

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2023/6192

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing van 16 juli 2024 op de klacht van:

A,
wonende in B,
klaagster,
gemachtigde: mr. E.M. Diesfeldt, werkzaam in Heiloo,

tegen

C,
arts verstandelijk gehandicapten,
destijds werkzaam in D,
verweerster, hierna ook: de arts VG,
gemachtigde: mr. M.F. van der Mersch, werkzaam in Amsterdam.

1. Waar gaat de zaak over?

1.1 Klaagster is de moeder van de in september 2021 overleden E. Bij E werd na een psychose en verschillende opnames in verschillende GGZ-instellingen een ongespecificeerde bipolaire stemmingsstoornis en autisme spectrum stoornis vastgesteld. Zij werd in mei 2020 opgenomen in een instelling voor mensen met een lichtelijk verstandelijke beperking. Na de behandeling en vervolgens het ontslag volgde vanwege een zelfmoordpoging weer een tijdelijke terugplaatsing in die instelling, gevolgd door woonbegeleiding in een verwante instelling. Daar ging het steeds slechter met E en heeft zij weer een zelfmoordpoging ondernomen. Ook is zij uit de instelling weggelopen en is zij weer thuis gaan wonen. Daar ging het niet goed en zij werd weer opgenomen in de instelling. Tijdens deze laatste opname ging het nog steeds niet goed met E en zij heeft uiteindelijk zelfmoord gepleegd. Tijdens de opnames vanaf mei 2020 is zij gezien door verschillende behandelaars en begeleiders van de instelling. De klacht richt zich tegen de arts VG die tijdens de opnames bij de zorg voor E betrokken is geweest.

1.2 Klaagster verwijt de arts VG dat zij geen goede en adequate zorg heeft geleverd, onzorgvuldig heeft gehandeld inzake de medicatie en de ernst van de klachten en bijwerkingen van de medicatie niet serieus heeft genomen.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat de arts VG niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Hierna vermeldt het college eerst hoe de procedure is verlopen. Daarna licht het college de beslissing toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 20 september 2023;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de e-mail van klaagster van 20 februari 2024 met meerdere bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 29 februari 2024 gehouden mondelinge vooronderzoek;
- de brief van 21 mei 2024 van de gemachtigde van klaagster met meerdere bijlagen.

2.2 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 4 juni 2024. De zaak is gezamenlijk met de zaak tegen psychiater F behandeld (A2023/6194). De partijen zijn verschenen. De gemachtigde van klaagster was verhinderd. De partijen en hun gemachtigde hebben hun standpunten mondeling toegelicht. De gemachtigden van beklagde heeft pleitnotities voorgelezen en aan het college en de andere partij overhandigd.

3. Wat is er gebeurd?

3.1 Klaagster is de moeder van E (geboren in 1988, hierna: E). E heeft haar VMBO- en MBO-opleiding afgerond en een aantal jaren gewerkt als onder andere administratief medewerkster en magazijnmedewerkster. In 2017 is E in een psychose beland, waarna ze gedurende lange tijd op verschillende plekken opgenomen is geweest, afgewisseld door verblijf bij klaagster. Door de psychiater bij G (hierna: G) is een bipolaire stoornis vastgesteld. Zij kreeg antipsychoticum Olanzapine en antidepressivum Sertraline voorgeschreven. Na enige tijd werd de Sertraline vervangen door Clomipramine. Tijdens de crisisopname van de crisisafdeling van G van juli 2018 tot oktober 2018 is onderzocht of er sprake was van autisme bij E. In november 2018 was de conclusie van de psychiater en de GZ-psycholoog van G dat er voldoende aanwijzingen waren voor een autisme spectrum stoornis naast een ongespecificeerde bipolaire stemmingsstoornis. Het verblijf bij G wordt afgewisseld met verblijf bij klaagster. Tijdens één van de opnames in H heeft E een poging tot suïcide gedaan.

3.2 Door de familie van E is op 2 september 2019 bij het I (hierna: I) een second opinion aangevraagd met betrekking tot de diagnoses ongedifferentieerde bipolaire stoornis en autisme en de behandeling en medicatie. Orthopedagoog-generalist J stelde namens het I autisme vast. Door orthopedagoog-generalist K (verweerster in A2023/6193) werd een behandeling bij L voorgesteld als tijdelijke verblijfplek.

3.3 L is onderdeel van M, een instelling die ondersteuning biedt aan kinderen, jongeren en volwassenen met een (licht) verstandelijke beperking, en/of een lichamelijke beperking en/of niet-aangeboren hersenletsel. De instelling biedt ambulante begeleiding, dagbesteding, ambulante woonondersteuning en heeft een aantal woonvoorzieningen, waaronder behandelcentrum L en N. N biedt begeleiding en woonondersteuning. L is een behandelcentrum dat gespecialiseerd is in klinische behandeling, crisisopvang en tijdelijk verblijf voor mensen vanaf 18 jaar met een licht verstandelijke beperking in combinatie met psychopathologie.

3.4 E is van 6 mei 2020 tot 6 november 2020 opgenomen geweest op de gesloten afdeling van L. Op 7 mei 2020 heeft zij een kennismakingsgesprek met de arts VG. De regiebehandelaar tijdens deze opname is psychiater F. Op 13 mei 2020 heeft E

een kennismakingsgesprek en consult gehad met psychiater F. Tijdens dit consult is door psychiater F psychiatrisch onderzoek verricht. Psychiater F heeft geadviseerd de Olanzapine af te bouwen. In de periode erna is ook de Depakine afgebouwd. Hiernaast slikte E nog Clomipramine.

3.5 Op 2 juli 2020 is E van de gesloten afdeling naar de open afdeling verhuisd. Op 15 juli 2020 en 7 oktober 2020 hebben E en de arts VG een gesprek over medicatie gehad. Op 15 oktober 2020 heeft E een gesprek had met psychiater F. Op 6 november 2020 is zij uit L ontslagen. Zij verbleef vanaf deze datum bij klaagster. De ontslagbrief aan de huisarts vermeldt dat er geen depressief beeld meer werd waargenomen en dat de behandelaars geen aanwijzingen zagen voor een bipolaire stemmingsstoornis.

3.6 Op 24 november 2020 heeft E een poging tot suicide (TS) ondernomen door een overdosis Clomipramine. Zij is die dag op de IC van een ziekenhuis behandeld, waarna zij op de crisisafdeling bij L is opgenomen voor 8 weken. Psychiater F herstart in overleg met de arts VG de Clomipramine vooralsnog niet. Op 2 december 2020 hebben klaagster, E, de arts VG en psychiater F overleg over de medicatie. Tijdens dit overleg wordt het incontinentieprobleem aangekaart. Op 22 januari 2021 is E uit L ontslagen en verbleef zij weer bij klaagster.

3.7 Op 13 maart 2021 is E naar N verhuisd. E kende de woonvoorziening omdat zij daar al bekend was vanwege de dagbesteding aldaar. Zij was hiervoor in januari 2021 op de wachtlijst geplaatst en er kwam een plek vrij. De contacten tussen klaagster en N verliepen ingewikkeld, waarbij klaagster het contact met N op een gegeven moment heeft verbroken.

3.8 Op 25 mei 2021 heeft E nog een TS ondernomen met een overdosis Valdispert. Opname in het ziekenhuis was niet nodig. Op 31 mei 2021 is door orthopedagoog-generalist K een suïcidetaxatie opgesteld. Deze is besproken met de arts VG. Orthopedagoog-generalist K en de arts VG hebben de TS beoordeeld als een impulsieve daad. Op verzoek van E is de familie niet op de hoogte gesteld van de TS.

3.9 In de periode juni-juli 2021 vinden tussen klaagster, E en de arts VG meerdere gesprekken plaats over de medicatie en de bijwerkingen. E en klaagster geven als bijwerking incontinentie aan. Ook geeft E een angst voor trillen aan. E is bij de uroloog geweest, zonder succes. E wordt door de arts VG doorverwezen naar de bekkenbodetherapeut. Er wordt voor haar angst-/trilkachten een afspraak gepland bij orthopedagoog-generalist K op 26 augustus 2021.

3.10 Op 17 augustus 2021 is E weggelopen bij N en weer bij klaagster gaan wonen. Op 18 augustus 2021 vindt er tussen de clustermanager van N, klaagster en E een gesprek plaats. Tijdens dit gesprek komt naar voren dat het niet goed gaat met E, dat ze last heeft van (tril)angst en niet meer naar N wil. Ook slaapt ze slecht.

3.11 Op 26 augustus 2021 heeft er een gesprek plaatsgevonden tussen orthopedagoog-generalist K, de projectleider van N, klaagster en E. De Wlz-indicatie-aanvraag is ter sprake gekomen. Ook heeft E tijdens dit gesprek aangegeven dat zij niet meer bij N wil wonen. Op 31 augustus 2021 worden de spullen van E opgehaald en verblijft E weer bij klaagster. Ook krijgt klaagster die dag

te horen dat ambulante zorg niet vergoed kan worden vanuit de WMO, omdat E 24 uur per dag begeleiding en behandeling nodig heeft. Op 3 september 2021 is de Wlz-indicatie GGZ-3 door het CIZ afgegeven.

3.12 In de periode 31 augustus 2021 en 3 september 2021 vindt er tussen de dienstdoende arts/anios VG O, de begeleiding, E en klaagster meerdere keren telefooncontact plaats. De dienstdoende anios VG O heeft in overleg met orthopedagoog-generalist K contact opgenomen met E. Anios VG O stelt vast dat de spanning erg hoog is en neemt die dag contact op met het Meldpunt Acute Zorg (MAZ). Op 3 september 2021 heeft de coördinator MAZ een thuisbezoek afgelegd bij E en klaagster. Door de coördinator werd het suïciderisico laag ingeschat. Er wordt in samenspraak met klaagster en E besloten tot vrijwillige opname bij L. De coördinator heeft E naar L gebracht en mondeling overgedragen.

3.13 Op 3, 4 en 5 september 2021 vinden er verschillende gesprekken plaats tussen E en de begeleiding. E geeft aanvankelijk aan dat ze voortdurend de gedachte heeft 'dat het wel goed is zo', maar dat ze te bang is om het uit te voeren. Later geeft ze aan dat de begeleiding zich om haar geen zorgen hoeft te maken. Verder laat E weten dat ze slecht slaapt en dat ze niet bij L wil zijn.

3.14 Op 6 september 2021 is E gezien door aios VG P. Op dat moment wordt de suïcidaliteit laag ingeschat.

3.15 Op 7 september 2021 heeft E een kennismakingsgesprek met GZ-psycholoog Q (verweerster in de zaak A2023/6195). Tijdens dit gesprek is de toename van angst en suïcide-uitspraken naar voren gekomen. Na dit gesprek heeft GZ-psycholoog Q overleg met orthopedagoog-generalist K.

3.16 Op 8 september 2021 heeft een gesprek tussen psychiater F, de aios VG P en E plaatsgevonden. Tijdens dit gesprek komt naar voren dat ze minder last heeft van trillen, maar wel slecht slaapt. Ze maakt zich zorgen over de toekomst en over hoe het verder moet met haar. E heeft tijdens dit gesprek geen suïcidale uitspraken gedaan.

3.17 Op 9 september 2021 vindt er tussen orthopedagoog-generalist K en GZ-psycholoog Q contact plaats over E en de huidige situatie.

3.18 In de periode 9 september 2021 tot en met 14 september 2021 maakt E richting de begeleiding afwisselend een gespannen en ontspannen indruk. Ze gaat naar de dagbesteding bij N.

3.19 Op 14 september 2021 heeft E samen met klaagster een gesprek gehad met de arts VG. Tijdens dit gesprek worden de bijwerkingen van de medicatie, met name Olanzapine, besproken. Ook komt het incontinentieprobleem weer ter sprake. E geeft tijdens dit gesprek aan dat zij het bij N, bij klaagster thuis en op L niet echt leuk vindt. Volgens de arts VG zijn er geen duidelijke aanwijzingen voor psychotische belevingen of depressieve kenmerken. De dag erna bespreken arts VG R en E het gebruik van anticonceptie.

3.20 Op 15 september 2021 vindt een multidisciplinair overleg (MDO) plaats. Aanwezig tijdens dit MDO zijn E, klaagster, de vader van E, de tante van E (digitaal), psychiater F, de arts VG, GZ-psycholoog Q, de coördinator van het MAZ en een cliëntbegeleider. Tijdens het overleg is besproken hoe het op dat moment met E gaat

en hoe zij het beste kan worden geholpen. Opties voor de toekomst zijn naar voren gekomen, waarbij teruggaan naar klaagster, een andere geschikte plek om begeleid te wonen dan N en N zelf als mogelijkheden zijn besproken. Er is tijdens het overleg afgesproken een gesprek bij N in te plannen om te kijken wat er mogelijk is. Er wordt een overleg met N gepland voor 23 september 2021 en een consult bij psychiater F. Klaagster heeft na het overleg per e-mail aangegeven niet bij dit overleg met N aanwezig te willen zijn.

3.21 Op 16 september 2021 is E naar de dagbesteding gegaan. Die avond, bij de medicatieronde, bleek zij niet op haar kamer te zijn. Zij is om 20.30 uur wel gezien op de groep. De begeleiding heeft contact opgenomen met GZ-psycholoog Q die op dat moment de achterwacht was. In overleg met GZ-psycholoog Q heeft de begeleiding contact gezocht met de vader en tante van E. Klaagster was niet bereikbaar en de voicemail werd ingesproken. In overleg met vader en tante zou de situatie nog even worden aangekeken. Ook is er via WhatsApp contact gezocht met E. De begeleiding heeft dit teruggekoppeld aan GZ-psycholoog Q en zij heeft nog contact gehad met de crisismanager.

3.22 Op 17 september 2021 is er in de ochtend nog niets vernomen van E. Na contact met GZ-psycholoog Q heeft de begeleiding E als vermist opgegeven. GZ-psycholoog Q heeft vervolgens op verzoek van de politie onderbouwd waarom L zich zorgen maakte en heeft schriftelijk suïcide signalen beschreven. De vader van E heeft een officiële aangifte gedaan om de prioriteit te verhogen. Door de begeleiding is geprobeerd contact te zoeken via WhatsApp.

3.23 Op 18 september 2021 is E door de politie naast het spoor gevonden.

3.24 Naar aanleiding van deze gebeurtenis is er een calamiteitenonderzoek uitgevoerd. In december 2021 is het rapport uitgebracht waarin een aantal verbetermaatregelen zijn voorgesteld die met name zien op het signaleringsplan en het suïciderisico. De Raad van Bestuur van M heeft de verbetermaatregelen overgenomen. Door de instelling is melding gedaan bij de IGJ. De IGJ heeft het onderzoeksrapport ontvangen en een afsluitbrief aan de instelling verzonden.

3.25 Op 8 oktober 2021 heeft een gesprek plaatsgevonden met de familie van E, GZ-psycholoog Q en twee cliëntbegeleiders.

4. De klacht en de reactie van de arts VG

4.1 Klaagster verwijt de arts VG dat zij:

- geen goede en adequate zorg heeft geleverd door:

a) geen aandacht te hebben voor de bipolaire stoornis en chronische depressiviteit die daarmee samenhangt;

b) geen verwijzing te geven voor een second opinion inzake de Olanzapine;

c) niet systematisch te bevragen op suïcidaal gedrag en geen signaleringsplan heeft opgesteld na de suïcidepoging in mei 2021 en het "weer aan de dood denken" in augustus 2021;

d) tijdens het MDO van 15 september 2021 niet aan E vragen wat zij zelf wilde en geen rekening heeft gehouden met de stress die terugkeer naar N veroorzaakte;

- onzorgvuldig heeft gehandeld inzake de medicatie door:

e) de Clomipramine ineens te stoppen zonder af te bouwen en persoonlijke monitoring;

- de ernst van de klachten en bijwerkingen niet voldoende serieus heeft genomen

door:

f) het urineverlies te bagatelliseren en te willen behandelen met oefeningen voor bekkenbodemspieren en pas na de vraag om een second opinion overging op een ander medicijn;

g) de onrust, slaapstoornissen, moeite met eten, het afvallen, gebrek aan levenslust en signalen van suïcidegedachten niet adequaat heeft ingeschat en niet is nagegaan of er een mogelijk verband was tussen de toename van klachten en het medicijngebruik.

4.2 De arts VG heeft de klacht op alle onderdelen bestreden en het college verzocht deze ongegrond te verklaren.

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

5. De overwegingen van het college

5.1 Het college stelt voorop dat het heel verdrietig is dat E is overleden. Duidelijk is dat klaagster daar nog dagelijks pijn en gemis van ondervindt. Welke criteria gelden bij de beoordeling?

5.2 De vraag die moet worden beantwoord is of de arts VG de zorg heeft verleend die van haar verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende arts VG. 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. Klachtonderdeel a) Geen aandacht voor de bipolaire stoornis en chronische depressiviteit

5.3 Naar aanleiding van dit klachtonderdeel heeft de arts VG uitgelegd dat er bij E geen sprake was van chronische depressiviteit maar van stemmingsproblematiek. Tijdens de eerste opname in L van mei 2020 tot november 2020 was er sprake van een positieve ontwikkeling na afbouw van de Depakine. In die periode waren er geen aanwijzingen voor een maniforme of een depressieve fase. In januari 2021 leek er wat meer sprake te zijn van ontremming maar dat leek te maken te hebben met een verliefdheid die toen speelde. Om verdere ontregeling voor te zijn en het slapen positief te beïnvloeden, is de Olanzapine teruggezet naar 5 mg. In de periode na de tweede opname in L was duidelijk geworden dat de kenmerken van ASS, een sterk disharmonisch intelligentieprofiel, de verliefdheden en een negatief zelfbeeld de belangrijkste triggers waren voor de stemmingswisselingen. De angstklachten werden besproken met orthopedagoog-generalist K. Vanaf juni 2021 wordt de arts VG intensiever betrokken bij de behandeling na de TS met Valdispert. Er is door orthopedagoog-generalist K een suïcide risicotaxatie opgesteld in overleg met de arts VG. In de gesprekken met E gaat het in die periode vooral over de vermeende bijwerkingen van Olanzapine, in verband met klachten over incontinentie. Later, toen E weer thuis woonde, stonden symptomen van angst, slaaptekort en depressie veel duidelijker op de voorgrond. Daar is door de arts VG op gereageerd met medicatie die eerder goed had gewerkt, Olanzapine en Temazepam. De arts VG heeft bij de behandeling steeds overleg gezocht met de betrokken psychiater. Aldus steeds de arts VG. Uit het relaas - dat voldoende bevestiging vindt in de aantekeningen in het medisch dossier - volgt naar het oordeel van het college dat de arts VG de klachten

zorgvuldig heeft onderzocht en behandeld en dat er voldoende aandacht is geweest voor de psychiatrische problematiek van E. Het klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel b) Geen verwijzing second opinion bijwerkingen Olanzapine
5.4 Volgens de arts VG is er veel aandacht geweest voor de incontinentie en heeft er een verwijzing naar een bekkenbodemtherapeut en een uroloog plaatsgevonden. De uroloog heeft medicatie ingezet en er is besloten het effect hiervan af te wachten. E nam de medicatie echter niet in. Uiteindelijk heeft de arts VG de Olanzapine vervangen op verzoek van E, om de vermeende bijwerking van incontinentie uit te sluiten. Dit had geen effect. Er is wel gesproken over een second opinion maar die is in afwachting van de omzetting van de Olanzapine niet in gang gezet. Later is er niet meer gesproken over een second opinion.

5.5 Het college is van oordeel dat dit klachtonderdeel ongegrond is. Niet gebleken is dat de arts VG de second opinion uitdrukkelijk heeft geweigerd of tegengehouden. Ter zitting is door de arts VG gezegd dat zij een second opinion op dat moment niet zinvol vond, en dat is op zichzelf, gelet op de hierboven geschetste gang van zaken, een verdedigbaar standpunt.

Klachtonderdeel c) Niet systematisch bevraagd op suïcidaal gedrag en geen signaleringsplan opgesteld na de suïcide poging in mei 2021

5.6 De arts VG heeft er op gewezen dat er in afstemming met haar op 3 juni 2021 door orthopedagoog-generalist K een suïcide risico taxatie is opgesteld. In het team is E vervolgens goed geobserveerd en is de begeleiding geïntensiveerd. Het klopt dat er geen signaleringsplan is opgesteld in de periode bij N. Orthopedagoog-generalist K was daar nog niet aan toegekomen, later is dit wel gebeurd door L. Overigens was het opstellen van zo'n plan in die periode geen vereiste op grond van het toenmalige protocol. Dat dit alles niet klopt of anders is gelopen dan door de arts VG geschetst, is het college niet gebleken. Het klachtonderdeel is daarmee ongegrond.

Klachtonderdeel d) Tijdens MDO van 15 september 2021 niet vragen wat E zelf wilde

5.7 Volgens de arts VG zijn in het MDO verschillende opties besproken waarvan al snel bleek dat een nieuw verblijf bij N de enige mogelijke optie was. Daartoe was afgesproken dat met N zou worden besproken waarom E zich daar eerder niet op haar plek voelde. Ook was de gedachte dat vanuit N gekeken kon worden naar een geschikte vervolgplek. Daar zijn alle betrokkenen waaronder E uiteindelijk mee akkoord gegaan. Er is voldoende ingezien dat een nieuw verblijf bij N voor E moeilijk zou zijn. Het college ziet in de verslagen van het MDO niet dat E onvoldoende betrokken is geweest bij de besluitvorming omtrent haar terugkeer naar N. Klaagster ziet die terugkeer als de druppel en de aanleiding voor de suïcide, maar niet is gebleken dat dit voldoende kenbaar was voor de behandelaren en andere betrokkenen. Ook dit klachtonderdeel slaagt niet.

Klachtonderdeel e) Plotseling stoppen Clomipramine zonder afbouwen en monitoring

5.8 Volgens de arts VG gaat dit verwijt niet op omdat de Clomipramine was gestopt door de intensivist in het S in T, na de TS van E. Later is dit middel niet weer voorgeschreven omdat de psychiater het toestandsbeeld van E wilde observeren, kijken hoe haar stemming was en onderzoeken wat de onderliggende problemen waren van de TS. Er bleek uiteindelijk geen aanleiding om weer te starten met de Clomipramine. Deze verklaring, die steun vindt in het medisch dossier, acht het college afdoende. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel f) De ernst van de bijwerkingen niet voldoende serieus nemen
5.9 Met de arts VG gaat het college ervan uit dat dit verwijt ziet op de incontinentieproblematiek als vermeende bijwerking van de Olanzapine. Volgens de arts VG is er juist veel aandacht geweest voor de incontinentieklachten. Ook was er reeds een behandeling ingezet door de uroloog. Zij heeft verschillende oplossingen aangedragen en de eventuele bijwerking van incontinentie ook uitgesloten door de Olanzapine op een zeker moment te vervangen door een ander geneesmiddel. Verwezen wordt naar overweging 5.4 hierboven. Het relaas van de arts VG wordt volgens het college onderbouwd door het dossier. Het klachtonderdeel slaagt niet.

Klachtonderdeel g) Niet adequaat inschatten van angst, slaapstoornissen en signalen van suïcide gedachten

5.10 Met de arts VG gaat het college ervan uit dat dit klachtonderdeel betrekking heeft op de derde opname in L. E werd op 3 september 2021 opgenomen. De psychiater, de anios VG en de GZ-psycholoog hebben E in deze periode gesproken en hebben het behandelbeleid bepaald. De klachten en problematiek van E zijn beschreven in het dossier. Er waren geen suïcidale gedachten of plannen. Het behandelteam had geen aanleiding om de klachten en het suïcide risico anders in te schatten, aldus steeds de arts VG. Het college ziet een en ander terug in het dossier en merkt daarbij nog op dat van belang is dat E voor de zorgverleners moeilijk te lezen was. Zij liet niet duidelijk blijken hoe het met haar ging en hoe zij zich voelde. Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.11 In algemene zin heeft klaagster ter onderbouwing van de klachten gewezen op het calamiteitenonderzoek en de nieuwe protocollen en verbetermaatregelen naar aanleiding van de casus van E. De protocollen en verbetermaatregelen zien evenwel op de organisatie als geheel en uit het onderzoek volgt niet dat het overlijden van E aan individuen te wijten is, dus ook niet aan de arts VG.

Slotsom

5.12 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat alle onderdelen van de klacht ongegrond zijn.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht ongegrond.

Deze beslissing is gegeven door E.A. Messer, voorzitter, M.P. Sombroek-van Doorm, lid-jurist, S.J.H. Duffels, F.M.J. Bruggeman en T.A. Wouters, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door T.C. Brand, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 16 juli 2024.