

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2023/5502

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
ZWOLLE

Beslissing van 8 december 2023 december 2023 op de klacht van:

A,

wonende in B,
klaagster,
tegen

C,

specialist ouderengeneeskunde,
destijds werkzaam in D,
beklaagde, hierna: de arts,
gemachtigde: mr. V.C.A.A.V. Daniels, werkzaam in Utrecht.

1. De zaak in het kort

1.1 De moeder van klaagster (hierna: patiënte) was bekend met dementie (Alzheimer met vasculaire kenmerken) en hypertensie. De arts was als specialist ouderengeneeskunde (hierna: SO) bij de behandeling van patiënte betrokken.

1.2 Klaagster is niet tevreden over de behandeling en zorgverlening van de arts aan patiënte.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat de arts tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld en dat de klacht (grotendeels) gegrond is. Aan de arts zal de maatregel van berisping worden opgelegd. Hierna licht het college dat toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

2.2 De partijen hebben de gelegenheid gekregen om onder leiding van een secretaris van het college met elkaar in gesprek te gaan (mondeling vooronderzoek). Daarvan hebben zij geen gebruik gemaakt.

2.3 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 31 oktober 2023. De partijen zijn verschenen. Klaagster werd bijgestaan door haar broer, E. De arts werd bijgestaan door haar gemachtigde. De partijen hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Ook heeft klaagster aan de hand van een schriftelijke notitie op het verweerschrift van de arts gereageerd.

3. De feiten

3.1 Sinds 1 juli 2021 is de arts werkzaam bij F en per 1 oktober 2022 op de locatie G te D, waar professionele zorg en begeleiding wordt aangeboden aan bewoners met lichamelijke beperkingen of dementie. Vanaf 1 mei 2022 verbleef patiënte op deze locatie. Bij de behandeling van patiënte waren onder meer het team verzorgenden/verpleegkundigen, de verpleegkundig specialist (hierna: de VS), de psycholoog, de psychiater en de arts betrokken. De VS was de regiebehandelaar van patiënte en de arts was de intervisor van de VS. Klaagster was gevolmachtigde en eerste contactpersoon van patiënte.

3.2 Vanaf medio oktober 2022 vertoonde patiënte groeiende onrust, sliep zij niet of nauwelijks, was zij geagiteerd en had zij steeds frequenter voorkomende woedeaanvallen en decorumverlies.

3.3 Op 17 oktober 2022 heeft de arts patiënte bezocht. In overleg met onder meer klaagster en de psycholoog heeft de arts aan patiënte 0,5 mg risperidon per dag voorgeschreven. Op 19 oktober 2022 heeft de arts deze dosering verdubbeld.

3.4 Vanaf 20 tot en met 25 oktober 2022 had de arts verlof en is zij tijdens deze periode waargenomen door een collega specialist ouderengeneeskunde (hierna: de waarnemend SO).

3.5 Op 24 oktober 2022 om 10:02 uur heeft de VS onder meer het volgende genoteerd in het medisch dossier:

“(...). Informed consent familie – VS overleg SO – Episode: terminaal fase, verwacht overlijden binnen nu en 3 maanden) obv uitputting als refractair symptoom bij demente Plan: - Start intermitterende palliatieve sedatie (episodegewijs toepassen van kortdurende palliatieve sedatie).”

3.6 Op dezelfde dag om 12:14 uur heeft de waarnemend SO het volgende in het medisch dossier genoteerd:

“Consultvraag mee te lezen en advisering medicatie. Situatie is forse agitatie bij dementie (loopdrang, onrust, achterdocht). Meerdere collega's betrokken afgelopen week incl dienstdoend huisarts. Regie van één betrokken SO nodig op deze casus. E/Geagiteerd en mogelijk psychotisch probleemgedrag staat op de voorgrond. P/Advies: - Medicamenteus: risperidon nu verhogen naar 21dd1mg (=2dd20 druppels) gezien ernst situatie. Geen zo nodig extra. Let op Parkinsonistische klachten (stijfheid). Woensdag evaluatie. Geen midazolam 7.5 a.n. standaard, alleen zo nodig bij niet kunnen slapen rond 00u. – Niet-medicamenteus: vervolg mede met inzet psycholoog, onderliggende behoefte? Aansluiten vanuit mogelijkheden mw en uiting dementie? – Overstijgend: advies regie via 1 SO met vooruitkijkend plan, Overweeg ouderenpsychiater te betrekken voor optimalisatie medicamenteuze behandeling en vóór intermitterende sedatie. – Woensdag vervolg via PA en betrokken SO.”

3.7 Op 26 oktober 2022 heeft de VS overleg gehad met de ouderenpsychiater. De VS heeft in het medisch dossier genoteerd dat mogelijk sprake is van cluster B persoonlijkheidsstoornis. Ook is voor patiënte een rechterlijke machtiging aangevraagd en is haar medicatie gewijzigd. De VS heeft hierover het volgende in het medisch dossier genoteerd:

“Uitgebreid overleg met [...], psychiater. Dementieel syndroom is onvoldoende bekend/ beschreven in de voorgeschiedenis maar mogelijk spelen er frontale kenmerken. Mw is gedesoriënteerd organisatie en planning. Mw raakt niet de weg kwijt en herkent haar familie en zorgmedewerkers. Momenteel manifesteert ernstig ontremd gedrag. Op basis van mogelijke persoonlijkheidsproblemen en nu in combinatie met dementie. Mogelijk cluster B persoonlijkheidsstoornis: Vroeger inadequate hechtingsproblematiek: Borderline is al eens genoemd. Mw liet splitting gedrag zien. Dit is ook benoemd door haar kinderen tijdens een overleg. De

thuiszorgmedewerkers van H, die bij mw in de thuissituatie kwamen, beamen dit ook. Mw was hier al jaren mee bekend, echter het gedrag is nooit gelabeld aan een diagnose. Actief gedrag versus afhankelijk gedrag past bij cluster B. Echter in combinatie met dementie kan zij dit niet meer goed regisseren: haar "zijn" verbrokkelt. Mw verliest de controle en de grip op haar leven; dat verhoogt haar angst. Ze kan niet zonder aandacht maar ook niet goed met aandacht. (...). Rechterlijke machtiging (RM) Wel RM aanvragen. (...).

Huidige medicatie Ervan uitgaande dat er frontaal iets mis is, moet de Risperdal worden afgebouwd (doet niks) en omgezet worden naar Zyprexa (Olanzapine). Zyprexa ophogen naar uiteindelijk 5mg-2.5mg-5mg. Afbouwen Risperidon in 2 dagen, start vandaag. Doprgaan met Midazolam voor het slapen en zo nodig ophogen. Slapen is een must: slapen echt goed bewaken! PM Indien de ontremming niet vermindert, overwegen om Depakine toe te voegen. Dus, eventueel Depakine Met Zyprexa (dempt haar gedrag en daarmee de risico's). PM Citalopram stoppen Dan eventueel overstappen op Trazodon of Remeron (30 a 45 mg) Werkhypothesen: 1 Persoonlijheidsproblematiek met 2 Onderliggend dementie 3 Recidiverende depressies Plan: 1 Impulscontrole beïnvloeden (zie aandacht/ omgang) 2 Slaap bewaken!! Midazolam sc standaard 3 Nu start met 2.5mg Zyprexa ante noctum, naast de Midazolam 4 5mg-2.5mg-5mg 6. PM als ontremming manifesteert, start Depakine Algeheel doel Situatie moet draaglijk zijn voor haar en de omgeving en het voorkomen van schade voor haar en omgeving."

3.8 Na terugkomst van haar verlof heeft de arts het medisch dossier gelezen. Vervolgens heeft zij telefonisch contact met de VS opgenomen. De arts was het niet eens met de conclusie van de VS dat patiënte in een terminale fase verkeerde en evenmin met de diagnose persoonlijkheidsstoornis. Zij vermoedde een delier. Verder wilde de arts als medicatiebeleid de richtlijn van Verenso inzake probleemgedrag bij mensen met dementie hanteren.

3.9 Nadat de arts op 27 oktober 2022 (fysiek) overleg met de VS (en de teamcoach) had gehad, is het telefoongesprek daags erna tussen de arts en de VS over (aanpassing van) de medicatie van patiënte geëscaleerd. De arts heeft in het weekend daarop besloten de samenwerking met de VS te beëindigen.

3.10 Op 31 oktober 2022 is besloten dat een collega SO de VS zal superviseren, ook ten aanzien van patiënte. Vanaf dat moment is de bemoeienis van de arts met de behandeling van patiënte gestopt.

3.11 Vanaf 1 november 2022 is patiënte – in verband met escalatie van haar probleemgedrag – met een rechterlijke machtiging overgeplaatst naar de (gesloten) locatie I van F. Sindsdien is een physician assistant in opleiding de regiebehandelaar van patiënte.

3.12 Op 3 november 2022 hebben de familie van patiënte en de arts in aanwezigheid van de klachtenfunctionaris en vertrouwenspersoon van F een gesprek met elkaar gehad. Van dit (opgenomen) gesprek is een verslag opgemaakt. Het gesprek had als doel om duidelijkheid te verschaffen over het medisch handelen van de arts ten aanzien van patiënte. Dit gesprek heeft niet tot een voor beide partijen bevredigend resultaat geleid.

3.13 Op 11 december 2022 is patiënte overleden.

4. De klacht en de reactie van de arts

4.1 Klaagster verwijt de arts dat zij:

- (1) patiënte en familie daarvan op de hoogte te stellen, inclusief de onderliggende motivatie;
- (2) het dossier over te dragen aan een nieuwe eindverantwoordelijke (SO of andere arts);
- (3) borging van informatie over zorgverantwoordelijkheid binnen de zorgsituatie (team, locatie, collega artsen);
- (4) als gevolg van (3) is ook het zorgplan op verzoek van de waarnemend collega SO voor de middellange termijn niet opgesteld (terminale episode).

4.2. De arts erkent dat haar betrokkenheid bij de zorgverlening aan patiënte en de communicatie hierover onvoldoende is geweest. Volgens haar was sprake van een ingewikkelde werk- en verantwoordelijkheidsverhouding met de VS. Zij heeft hiervan geleerd. Ook heeft de arts haar excuses aan de familie aangeboden. De arts stelt zich uitdrukkelijk toetsbaar en leerbaar op en refereert zich aan het oordeel van het college.

4.3. Het college gaat hieronder verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

De criteria voor de beoordeling

5.1 De vraag is of de arts de zorg heeft verleend die van haar verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende arts. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Dat een zorgverlener beter anders had kunnen handelen is niet altijd genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen.

Klachtonderdelen a) t/m e): medicatiebeleid

5.2 Vanwege de onderlinge samenhang ziet het college aanleiding om klachtonderdelen a) t/m e) gezamenlijk te behandelen. Het college stelt vast dat de rol- en taakverdeling tussen de arts en de VS rondom de behandeling van patiënte vanaf het begin niet duidelijk is geweest. In het bijzonder geldt dat zij geen overeenstemming hadden over de wijziging van de rol van de arts van intervisor naar supervisor van de VS. Dit heeft tot een gebrekkige communicatie geleid, wat tot gevolg heeft gehad dat de behandeling van patiënte is tekortgeschoten. De arts heeft dit ook erkend en daarvoor excuus aangeboden. Hoewel de eerste geneeskundige in haar e-mail van 6 oktober 2022 helderheid trachtte te verschaffen over de inzet van de arts ("*[de arts] neemt op G team 3 over van [de VS], en is de intervisor/vaste overlegpartner van [de VS] over diens eigen patienten*"), is deze onduidelijkheid blijven voortbestaan. Zo was en bleef voor klaagster niet helder of de arts intervisor of supervisor van de VS was en wie de medische eindverantwoordelijkheid voor patiënte droeg. Dit klemt temeer, omdat F nog vrij recent in januari 2022 de beleidsnotitie 'Taakherschikking Medisch zorg binnen F' heeft vastgesteld met als doel om de taakverdeling tussen de verschillende medische beroepsgroepen in de vakgroep te verhelderen en om de verantwoordelijkheidsverdeling binnen deze groep te borgen. De vraag is of de arts in dat kader een tuchtrechtelijk verwijt valt te maken. Het college beantwoordt deze vraag bevestigend en overweegt daartoe als volgt.

5.3 In de hiervoor bedoelde beleidsnotitie van F is in hoofdstuk 4.1 onder meer het volgende opgenomen:

“Naast overleg op initiatief van VS/PA, is het goed om, ook zonder dat er vragen zijn, periodiek als SO met de VS/PA te evalueren hoe de medische zorgverlening loopt. De frequentie hiervan wordt bepaald door de setting en doelgroep en door de ervaring van de VS/PA.

Supervisie van de VS/PA is geen wettelijk vereiste en past ook niet bij de zelfstandige rol van de VS (net zo min als het past bij de zelfstandige rol van de verpleegkundige voor wat betreft haar eigen taken en verantwoordelijkheden). Wel is van belang dat er goede afspraken zijn tussen de VS/PA en de SO gegeven de specifieke omstandigheden. Als een VS/PA nog weinig ervaring heeft met een bepaald onderdeel van haar werkzaamheden zullen beiden moeten nagaan of de VS/PA voldoende bekwaam is en of er voorwaarden gesteld moeten worden aan de overdracht van deze taken en intercollegiaal overleg.”

5.4 Het college is van oordeel dat de arts had moeten begrijpen dat haar rol ten opzichte van de VS door de (snelle) escalatie van het probleemgedrag van patiënte, en daarmee de veranderde zorgvraag en de toegenomen complexiteit hiervan, diende te verschuiven van intervisor naar supervisor. Na haar kortdurende verlof heeft de arts deze regierol onvoldoende opgepakt. Dit had ten behoeve van een goede zorgverlening aan patiënte wel moeten (en daarop had de waarnemend SO op 24 oktober 2022 ook al aangedrongen), ondanks het verschil in visie met de VS. In plaats van in gesprek te gaan met de VS over het medicatiebeleid ten aanzien van patiënte heeft zij het conflict met de VS over dit beleid de boventoon laten voeren met als laakbaar gevolg dat de arts de zorg voor patiënte uit het oog is verloren. Het belang van patiënte bij een zorgvuldig en afgewogen medicatiebeleid is daardoor ondergeschikt geraakt aan de discussie die terug te voeren is op de vraag wie in deze complexe situatie de rol van regievoerder nu heeft en dus eindverantwoordelijkheid draagt en beslissingsbevoegd is. Het had op de weg van de arts gelegen om periodiek met de VS te evalueren hoe de medische zorgverlening liep en hierover goede afspraken te maken. Dit geldt temeer, nu de VS als regiebehandelaar nog relatief onervaren was en zij zelf heeft aangegeven dat haar leerpunt vooral medicamenteuze veranderingen is. Door dit na te laten heeft de arts onvoldoende leiderschap getoond, terwijl dit wel van haar verwacht mocht worden. Daarnaast heeft de arts erkend dat zij patiënte vaker had moeten bezoeken en ook dat zij meer overleg met klagster als eerste contactpersoon/wettelijk vertegenwoordiger had moeten hebben. Dit laatste was zeker op zijn plaats geweest, omdat de arts het niet eens was met het gewijzigde medicatiebeleid dat de VS in overleg met de ouderenpsychiater en klagster op 26 oktober 2022 had ingezet. De arts heeft onzorgvuldig gehandeld door dit beleid “op afstand” en zonder overleg met klagster terug te draaien. De stelling van de arts dat zij op 27 oktober 2022 de medische situatie van patiënte met de VS en de teamcoach heeft besproken en vervolgens afspraken heeft gemaakt, blijkt niet uit het medisch dossier, laat staan welke afspraken er toen zouden zijn gemaakt.

5.5 Het voorgaande betekent dat de klachtonderdelen a), b), d) en e) gegrond zijn. Klachtonderdeel c) is ongegrond, omdat het verzoek van de (nacht)verzorgende (IG) van

20 oktober 2022 om 21:45 uur om de medicatietijden van patiënte aan te passen is gedaan op het moment dat de arts kortdurend verlof had en dus tijdelijk niet in functie was. De arts kan daarom niet worden verweten dat zij aan dit verzoek geen opvolging heeft gegeven.

Klachtonderdeel f): Wet Zorg en Dwang

5.6 Het college overweegt dat in de door F vastgestelde notitie 'Beleid Wet Zorg en Dwang' (januari 2022) is opgenomen dat met betrekking tot de toepassing van onvrijwillige zorg in een aantal gevallen het stappenplan als bedoeld in hoofdstuk 3.2 van deze notitie moet worden gevolgd, ook al verzet de wilsonbekwame cliënt zich niet en gaat diens vertegenwoordiger akkoord met de zorg die wordt ingezet. Dit geldt onder meer in het geval dat medicatie wordt toegediend die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt (psychofarmaca), als dit niet gebeurt volgens de hiervoor geldende professionele richtlijnen. Het college is van oordeel dat met het gewijzigde medicatiebeleid op 26 oktober 2022, toen (nog) geen sprake was van een rechterlijke machtiging, is afgeweken van de richtlijn van Verenso inzake probleemgedrag bij mensen met dementie, zodat het hiervoor bedoelde stappenplan had moeten worden gevolgd. De arts wenste niet van deze richtlijn af te wijken, maar daarmee was – gelet op het beloop c.q. de escalatie – het belang van patiënte niet gediend. Goede patiëntenzorg staat voorop. Het college is van oordeel dat de arts in dit geval het WZD-stappenplan in de notitie van F had moeten toepassen wat ernstig nadeel voor patiënte mogelijk had kunnen voorkomen. Het verwijt van klaagster dat de arts de WZD ten onrechte niet heeft gevolgd, treft dus in die zin doel. Klachtonderdeel f) is gegrond.

Klachtonderdeel g): beëindiging behandelrelatie

5.7 Tot slot verwijt klaagster de arts dat zij de behandelrelatie met patiënte heeft beëindigd zonder klaagster te informeren en zonder een zorgvuldige dossieroverdracht.

5.8 Vanwege de problematische samenwerking met de VS heeft de arts bij e-mail van

31 oktober 2022 om 8:14 uur de eerste geneeskundige en de VS meegedeeld dat zij wilde stoppen. Op dezelfde dag heeft de arts in samenspraak met de eerste geneeskundige haar taken overgedragen aan een collega SO die tevens de supervisie van de VS heeft overgenomen. Nog steeds dezelfde dag rond 18:00 uur heeft de arts de voicemail van klaagster ingesproken, waarna op 3 november 2022 het klachtgesprek (zie 3.12) is gevolgd.

5.9 Het college overweegt dat beëindiging van de behandelrelatie met onmiddellijke ingang alleen geoorloofd is als er sprake is van gewichtige redenen. De arts heeft dit niet gesteld en een dergelijke reden is evenmin gebleken. Het uitgangspunt is dat de arts de eenzijdige beëindiging van de behandelrelatie in een persoonlijk gesprek aan de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger toelicht. Dit geldt temeer als de arts de behandelrelatie opzegt op grond van een conflict met iemand anders dan de patiënt zelf, zoals in dit geval. In dat kader is het college van oordeel dat de wijze waarop de arts de behandelrelatie met patiënte heeft beëindigd niet zorgvuldig was. De arts had op zijn minst contact met klaagster als eerste contactpersoon/wettelijk vertegenwoordiger van patiënte moeten opnemen om te bespreken wat er was gebeurd. Pas als daarbij geen begrip voor de wederzijdse standpunten zou ontstaan, zou de arts kunnen concluderen dat er geen basis meer was om de behandelrelatie met patiënte voort te zetten. Door dit na te laten heeft de arts onzorgvuldig gehandeld. Klachtonderdeel g) sub (1) is gegrond.

5.10 Nu de taken van de arts direct na haar besluit tot beëindiging van haar werkzaamheden zijn overgedragen aan een collega SO en daarbij nieuwe afspraken zijn gemaakt over de rol- en taakverdeling binnen het behandelteam, was de continuïteit van de zorgverlening aan patiënte daarmee voldoende geborgd. Ditzelfde geldt voor de overdracht van het medisch dossier aan de opvolgend SO. Niet is

gebleken dat deze overdracht gebrekkig is geweest. Klachtonderdeel g) sub (2) is ongegrond. Voor zover klaagster met klachtonderdeel g) sub (3) en (4) heeft bedoeld dat de medische zorg die de arts tot

31 oktober 2022 aan patiënte heeft geleverd gebrekkig is geweest, zijn deze subonderdelen zoals uit het vooroverwogene volgt gegrond.

Slotsom

5.11 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat de klachtonderdelen a), b), d), e), f) en g) sub (1), (3) en (4) gegrond zijn en de klachtonderdelen c) en g) sub (2) ongegrond.

Maatregel

5.12 Het college staat nu voor de vraag welke maatregel opgelegd dient te worden. De arts is een zeer ervaren SO van wie had mogen worden verwacht dat zij in complexe gevallen als de onderhavige de regie zou pakken, zeker als het gaat om het (medicatie)beleid. De onderlinge discussie met de VS over dit beleid is ten koste gegaan van de (kwaliteit van de) zorg voor patiënte. De arts had ten aanzien van patiënte en klaagster ook meer betrokkenheid moeten tonen. Weliswaar heeft de arts verklaard dat zij het de volgende keer anders zou doen, maar daarbij kon zij niet goed uitleggen wat en hoe. Ook acht het college het moment en de wijze waarop de arts zich uit de behandeling van patiënte heeft teruggetrokken laakbaar. Alles afwegend acht het college de maatregel van berisping passend.

Publicatie

5.13 In het algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere specialisten ouderengeneeskunde mogelijk iets van deze zaak kunnen leren. De publicatie zal plaatsvinden zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

6. De beslissing

Het college:

Deze beslissing is gegeven door A.A.A.M. Schreuder, voorzitter, J.C.J. Dute, lid-jurist, E. Linthorst en A.J.J.M. Keijzer en A.H. van Pagee, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door P. van der Stroom, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 8 december 2023.

secretaris

voorzitter

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

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

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.