde 2018 162:D2733. In dat artikel wordt de stand van zaken weergegeven van de professionele visie op de wijze van diagnosticeren van FTD van dat moment (en dus ook van het moment van handelen dat in deze zaak aan de orde is). Het college citeert de volgende passages:

“De gedragsvariant van frontotemporale dementie (gvFTD) is een neurodegeneratieve ziekte met symptomen van karakterveranderingen, gedragsveranderingen en sociaal-cognitieve veranderingen die voornamelijk optreedt op een leeftijd tussen 40 en 70 jaar. 70% van de patiënten met gvFTD heeft frontotemporale atrofie bij beeldvormend onderzoek. Wanneer dit niet duidelijk het geval is, ontstaat een diagnostisch dilemma. Gevalideerde vragenlijsten voor stereotiep gedrag, depressieve symptomen en apathie, en een neuropsychologisch onderzoek met testen die sociale cognitie onderzoeken, kunnen goed helpen om gvFTD te onderscheiden van psychiatrische en neurologische aandoeningen. MRI van de hersenen bij patiënten met gedragsveranderingen is altijd geïndiceerd. Frontale of temporale atrofie op MRI-scans van de hersenen vormt voldoende ondersteuning voor de diagnose ‘waarschijnlijke gvFTD’. Bij twijfel kan aanvullend een 18F-FDG-PETscan worden verricht, maar hypometabolisme op een dergelijke scan kan een fout-positieve uitslag zijn. Bij een vermoeden van gvFTD zijn een multidisciplinaire aanpak, klinische follow-up gedurende 2 jaar of een verwijzing naar een FTD-expertisecentrum aanbevolen. [...] De diagnose wordt gesteld aan de hand van criteria die zijn gebaseerd op klinische consensus, ontwikkeld door een internationaal panel van experts en gepubliceerd in 2011 (tabel 1). De criteria omvatten 6 gedrags- en cognitieve kenmerken die vroeg in het ziektebeloop aanwezig dienen te zijn om als ‘aanwezig’ aangemerkt te mogen worden: (1) ontremming; (2) apathie of traagheid; (3) verlies van sympathie of empathie; (4) stereotiep of compulsief gedrag; (5) hyperoraliteit; en (6) een neuropsychologisch profiel met overwegend executief disfunctioneren. Als 3 van deze 6 kenmerken aanwezig zijn kan men de diagnose ‘mogelijke gvFTD’ stellen. Wanneer deze gedrags- en cognitieve kenmerken gepaard gaan met functionele achteruitgang in de loop van de tijd en afwijkingen in de frontotemporale hersenkwabben zichtbaar zijn op MRI- of 18F-FDG-PET-scans van de hersenen, kan men de diagnose ‘waarschijnlijke gvFTD’ vaststellen. Een definitieve diagnose ‘gvFTD’ kan men alleen stellen als het pathologisch onderzoek post mortem de genoemde afwijkingen aantoont of als een causale DNA-mutatie aangetoond is.

[...]

Consequenties voor de praktijk

Wij geven de volgende adviezen voor de dagelijks praktijk om de diagnose ‘gvFTD’ te stellen bij patiënten met gedragsveranderingen: (a) gebruik in eerste instantie gevalideerde vragenlijsten voor stereotiep gedrag, depressieve symptomen en apathie; (b) laat een neuropsychologisch onderzoek verrichten met testen voor sociale cognitie (zie tabel 2); en (c) laat beeldvormend onderzoek doen. Frontale of temporale atrofie op MRI-scans van de hersenen vormt voldoende ondersteuning voor een diagnose ‘waarschijnlijke gvFTD’.

Een multidisciplinaire aanpak en een voldoende lange klinische follow-up (ten minste 2 jaar) zijn nog steeds primair aanbevolen zolang de diagnose ‘gvFTD’ niet met 100% zekerheid gesteld kan worden. Ook is een verwijzing naar een FTD-expertisecentrum geïndiceerd en geadviseerd bij: (a) sterke twijfel tussen een psychiatrische of neurologisch oorzaak voor de gedragsveranderingen;

(b) een verdenking op gvFTD bij een patiënt die al bekend was met een psychiatrisch ziektebeeld; (c) een beperkte mogelijkheden voor diagnostiek – zoals het bepalen van de specifieke liquoreiwitten – of conflicterende testresultaten van het aanvullende onderzoek (bijvoorbeeld geen atrofie op de MRI-scan van de hersenen maar wel hypometabolisme op de 18F-FDG-PET-scan); en (d) bij verdenking op een erfelijke variant.”

5.3

Het college merkt op dat – zoals uit het citaat blijkt – het zeer lastig is om de diagnose FTD definitief te stellen. De CT-scan van de schedel d.d. 6 november 2020 gaf volgens het verslag van de radioloog geen aanwijzing voor atrofie. Weliswaar is ter zitting gesteld dat beklagde mondeling door de medebeklaagde geriater was geïnformeerd dat er wel degelijk sprake was van frontale atrofie en is daarmee tot een diagnose FTD gekomen. De medebeklaagde had de scan nog ter beoordeling voorgelegd aan een gespecialiseerde radioloog, die wel aanwijzingen voor atrofie zou hebben gezien. Dat oordeel is niet op schrift gesteld. Ook al zou het college uitgaan van de juistheid van die nadere beoordeling, maakt dat de diagnose FTD volgens de “stand van zaken” hoogstens als ‘waarschijnlijk’ kan worden aangemerkt. In de “stand van zaken” wordt aangegeven dat bij twijfel een PET-scan kan worden verricht. Bij een vermoeden van FTD zijn een multidisciplinaire aanpak, een klinische follow-up van twee jaar of een verwijzing naar een FTD expertisecentrum aanbevolen. Dit heeft niet plaatsgevonden. Het college is van oordeel dat de diagnose FTD te stellig en op een te magere basis is gesteld. De beeldvorming van de hersenen duidt – voor zover vastgelegd – niet op frontotemporale atrofie. Het niet beschikbaar zijn van neuropsychologisch onderzoek maakt een uitspraak over een diagnose neurocognitieve stoornis of FTD zeer wankel. In redelijkheid kan niet worden gesteld dat het gebrek aan medewerking van de klaagster een neuropsychologisch onderzoek te ondergaan een rechtvaardiging oplevert om bij gebrek aan sluitende informatie de diagnose FTD te stellen. Ook het onaannemelijk achten van alternatieve aandoeningen, zoals een persoonlijkheidsstoornis, levert in het licht van de “stand van zaken” geen relevant criterium op die de diagnose FTD kan ondersteunen. Het college meent verder dat de ook door beklagde genoemde “knik in het functioneren” onvoldoende door het dossier wordt ondersteund. In het dossier zijn vele aanwijzingen te vinden die tegen de diagnose pleiten, waaronder klaagsters zakelijk uitvoerende vermogen. Het stellen van de diagnose past derhalve niet bij de beschikbare informatie. De second opinion van L heeft dit overigens bevestigd. Dat het team dat de casus heeft beoordeeld unaniem van oordeel was dat FTD voldoende was aangetoond, doet niet af aan de eigen verantwoordelijkheid van beklagde als psychiater. Ook voor de rapportage aan de rechtbank was het niet nodig geweest de diagnose FTD te stellen. Het voorgaande brengt met zich dat de klacht gegrond is.

5.4

Het college staat voor de vraag welke maatregel passend is. Beklaagde heeft met een (niet bij de diagnose passende) stelligheid en op ontoereikende gronden de diagnose FTD gesteld. Het college is er echter wel van overtuigd dat hij beoogd heeft zorgvuldig en in teamverband te handelen. Hij heeft zich naar het oordeel van het college echter onvoldoende rekenschap gegeven van de problematiek rond de diagnose FTD (mede gelet op de potentieel grote gevolgen die deze diagnose voor betrokkene kon hebben). Het college acht een waarschuwing op zijn plaats.

Om redenen aan het algemeen belang ontleend, zal worden gelast dat deze uitspraak geanonimiseerd zal worden gepubliceerd.

6. DE BESLISSING

Het college:

- verklaart de klacht gegrond;
 - legt een waarschuwing op;
- bepaalt dat deze beslissing nadat deze onherroepelijk is geworden in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften 'Medisch Contact', 'Tijdschrift voor Gezondheidsrecht' en 'Gezondheidszorg Jurisprudentie'. Aldus gegeven door P.A.H. Lemaire, voorzitter, Th.A. Wiersma, lid-jurist, J. Schuur en W. Bosman-te Water en M.H. Braakman, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van P. van der Stroom, secretaris

voorzitter
secretaris

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

6. 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.

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

2. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

3. 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 Zwolle. 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.