

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2024/6793

A2024/6793

Beslissing van 5 november 2024

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing van 5 november 2024 op de klacht van:

A,

klager, vertegenwoordigd door zijn curator de besloten vennootschap B,
gevestigd te C,
gemachtigde: mr. G. Grijs, werkzaam te Rotterdam,

tegen

D,

huisarts,
werkzaam te E,
verweerder,
gemachtigde: mr. A.W. Hielkema, werkzaam te Utrecht.

1. Waar gaat de zaak over?

1.1 De hiervoor genoemde heer A (hierna: de patiënt) is op 21 februari 2023 onder curatele gesteld. B is daarbij tot zijn curator benoemd. De patiënt is eind maart 2023 opgenomen in een particulier verpleeghuis voor dementiezorg. Verweerder was tot

deze opname de huisarts van de patiënt. Volgens de curator heeft hij – kort weergegeven – de situatie van de nog thuiswonende patiënt te lang op zijn beloop gelaten en het dossier gebrekkig bijgehouden. De huisarts heeft tegengesproken dat hem een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt.

1.2 Het college komt tot het oordeel dat de huisarts niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld.

1.3 Hierna vermeldt het college eerst hoe de procedure is verlopen. Daarna licht het college de beslissing toe. Hoewel de patiënt in deze procedure formeel de klager is, waarbij de curator optreedt als zijn wettelijke vertegenwoordiger, wordt hierna gesproken over de curator als de klagende partij.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 4 januari 2024;
- het aanvullende klaagschrift met de bijlage(n);
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 4 juni 2024 gehouden mondelinge vooronderzoek;
- de brief van de gemachtigde van klagster, gedateerd 29 augustus 2024, binnengekomen op 5 september 2024, met als bijlage een e-mail van de praktijkassistente van de huisarts van 11 juli 2024;
- de brief van de gemachtigde van de huisarts van 9 september 2024, binnengekomen op 11 september 2024, met als bijlagen de brieven uit het huisartsendossier.

2.2 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 24 september 2024. De gemachtigde van de curator is verschenen. Ook de huisarts is verschenen, bijgestaan door zijn gemachtigde. De partijen hebben hun standpunten mondeling toegelicht.

3. Wat is er gebeurd?

3.1 De patiënt (geboren in 1946) is ongeveer 25 jaar onder behandeling geweest van de huisarts. Hij was gediagnosticeerd met bipolaire stoornis, jicht (2006), hartfalen (2017), fenomeen van Raynaud (2019) en alcoholmisbruik. In 2019 is zijn echtgenote opgenomen in een instelling en later overleden.

3.2 Blijkens het patiëntendossier was er eind 2020 sprake van een mogelijke aanvraag van een rechterlijke machtiging door een psychiater van F. In april 2021 heeft de huisarts geïnformeerd naar de stand van zaken daaromtrent. In het patiëntendossier bevindt zich een brief van F, afdeling G, van 7 februari 2021, die vermeldt (citaten voor zover van belang en letterlijk weergegeven): **“Reden van verwijzing** *De huisarts verwijst een man bekend met een bipolaire stoornis waarvoor onderhoudsdosering lithium met laboratoriumcontroles alhier. Nu ernstige verwaarlozing nadat echtgenote opgenomen is met een dementieel syndroom. DD exacerbatie al dan niet bij therapieontrouw, alcoholabusus, cognitief verval, psychose. Gaarne uw beoordeling en behandeling. (...) **Beloop** (...) Inmiddels is betrokkene 2x door psychiater (...) beoordeeld met de vraag of gedwongen opname noodzakelijk is. Aanvankelijk leek dat wel het geval, daar er sprake was van forse verwaarlozing en agressie naar hulpverleners. Echter inmiddels accepteert patiënt weer zorg in het huishouden via WMO en van buurvrouw H. Patient drinkt minder alcohol (...) en is niet langer incontinent voor faeces. Hij maakt een redelijk opgewekte indruk, geen manie of depressie, wel zijn er cognitieve problemen en persisteert alcoholgebruik / misbruik.* (...) **Conclusie bij evaluatie** *74-jarige man bekend met langdurig stabiele bipolaire stoornis en alcoholafhankelijkheid, onderliggend een querulant-narcistische persoonlijkheid (...). Er zijn beginnende cognitieve stoornissen passend bij amnestisch syndroom door alcoholgebruik, die op zichzelf niet ernstig beperkend zijn voor de complexe ADL. Echtgenote, bekend met Alzheimer, is onlangs overleden waardoor patiënt momenteel wat verdrietig is, maar zijn gedrag lijkt er niet ernstig door worden beïnvloed. **Beleid** Wij vervolgen de casus. Huisbezoeken worden geboden door SPV en jaarlijks PO door psychiater. Jaarlijkse controle op nierfunctie, calcium, albumine, TSH, vit D controle Inzetten op contactopbouw, egosparende bejegening. Huisbezoeken zijn tevens gericht op observatie van veiligheidscriteria.”* De huisarts noteert deze conclusie en het beleid op 15 april 2021 in het dossier.

3.3 In de periode van juli tot en met november 2021 heeft de huisarts geregeld contact met de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (spv) van F en met de buurvrouwen van de patiënt die hem mantelzorg verlenen, H en J.

3.4 Op 3 september 2021 bezoekt een collega van de huisarts de patiënt thuis, in aanwezigheid van H. De patiënt kan op dat moment heel weinig meer zien. Hij wil echter niet naar de oogarts, omdat hij zijn hond niet alleen thuis wil laten. In overleg met de mantelzorgster wordt alsnog een oplossing gezocht en een afspraak geregeld, waarbij zij hem zal begeleiden. Op 6 september 2021 is op naam van de huisarts een verwijsbrief uitgegaan naar de afdeling oogheelkunde van het K in L, waarin is vermeld: “Ernstige (subacute?) visusdaling, nu ernstig visueel gehandicapt. Tevens ‘zorgwekkende zorgmijder’ met bipolaire stoornis en verwaarlozing.”

3.5 Op 6 september 2021 belt mantelzorgster J naar de praktijk. Zij zegt onder andere dat H alles bij elkaar liegt. De huisarts neemt daarop contact op met de spv. Hij

noteert uit haar mond in het dossier: *“Al geruime tijd (vele maanden) niet gezien. H is voornaamste mantelzorger, die zorgt voor hem. Krijg het idee dat zij het beleid wat ondermijnt. Wordt ook wel gemanipuleerd door patient. Er moet meer zorg in. (...) Hij kiest er echt voor om zo te leven. Heeft meer dan voldoende financiële middelen om alle gewenste zorg te ontvangen. Neemt geen hulp aan van wie dan ook. Is op gegeven moment wel veel minder gaan drinken. (...)”*

3.6 Op 13 september 2021 komt J aan de balie van de huisartsenpraktijk. Zij vertelt volgens de aantekeningen van de assistente in het dossier dat zij de financiën doet en afschriften ziet van betalingen naar H, haar vriend en dochter, die maand al € 6.000. De patiënt maakt het over, omdat mevrouw zegt dat dit haar werk is en dat ze het nodig heeft. (...) Hebben aangegeven dat dit voor een lening is en dat het wordt terugbetaald. Dit wordt niet gedaan. De politie is ook gebeld, aldus J. De huisarts belt hierop op 14 september 2021 met de spv en noteert in het dossier: *“situatie besproken, die grote bedragen die aan mw. H gegeven worden zijn al langer bekend, daar verleent zij zorg voor, ze hebben elkaar in de tang. Enkele keren beoordeeld samen met psychiater. Drinkt duidelijk veel minder alcohol, eet en drinkt goed, nu geen gevaarscriteria voor dwangmaatregel. Gaan binnenkort weer bij hem langs.”*

3.7 Op 22 oktober 2021 heeft de huisarts weer contact met de spv. Over dit telefonische contact schrijft hij in het dossier: *“Vond hem er beter uitzien dan de vorige keren. (...) Krijgt 7x/week eten van mensen, de buurvrouwen o.a. H. Hebben hem weer aangeboden om extra zorg voor hem aan te vragen, b.v. woonbegeleiding. Hij kan precies motiveren waarom hij dat niet wil. Indertijd Veilig Thuis bij hem langsgeweest. Met de gift dwingt hij de hulp/zorg bij zijn buurvrouw H nu wel af. Houden elkaar nu gevangen. Er is geld genoeg. Hij kiest ervoor om zo te leven zoals hij nu leeft. Vanuit bemoeizorg gekeken of we nog iets kunnen doen. Hij drinkt veel (alcohol), maar is geen probleem. Hij is heel blij met zijn hh-hulp, die komt 4x/week. Er is geen sprake van maatschappelijke teloorgang, ook al zou je het anders willen. Geen rechter die nu een RM afgeeft. (...) Gaan het dossier sluiten (...). Als er een psychiatrisch probleem is of wanneer hij vergeetachtig wordt etc. opnieuw aanmelden.”*

3.8 Op 22 december 2021 legt de huisarts een visite af met het oog op de eerste coronavaccinatie. Hij constateert een stabiele situatie met 10 eenheden alcohol per dag en kiest voor een expectatief beleid.

3.9 In mei en juni 2022 bereiken de huisarts veel zorgen over de patiënt vanuit mantelzorgster J en de klantmanager WMO van de gemeente. De klantmanager WMO bericht de huisarts dat de patiënt op 27 juni 's ochtends om 10:00 uur al diverse biertjes op had, dat zijn (onder)kleding nat was, hij nog niet had gegeten en hier niet zelf voor kon zorgen. Hij urineerde tijdens het bezoek vanaf de drempel in de tuin. Op 30 juni 2022 stuurt de klantmanager WMO opnieuw een e-mail. Zij schrijft dat zij heeft

begrepen dat de huisarts of een collega op 29 juni 2022 voor een dichte deur had gestaan en verzoekt hem dringend de patiënt die week te zien en te laten beoordelen. Zij geeft contactpersonen op met het verzoek hen eerst te benaderen, omdat de patiënt zelf de deur niet meer kan opendoen.

3.10 Op 3 juli 2022 heeft de huisarts telefonisch contact met de patiënt, bij wie op dat moment H aanwezig is. De huisarts noteert dat de patiënt via de telefoon helder klinkt, adequaat reageert en dat hij toestemming geeft om te overleggen met de medewerkers van WMO. Hij spreekt met de patiënt en H af dat zij zorgen of vragen die ontstaan met de huisarts zullen delen. Op 4 juli 2022 heeft de huisarts contact met de kwartiermaker wijkteams van de gemeente, die hem meedeelt dat er vanuit de WMO thuiszorg voor de patiënt wordt ingezet en dat de organisatie M wordt betrokken.

3.11 De huisarts bezoekt de patiënt op 6 juli 2022 en verwijst hem naar F. Hij schrijft in de verwijsbrief: *“Graag uw onderzoek eventueel beleid bij patiënt bij u bekend met een stabiele bipolaire stoornis, alcohol abusis, gemengde persoonlijkheidsstoornis cluster A en B en amnestisch syndroom. Er zijn veel zorgen vanuit meerdere partijen (...). De zorgen bestaan met name uit patiënts zelfzorg, alcohol abusis en zijn wilsbekwaamheid ten aanzien van het alleen thuis wonen. Graag uw evaluatie en toetsing van wilsbekwaamheid.”* Op 8 juli 2022 bevestigt de eerder vermelde spv van F dat de patiënt weer in zorg wordt genomen.

3.12 Op 8 augustus 2022 heeft de huisarts telefonisch contact met H. Het dossier vermeldt dat zij de huisarts meedeelt dat de patiënt sinds zes weken helemaal van de alcohol af is en dat hij nu veel helderder is. Hij bevuilt zich niet meer, neemt hart tabletjes en vitamine D en is alweer in de tuin aan het rommelen. Incontinentiemateriaal is niet meer nodig. Die dag is ook de specialist ouderengeneeskunde (sog) N bij de patiënt geweest, zo vertelt H.

3.13 De sog van het team G van F informeert de huisarts bij brief van 9 augustus 2022 als volgt: *“Beschrijving van de klachten Patient woont zelfstandig maar er zijn vanuit zowel professioneel als sociaal netwerk grote zorgen over de (financieel) veiligheid, alcoholintake, voedingstoestand en hygienische omstandigheden. Patient zelf ervaart eenzaamheid en geheugenproblemen. Voelt zich afhankelijk van mantelzorger, denkt niemand te hebben als zij weg zou vallen. (...) Conclusie: (...) Er zijn cognitieve stoornissen passend bij amnestisch syndroom o.a, door alcoholgebruik, die beperkend zijn voor de complexe ADL. (...) Hij is bekend met ernstige verwaarlozing van zichzelf en omgeving. Dit is deels reversibel na medewerking van patient. Tevens heeft hij een mantelzorgster mw H, die hem deels verzorgd. Er zijn echter sterke aanwijzingen van financieel misbruik van grote bedragen. In haar afwezigheid was meneer ernstig vervuild en bleek niet in staan om voor zichzelf te zorgen. Hij weigert een financieel toezichthouder. Bij onderzoek zijn er*

uitgebreide cognitieve stoornissen als ernstig gestoord geheugen en inprenting. Oriëntatie stoornissen in plaats en tijd. Verminderde aandacht en concentratie. Ernstige oordeels- en kritiekstoornissen, confabuleren, afwezigheid van ziektebesef en inzicht. Enige achterdocht. Decorumverlies. Tevens sprake van maatschappelijke teloorgang met onvoldoende zorg en vervuiling van huis en lichaam, onvoldoende voeding en verzorging. Hij woont in een huis in zeer slechte toestand. Dit levert gevaar op.

Conclusie naast (...) is er nu sprake van functioneren op een dementieel niveau, wrsch combinatie Alzheimer en vasculair. Ik acht hem wilsonbekwaam t.a.v. financiële situatie en t.a.v. zijn woonomgeving alsmede verzorging. Er is nu sprake van een onacceptabele situatie, waarbij er sprake lijkt te zijn van ouderenmishandeling door financiële uitbuiting.

Advies: Casemanager aanstellen Aangifte ivm ouderenmishandeling Volledig PGlab HA zorg laten regelen en andere huisvesting Ik sluit het dossier.”

3.14 Op 2 september 2022 deelt H de huisarts mee dat er vorige week een bespreking op het gemeentehuis is geweest en dat er drie keer per dag iemand langs moet komen voor een maaltijd. Het dossier vermeldt: “ ‘Ze gaan een professioneel iemand inzetten. O van de wijkverpleging komt hem vanaf vandaag wassen. Het gaat veel beter met hem. Er gaat een mentor of iemand die over financiën gaat ingesteld worden.’ H maakt zich ook zorgen dat hij uit huis geplaatst moet worden, ze begrijpt de zorgen van mvr N wel. Vanuit de gemeente wordt ook nog iets gedaan voor patiënt. ‘Het gaat steeds beter met hem, eet en drinkt goed, geen pijn benauwdheid of kwalen’ ”. De huisarts heeft hierna tenminste wekelijks contact met diverse bij de zorg betrokken personen en instanties.

3.15 Op 7 november 2022 deelt een medewerker van M mee dat de gestelde diagnose ‘functioneren op dementieel niveau’ niet voldoende is voor een CIZ-indicatie. Op 11 november 2022 brengt de huisarts een visite aan de patiënt. Die vertelt hem dat hij het prima naar zijn zin heeft met zijn dieren en nergens naartoe hoeft. H zorgt goed voor hem, aldus de patiënt. Op 18 november 2022 deelt de medewerker van M de huisarts volgens het dossier mee dat M bezig is met een aanvraag in het kader van de Wet langdurige zorg, omdat de zorg op dat moment niet voldoende is en dat hij de patiënt onder curatele wil laten stellen, omdat het anders gevaarlijk wordt, bijvoorbeeld met de gaskachels. Er is een spanningsveld tussen respect voor autonomie en gevaar criteria; de diagnose dementie is niet spijkerhard gesteld, aldus deze medewerker van M.

3.16 Op 8 december 2022 legt de huisarts weer een visite af bij de patiënt, vraagt hem wie voor hem vertrouwenspersoon is voor medische zaken en bespreekt dat er hulpverleners zijn die suggereren dat hij aan het dementeren is. De patiënt noemt zonder aarzelen mevrouw H als zijn vertrouwenspersoon. De huisarts noteert verder

in het dossier: “S: (...) ‘Ik vergeet een hoop, dat is al 10-20 jaar zo, maar dat wil nog niet zeggen dat ik niet weet wat ik zeg.’ ‘Ik weet dat het met mij redelijk gaat en dat is alles (wat ik wil).’ (...) Bij het afscheid: ‘Ik moet hier voor mijn dieren zorgen en dat is alles wat ik wil. Kun je me helpen dat ik hier kan blijven wonen’. Aangeboden dat ik hem verwijst voor onderzoek naar geheugen, maar hij wil dat niet, is daar zeer beslist in. O: Kan zonder spieken het jaartal, de maand, de datum (7e) en bijna ook de dag zeggen (vrijdag ipv donderdag) Qua psychomotoriek/dynamiek etc. niet anders dan ik hem al 24 jaar ken. Veel eerder bekende beeld van querulant-narcistische persoonlijkheid. E: Sterke vraagtekens bij suggestie van dementieel syndroom. P: Exp.”

3.17 Bij 5 januari 2023 vermeldt het dossier: “O: CIZ E: Indicatiebesluit: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg.”

3.18 In de periode van 15 tot 20 februari 2023 heeft de huisarts contact met de patiënt naar aanleiding van klachten aan zijn pols en spanningsklachten. De huisarts doet lichamelijk onderzoek, verwijst de patiënt voor röntgenonderzoek en laat bloedonderzoek doen. Op 21 februari 2023 bespreekt hij het beleid met de thuiszorg.

3.19 Op 28 februari 2023 belt de thuiszorg naar de praktijk van de huisarts met uitingen van zorg over de hele situatie, na overleg met de curator. In de woning van de patiënt zijn stroomdraden doorgebrand, de geiser is per direct afgekeurd en de patiënt heeft al twee weken geen warm water. De gemeente zou te kennen hebben gegeven dat er geen direct gevaar was en dat het veilig genoeg zou zijn om zorg te kunnen verlenen. Het dossier vermeldt: “Hulpvraag naar huisarts: Eigenlijk geen. Curator wil mogelijk inzetten op directe opname, situatie thuis is zorgelijk (woonsituatie).” De huisarts blijft tot 30 maart 2023 betrokken bij de (somatische) zorg voor de patiënt. Het dossier vermeldt bij die datum dat de patiënt sinds vorige week is opgenomen in een permanente woning in P en dat het dossier wordt overgedragen naar de nieuwe huisarts(en).

3.20 In een gerechtelijke procedure van de curator tegen mantelzorgster H heeft de rechtbank L bij tussenvonnissen van 29 mei 2024 vooralsnog aangenomen dat de mantelzorgster door misbruik van omstandigheden ruim € 98.000 van de patiënt heeft verkregen. De rechtbank heeft de mantelzorgster in de gelegenheid gesteld te bewijzen dat geen sprake is geweest van misbruik van omstandigheden.

4. De klacht en de reactie van de huisarts

4.1 De curator verwijt de huisarts:

- a) dat hij onvoldoende zorg heeft verleend aan de patiënt;
- b) gebrekkige dossiervoering.

Volgens het klaagschrift heeft de klacht betrekking op de periode vanaf 2019. Ter zitting heeft de curator het tijdvak waarop de klacht betrekking heeft teruggebracht tot de periode van 9 augustus 2022 tot 9 maart 2023.

4.2 De huisarts heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren.

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

5. De overwegingen van het college

Welke criteria gelden bij de beoordeling?

5.1 De vraag is of de huisarts de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende huisarts. 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) onvoldoende zorg verleend aan de patiënt

5.2 Volgens de curator is de huisarts laakbaar tekortgeschoten in het medisch handelen en heeft hij zijn regiefunctie niet opgepakt. Hij heeft onvoldoende visites afgelegd en is – ondanks sterke aanwijzingen voor ouderenmishandeling door mantelzorgster H – haar als eerste aanspreekpunt blijven beschouwen. De huisarts heeft onvoldoende initiatief genomen om te zorgen dat de patiënt in een veilige woonomgeving terecht kwam. Ook heeft de huisarts zich niet gehouden aan de vigerende richtlijn “Dementie”. Hij heeft de signalen van beginnende dementie te snel afgedaan als het gevolg van alcoholmisbruik, zo stelt de curator.

5.3 De huisarts heeft aangevoerd dat hij de patiënt 25 jaar onder behandeling heeft gehad en hem goed kende. Hij heeft hem leren kennen als iemand die ondanks verschillende aandoeningen geen medische bemoeienis, verwijzingen of medicatie wilde en zelfstandig wilde blijven wonen. Hij wilde per se niet opgenomen worden in een verzorgingshuis of andere instelling. De huisarts erkent dat sprake was van een geleidelijke maatschappelijke teloorgang. Na de opname van de echtgenote van de

patiënt was er geen directe familie meer in beeld, maar er was wel ondersteuning van de twee mantelzorgers, een thuiszorginstantie en vanuit de GGZ. De huisarts onderkende dat extra aandacht en zorg voor de patiënt noodzakelijk was. Hij schatte echter in dat, alles bij elkaar genomen, de situatie niet zodanig was dat sprake was van dementie in de zin van de betreffende richtlijn en dat bij herhaalde afweging opname tegen de zin van de patiënt niet aan de orde was. De huisarts heeft in dat verband in zijn persoonlijke relaas bij het verweerschrift opgemerkt dat dit voor hem een moreel dilemma was: *“Waar eindigt het recht op zelfbeschikking van een persoon?”*

5.4 Het college overweegt dat huisartsen geregeld te maken hebben met een situatie als die van de patiënt. Als er sprake is van een duidelijke zorgbehoefte waarin ook gedeeltelijk wordt voorzien, is het vaak de vraag of deze verleende zorg voldoende is. In dergelijke gevallen is er sprake van een bandbreedte, waarbij – afhankelijk van de omstandigheden en de inschatting van de situatie – denkbaar is dat de ene huisarts sneller zal ingrijpen dan de andere.

5.5 Het college is van oordeel dat de huisarts onder de gegeven omstandigheden in redelijkheid tot de beslissing kon komen dat hij de zaak nog wilde aanzien, met inschakeling van alle mogelijke zorg. Een andere aanpak van de situatie behoorde ook tot de mogelijkheden, maar dat maakt niet zonder meer dat de huisarts tuchtrechtelijk kan worden verweten dat hij daar niet voor heeft gekozen. Het is duidelijk dat de huisarts bij een afweging van de belangen veel waarde heeft gehecht aan de wens van de patiënt om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven. Zorgverleners hebben ook de verplichting om de wensen van patiënten serieus te nemen en zoveel mogelijk in overeenstemming daarmee te handelen. Dat geldt ook als bij een patiënt sprake is van een of meer psychische stoornissen. Daarnaast blijkt uit het dossier voldoende dat de patiënt, na een slechte periode, vaak weer opknapte. De huisarts heeft verder onweersproken verklaard dat er, afgezien van een enkel incident, geen sprake is geweest van gevaarlijke situaties, zoals zwerfgedrag, ongedierte, vuurgevaarlijke situaties, valpartijen, letsel of klachten van burens. Het college kan ook niet vaststellen dat ernstige geluiden over de veiligheid in huis de huisarts eerder dan op 28 februari 2023 hebben bereikt. Bovendien was de curator toen al, blijkens een mededeling van de thuiszorg, bezig met een opname van de patiënt. Onder die omstandigheden hoefde de huisarts niet direct actie te ondernemen. Er was geen hulpvraag voor de huisarts; het is ook niet gebleken dat de curator zelf – anders dan door middel van een aangetekende brief, die kennelijk pas veel later bij de huisarts is aangekomen – contact met de huisarts heeft opgenomen met een verzoek aan hem om actie te ondernemen.

5.6 De curator kan worden toegegeven dat de brief van de sog van 9 augustus 2022 reden gaf tot grote zorg. De huisarts heeft deze brief met mevrouw H besproken en meegedeeld dat er mogelijk een rechterlijke machtiging met uithuisplaatsing zou volgen. Ter zitting heeft de huisarts erkend dat in hij in deze fase had moeten zorgen

voor een beter vangnet. De huisarts betreurt deze omissie en onderkent dat hij dat beter had kunnen en moeten doen.

5.7 Het college is met de huisarts van oordeel dat de huisarts in deze periode zijn regiefunctie actiever had kunnen oppakken. Hoewel de huisarts begin juli 2022 vanuit de WMO was meegedeeld dat thuiszorg en M zouden worden betrokken, was niet duidelijk wat dit concreet zou inhouden. De zorgverlening aan de patiënt is in die periode ook onvoldoende geweest. In wezen kwam de zorg vooral neer op H en als zij, al of niet tijdelijk, zou wegvallen, dan zou dat verregaande gevolgen hebben voor de zorgverlening. Deze situatie heeft zich, toen H enige tijd ziek was, ook daadwerkelijk voorgedaan en toen is een duidelijke verslechtering opgetreden bij de patiënt. De huisarts had in die periode dus beter kunnen handelen. Anderzijds heeft de spv de huisarts begin juli 2022 bevestigd dat de patiënt weer door F in zorg zou worden genomen. Ook zou vanuit de WMO verdere zorg in gang worden gezet. Bovendien maakte de aard en de omvang van de problematiek van de patiënt een juiste inschatting van wat het beste voor hem was niet eenvoudig. Zowel de fysieke als de mentale toestand van de patiënt fluctueerde, ook volgens de informatie van de spv, en blijkens het dossier was de patiënt nauwelijks te motiveren voor nader onderzoek of medische behandeling. Het is duidelijk dat hij beslist geen opname in een zorginstelling wilde. Mede in het licht van de lange periode waarin de huisarts bij de zorgverlening aan de patiënt betrokken is geweest, is het college daarom van oordeel dat de genoemde tekortkoming niet zo ernstig is dat de huisarts daarvan een tuchtrechtelijk verwijt moet worden gemaakt. Het college weegt daarbij ook mee dat uit het dossier blijkt dat de organisatie M zich na de diagnose van de sog met het aanvragen van een CIZ-indicatie voor een opname en de voorbereiding van een eventuele gedwongen opname bezighield. Onder die omstandigheden kon de huisarts een afwachtende houding aannemen. Daarnaast blijkt uit het dossier dat hij niet altijd goed en tijdig op de hoogte werd gehouden van wat de andere organisaties deden.

5.8 Het college ziet verder geen aanwijzingen voor het verwijt dat de huisarts de patiënt aan zijn lot zou hebben overgelaten, zoals de curator hem lijkt te verwijten. De huisarts heeft vrijwel steeds adequaat gereageerd op zorgelijke signalen over de patiënt door hem te bezoeken of te verwijzen, door contact te zoeken met andere betrokkenen, zoals de spv, de psychiater, de WMO en de mantelzorgers, en door overleg en afstemming met en tussen de verschillende betrokken personen en organisaties te bewerkstelligen. Daarmee heeft de huisarts de situatie van de patiënt voldoende gemonitord en de van hem verwachte regiefunctie – zij het met de onder 5.7 genoemde uitzondering – adequaat uitgeoefend.

5.9 De curator klaagt er in dit klachtonderdeel verder over dat de huisarts aanwijzingen voor ouderen mishandeling – in de zin van financiële benadeling door H – onvoldoende serieus zou hebben genomen. Het college overweegt dat uit het dossier blijkt dat de huisarts de berichten over de schenkingen aan H voortvarend met de spv heeft besproken. Daarbij bleek dat ook de GGZ hierbij uitging van de

wilsbekwaamheid van de patiënt. De huisarts heeft aangevoerd dat hij de betalingen meerdere keren tijdens visites aan de orde heeft gesteld, waarbij de patiënt bevestigde dat H veel geld van hem kreeg. Hij zei dan steevast: "*H is mijn maatje*". Op basis daarvan is de huisarts tot de conclusie gekomen dat het de uitdrukkelijke wens van de – ook in de optiek van de huisarts wilsbekwame – patiënt was om geld aan deze mantelzorgster te geven, mede omdat hij zich daarmee verzekerde van haar zorg voor hem. De huisarts heeft verklaard dat hij uit respect voor de autonomie van de patiënt niet heeft gevraagd naar de hoogte van de bedragen. Het is ook niet gebleken dat de huisarts heeft geweten dat het om zo'n hoog totaalbedrag ging als door de curator en in het tussenvonnis van de rechtbank L genoemd. Er zijn dan ook onvoldoende aanwijzingen dat de huisarts had moeten uitgaan van misbruik van de patiënt of ouderenmishandeling, zoals de curator dit noemt nu inmiddels duidelijk is geworden om welke bedragen het ging.

5.10 Het college onderschrijft ook niet het verwijt van de curator aan de huisarts dat hij te veel is afgegaan op de informatie die H verstrekke. Deze mantelzorgster was door de patiënt aangewezen als eerste contactpersoon. Zij nam ook, samen met J, een belangrijk deel van de zorg op zich en had daardoor veel contact met de patiënt. Duidelijk is dat hij haar waardeerde en vertrouwde, hetgeen ook blijkt uit het feit dat hij haar financieel ondersteunde. De informatie die J doorgaf aan de huisarts(en praktijk) omtrent de in haar ogen dubieuze rol van H, heeft de huisarts steeds gecheckt bij de spv. Door ook geregeld contact te hebben met de patiënt zelf kon de huisarts de van H ontvangen informatie toetsen en die werd dan meestal door de patiënt bevestigd. De huisarts mocht daarom in redelijkheid afgaan op de van H ontvangen informatie.

5.11 Het college merkt verder op dat het niet uit het dossier kan afleiden dat de patiënt thans gedwongen is opgenomen, zoals de gemachtigde van de curator ter zitting heeft gesteld. Het argument dat het de curator wel gelukt is patiënt tegen zijn wil te laten opnemen, en dat de huisarts onzorgvuldig heeft gehandeld door hier niet voor te zorgen, gaat om die reden niet op.

5.12 Uit het voorgaande volgt dat het eerste klachtonderdeel ongegrond is.

Klachtonderdeel b) gebrekkige dossiervoering

5.13 De curator heeft naar voren gebracht dat de dossiervoering te summier is. Zo ontbreken daarin aantekeningen over afspraken en telefoongesprekken met de tweede lijn en met anderen die bij de behandeling van de patiënt betrokken waren. Ook ontbreken specialistenbrieven in het dossier.

5.14 Het college is van oordeel, op basis van het dossier en de toelichting ter zitting, dat het door de huisarts bijgehouden dossier in voldoende mate inzicht geeft in de

behandeling van de patiënt en de overwegingen van de huisarts in dat verband. Dat wellicht een enkele notitie ontbreekt, is onvoldoende om te spreken van een te summier of zelfs gebrekkig dossier.

5.15 Klaagster verwijt de huisarts verder dat hij zijn opvolger bij de overdracht niet heeft voorzien van het volledige dossier. Bij navraag bij de assistente, zo heeft de gemachtigde van klagster ter zitting verklaard, heeft zij hem verteld dat in ieder geval de in het klaagschrift genoemde brieven van F en Q niet in het overgedragen dossier te vinden zijn. De huisarts betwist dit verwijt en voert aan dat hij het volledige dossier ter beschikking heeft gesteld aan zijn opvolger. Desgevraagd heeft hij ter zitting verklaard dat hij, naar aanleiding van de aanvulling op de klacht, het dossier heeft gecontroleerd. Daarbij heeft hij vastgesteld dat beide brieven wel degelijk in het dossier zijn opgenomen en dat zij ook, samen met alle andere correspondentie, naar zijn opvolger zijn gestuurd.

5.16 Het college stelt vast dat partijen van mening verschillen over de feiten, meer in het bijzonder of beide brieven in het dossier zijn opgenomen en vervolgens ook aan de opvolgende huisarts ter beschikking zijn gesteld. Bij gebrek aan nadere informatie kan het college niet vaststellen dat de huisarts in dit opzicht is tekortgeschoten. Ter zitting is nog besproken dat huisartsen verschillende systemen hebben om hun dossiers bij te houden en over te dragen. Voor zover het dossier bij de elektronische overdracht niet volledig bij de opvolger mocht zijn aangekomen, kan dit ook het gevolg zijn van een technische kwestie, bijvoorbeeld omdat de door de huisarts en zijn opvolger gebruikte apparatuur en software niet voldoende op elkaar aansluiten. Het college verklaart dit klachtonderdeel dan ook ongegrond.

5.17 Het verwijt van de curator dat de huisarts na overdracht ten onrechte nog over het dossier beschikte en dit kon raadplegen, treft wel doel. De KNMG-handreiking 'Overdracht patiëntendossier bij verandering van huisarts' vermeldt onder het kopje '6.2 Vernietiging dossier na overdracht': "Na de digitale overdracht van een elektronisch dossier zorgt de overdragende huisarts voor de vernietiging van het dossier zoals dat in zijn HIS stond. Bij de overdracht van elektronische dossiers kan het voorkomen dat het dossier op de oude computer of in het HIS van de oude huisarts achterblijft. Er is dan als het ware een kopie van het elektronische dossier aan de nieuwe huisarts overgedragen. Hierdoor kan het zijn dat de oude huisarts nog steeds toegang heeft tot het overgedragen dossier. Dit is niet wenselijk en ook niet toegestaan omdat met de overdracht van het dossier ook de bewaarplicht wordt overgedragen aan de nieuwe huisarts. De oude huisarts dient ervoor te zorgen dat het elektronische bestand van het patiëntendossier van zijn computer verwijderd wordt zodra het (elektronisch) is overgedragen aan de nieuwe huisarts. De oude huisarts heeft dan immers geen juridische grondslag (geen behandelingsovereenkomst) meer om over de gegevens van deze patiënt te beschikken. Het is bekend dat het vernietigen van oude dossiers in sommige HIS-sen technisch (nog) niet mogelijk is. Volgens de minister voor Medische Zorg moet dat echter op grond van de wet wel

mogelijk zijn. En is het de hulpverlener die er verantwoordelijk voor is dat het medisch dossier aan de wettelijke vereisten voldoet. Het advies voor de oude huisarts is in dat geval om in overleg met de HIS leverancier te zorgen voor effectieve verwijdering van het dossier uit het HIS. Als verwijdering technisch niet mogelijk is, dan dient de oude huisarts de patiënt te informeren dat er een (schaduw)dossier achterblijft in zijn HIS.”

5.18 De huisarts heeft ter zitting toegelicht en erkend dat het dossier van een vertrokken patiënt op zijn computer weliswaar als verwijderd wordt aangemerkt, maar dat het dossier niet daadwerkelijk wordt verwijderd, omdat dit technisch niet mogelijk is. Uit voormelde handreiking volgt echter dat het op de weg van de huisarts lag om contact op te nemen met de HIS-leverancier om alsnog de verwijdering te bewerkstelligen. Dat heeft de huisarts niet gedaan. Hij heeft ook de patiënt/de curator niet geïnformeerd dat hij nog steeds over het (schaduw)dossier beschikte. De huisarts beschikt(e) dus ten onrechte nog steeds over het dossier van de patiënt, nadat de behandeling was overgedragen. De klacht hierover is gegrond.

Slotsom

5.19 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat klachtonderdeel a) ongegrond is en klachtonderdeel b) gedeeltelijk gegrond.

Maatregel

5.20 Het college moet beoordelen of, en zo ja, welke maatregel passend is bij het feit dat de huisarts niet heeft zorggedragen voor de verwijdering van het patiëntendossier na de overdracht aan de opvolgende huisarts(en). Het college overweegt hierover dat sprake is van een lichte mate van tuchtrechtelijke verwijtbaarheid: het verwijt heeft betrekking op de technische aspecten van het huisartseninformatiesysteem, waarmee meer huisartsen worstelen. De huisarts heeft op de zitting verklaard dat hij contact heeft opgenomen met zijn HIS-leverancier, maar dat dit niet het gewenste resultaat heeft gehad. Ook is niet gebleken dat de huisarts misbruik heeft gemaakt van het feit dat hij nog over het dossier beschikte. Daarom ziet het college geen aanleiding een maatregel op te leggen.

Publicatie

5.21 In het algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere huisartsen mogelijk iets kunnen leren van wat hiervoor onder 5.17 en 5.18 is overwogen. De publicatie zal plaatsvinden zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

2. De beslissing

Het college:

- verklaart klachtonderdeel b) gedeeltelijk gegrond;
- bepaalt dat hiervoor geen maatregel wordt opgelegd;

- verklaart de klacht voor het overige ongegrond;
- bepaalt dat deze beslissing, nadat die onherroepelijk is geworden, zonder vermelding van namen of andere herleidbare gegevens in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan het tijdschrift Medisch Contact.

Deze beslissing is gegeven door A.M.J.G. van Amsterdam, voorzitter, J.C.J. Dute, lid-jurist, A. Medema, I. Weenink en J.W. Sollie, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door A. Tingen, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 5 november 2024.