

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2023/5654

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing van 23 februari 2024 op de klacht van:

A,
wonende te B,
klager,

tegen

C,
klinisch geriater,
destijds werkzaam te D,
verweester, hierna ook: de klinisch geriater,
gemachtigde: mr. E.E. Schmitt-Hoogeterp, werkzaam te Utrecht.

1. Waar gaat de zaak over?

1.1 De echtgenote van klager (hierna: de patiënte) is overleden aan een hartstilstand. De klinisch geriater is werkzaam in E (tegenwoordig F) waar de patiënte meerdere keren is opgenomen. Op 10 mei 2022 is de klinisch geriater in consult gevraagd door de hoofdbehandelaar van de patiënte. Zij heeft toen de patiënte gezien en een medicatieadvies gegeven met betrekking tot Tramadol. Klager verwijt de klinisch geriater dat zij een verkeerd medicatieadvies heeft gegeven en dat zij heeft geweigerd het medisch dossier van de patiënte na haar overlijden aan klager te verstrekken.

1.2 De klinisch geriater heeft het college verzocht klager niet-ontvankelijk te verklaren dan wel de klacht (kennelijk) ongegrond te verklaren.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat klager ontvankelijk is in zijn klacht, maar dat de klacht kennelijk ongegrond is. 'Kennelijk' betekent dat het niet nodig is om nog vragen aan de partijen te stellen en dat duidelijk is dat de klacht niet gegrond kan worden verklaard. Hierna licht het college toe hoe het tot deze beslissing is gekomen.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 19 mei 2023;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het aanvullende verweerschrift met de bijlagen;
- het proces-verbaal van het mondelinge vooronderzoek, gehouden op 6 november 2023.

2.2 Het college heeft de klacht in raadkamer behandeld. Dit betekent dat het college de zaak beoordeeld heeft op basis van de stukken, zonder dat de partijen daarbij aanwezig waren.

3. Wat is er gebeurd?

3.1 De patiënte, geboren in 1946, heeft zich op 23 april 2022 bij de spoedeisende hulp van E gemeld in verband met hoofdpijn. De patiënte was al bekend met hoofdpijn maar op 23 april 2022 nam de hoofdpijn toe. De behandelend neuroloog heeft een CT-scan laten maken. Hierop waren geen afwijkingen te zien. De neuroloog kwam tot de differentiaaldiagnose chronische hoofdpijn/spierspanning. Hij heeft in de brief aan de huisarts gevraagd of de huisarts het natriumgehalte in het bloed in de gaten kon houden omdat er sprake was van een laag natriumgehalte in het bloed bij al langer bestaande en bekende hyponatriëmie (natriumtekort).

3.2 Op 7 mei 2022 heeft de patiënte zich op de spoedeisende hulp gemeld van het F (locatie B). Daar is zij doorverwezen naar E (hierna: het ziekenhuis). Zij werd opgenomen op de afdeling cardiologie in verband met astma cardiale en hartritmestoornissen.

3.3 Op 9 mei 2022 werd de patiënte onrustig en vermoedde de hoofdbehandelaar, een cardioloog, een delier. Op 9 mei 2022 vond ook een medicatieverificatie plaats met klager en een medewerker van de apotheek.

3.4 Op 10 mei 2022 heeft de hoofdbehandelaar de klinisch geriater in consult gevraagd om advies te geven over de eventuele aanwezigheid van een delier en de gedrags- en psychische problematiek van de patiënte. De klinisch geriater heeft de anamnese afgenomen en lichamelijk onderzoek verricht. Ook heeft zij met de echtgenoot van patiënte gesproken. De klinisch geriater kwam tot de conclusie dat sprake was van somatische multiproblematiek met daarbij een verward toestandsbeeld, deels ook bij langer bestaande psychische en cognitieve klachten. De klachten die de patiënte had waren passend bij een delier, maar ook bij de al langer bestaande psychische klachten. Zij heeft toen onder andere geadviseerd te stoppen met het gebruiken van de Tramadol 50mg die de patiënte op dat moment volgens de medicatielijst zo nodig 1 keer per dag nam tegen haar hoofdpijn. Zij adviseerde om de Tramadol te vervangen door paracetamol tot 3000 mg/dag. De klinisch geriater heeft verder geregeld dat de volgende dag een herbeoordeling zou plaatsvinden door een collega klinisch geriater.

3.5 Op 11 mei 2022 is de patiënte beoordeeld door de collega-geriater. Zij concludeerde dat sprake was van een uitgebreide voorgeschiedenis waarin ook een analyse van cognitieve stoornissen heeft plaatsgevonden, zonder dat er een duidelijke oorzaak is gevonden. Zij gaf het advies om de Tramadol zo min mogelijk te gebruiken. De hoofdbehandelaar heeft de adviezen van de klinisch geriaters overgenomen. Op 12 mei 2022 is de patiënte ontslagen. In de brief aan de huisarts heeft de hoofdbehandelaar onder andere de volgende conclusies genoteerd: astma cardiale meest waarschijnlijk bij diastolische disfunctie bij hypertensie, ernstige hyponatriëmie, (bekende) macrocytaire anemie, AVNRT (hartritmestoornis) en gedragsproblematiek, desoriëntatie, psychische problematiek dan wel aanwijzingen voor een delier bij

vasculair beschadigd brein. Er werd verdere behandeling geadviseerd bij onder andere de polikliniek cardiologie.

3.6 Op 16 mei 2022 heeft klager contact opgenomen met de polikliniek geriatrie omdat het thuis niet langer ging met de patiënte. Zij had veel last van hoofdpijn. Klager sprak met de collega-geriater. Op 16 mei 2022 heeft de klinisch geriater, verweerder, de huisarts per brief geïnformeerd over de geriatrische bevindingen, de gegeven adviezen aan de hoofdbehandelaar en adviezen aan de huisarts.

3.7 Op 19 mei 2022 heeft de patiënte zich opnieuw op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis gemeld vanwege een toename van de hoofdpijn. Klager heeft de artsen toen verteld dat de hoofdpijn en verwardheid mogelijk werden veroorzaakt door het abrupt stoppen met de Tramadol. De patiënte werd vervolgens opgenomen vanwege hyponatriëmie, een verhoogde bloeddruk en de hoofdpijnklachten. Op 19 mei 2022 werd een CT-scan gemaakt en op 19 en 20 mei 2022 werd de patiënte beoordeeld door een neuroloog. De neuroloog vond het herstarten van de Tramadol of een afbouwschema niet geïndiceerd. Op de CT-scan werden geen afwijkingen gevonden. Op 21 mei 2022 mocht de patiënte naar huis.

3.8 Op 15 juni 2022 heeft de patiënte de spoedeisende hulp bezocht van het ziekenhuis in verband met kortademigheid, benauwdheid en pijn net onder het sternum. De patiënte is vervolgens opgenomen op de afdeling interne geneeskunde in verband met hyponatriëmie. Er werden aanvullende onderzoeken verricht, zoals een echo van het thorax-gebied en een CT-scan om longembolieën uit te sluiten. De resultaten van de onderzoeken waren niet afwijkend. Op 17 juni 2022 mocht de patiënte naar huis met het beleid de inname van vocht te beperken vanwege de hyponatriëmie

3.9 Op 23 juni 2022 kreeg de patiënte thuis last van hartritmestoornissen. Klager heeft daarop het noodnummer 112 gebeld. De patiënte is vervolgens opgenomen in het G locatie H. Op 4 juli 2022 is zij daar overleden aan een hartstilstand.

3.10 Op 15 september 2022 heeft er een nazorggesprek plaatsgevonden met klager, de dochter van de patiënte en de behandelend cardioloog. In voorbereiding op dit gesprek heeft klager het medisch dossier van de patiënte opgevraagd middels het aanvraagformulier van het ziekenhuis.

3.11 Op 20 september 2022 vond er ook een nazorggesprek plaats, ditmaal met de behandelend internist. Op 29 september 2022 heeft klager het aanvraagformulier om een afschrift van het medisch dossier van de patiënte te ontvangen, ingediend bij het ziekenhuis. Op 20 oktober 2022 vond er een nazorggesprek plaats met klager en de cardioloog en internist tezamen.

3.12 Op 15 februari 2023 heeft een jurist van de juridische afdeling klager bericht over zijn verzoek. Hierna is er nog een aantal keren heen en weer gemaïld over het verzoek en de reden daarvan.

3.13 Op 6 maart 2023 heeft de klinisch geriater een nazorggesprek gevoerd met klager en de dochter van de patiënte. Tijdens dit gesprek is ook gesproken over het

verzoek van klager het medisch dossier te willen ontvangen. Er werd afgesproken dat klager zich opnieuw zou wenden tot de juridische afdeling met zijn verzoek.

3.14 Op 8 maart 2023 heeft klager opnieuw een e-mail gestuurd naar de juridische afdeling van het ziekenhuis met daarin een nadere onderbouwing van zijn verzoek. Hierna zijn opnieuw enkele e-mails heen en weer gestuurd.

3.15 Op 19 juni 2023 heeft het ziekenhuis klager een brief gestuurd met daarin de mededeling dat de juridische afdeling van het ziekenhuis het verzoek van klager heeft beoordeeld en dat het verzoek is afgewezen omdat er geen sprake is van een wettelijke uitzondering om het medisch beroepsgeheim te doorbreken en het medisch dossier van de patiënte aan klager te overleggen.

4. De klacht en de reactie van de klinisch geriater

4.1 Klager verwijt de klinisch geriater dat zij:

- a) de patiënte heeft geadviseerd per direct te stoppen met Tramadol zonder daarbij gebruik te maken van een afbouwschema;
- b) geen vervangend medicijn heeft voorgeschreven om de ontwenningssverschijnselen te verhelpen;
- c) geen overleg heeft gepleegd met de cardioloog en de huisarts;
- d) weigert klager inzage te geven in het medisch dossier van de patiënte terwijl klager in G wel inzage heeft gekregen;
- e) verantwoordelijk is voor de dood van de patiënte.

4.2 De klinisch geriater heeft het college verzocht de klager niet-ontvankelijk te verklaren en de klacht dus niet inhoudelijk te behandelen. Voor het geval het college de klacht wel inhoudelijk gaat beoordelen, heeft de klinisch geriater het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren.

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

5. De overwegingen van het college Ontvankelijkheid

5.1 De klinisch geriater stelt zich op het standpunt dat klager niet-ontvankelijk is in zijn klacht. Er zijn daarvoor meerdere argumenten aangevoerd. Voor zover de klacht gaat over het medicatieadvies (klachtonderdelen a, b, c en e), kan klager niet als rechtstreeks belanghebbende worden aangemerkt omdat wordt betwijfeld of klager de veronderstelde wil van de patiënte vertegenwoordigt. Verder is er geen sprake van persoonlijke verwijtbaarheid van de klinisch geriater betreffende het klachtonderdeel over het verstrekken van het medisch dossier (d). En ten slotte maakt klager met het indienen van de klacht misbruik van het tuchtrecht. De klinisch geriater meent namelijk dat klager de tuchtrechtprocedure slechts gebruikt om te kunnen beschikken over het medisch dossier van zijn overleden echtgenote, terwijl eerdere verzoeken van klager daartoe onderbouwd zijn afgewezen door de juridische afdeling van het ziekenhuis.

5.2 Het college volgt dit standpunt niet. Het is vaste rechtspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) dat het recht van een naaste betrekking om een klacht in te dienen over de behandeling van een overleden patiënt is afgeleid van de veronderstelde wil van de patiënt. Het is tevens vaste rechtspraak (zie ECLI:NL:TGZCTG:2015:372) dat het niet de taak van de tuchtrechter is om in een

zaak waarin een naaste van een overleden patiënt een klacht indient, ambtshalve te onderzoeken of deze daadwerkelijk de wil van de overleden patiënt vertegenwoordigt. Dit betekent dat een klacht van een (directe) nabestaande in beginsel het oordeel rechtvaardigt dat die klager de wil van de overleden patiënt vertegenwoordigt. Er kunnen echter bijzondere omstandigheden zijn die aanleiding geven hieraan te twifelen. Van dergelijke bijzondere omstandigheden is het college niet gebleken. Klager was nauw betrokken bij de aan de patiënte verleende zorg. Verder blijkt ook uit niets dat de patiënte geen klacht had willen indienen.

5.3 Op zichzelf is juist dat het ontbreken van persoonlijke betrokkenheid van de klinisch geriater bij het (al dan niet) verstrekken van het dossier, klachtonderdeel d), aan een tuchtrechtelijk verwijt in de weg staat. Dat leidt echter niet tot niet-ontvankelijkheid van de klager, maar tot ongegrondverklaring van de klacht. Het college gaat op dit punt nader in bij de inhoudelijke beoordeling. Verder blijkt niet dat er sprake is van misbruik van het tuchtrecht. Het staat klager vrij als nabestaande een klacht in te dienen over het al dan niet verstrekken van het medisch dossier van de patiënte aan hem. Daar komt bij dat de klacht niet alleen gaat over het medisch dossier. Het is het college duidelijk geworden dat klager al sinds het overlijden van de patiënte zorgen heeft over het medicatieadvies van de klinisch geriater. Van misbruik van het tuchtrecht is het college niet gebleken. Alles overwegende, verklaart het college klager ontvankelijk in zijn klacht en zal het college de klacht inhoudelijk beoordelen.

Welke criteria gelden bij de beoordeling?

5.4 De vraag is of de klinisch geriater de zorg heeft verleend die van haar verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende klinisch geriater. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de klinisch geriater 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), b), c) en e) medicatieadvies

5.5 Deze klachtonderdelen worden, gezien hun samenhang, gezamenlijk besproken.

5.6 Klager verwijt de klinisch geriater dat zij de patiënte heeft geadviseerd per direct te stoppen met de Tramadol, zonder daarbij een afbouwschema te geven. Ook verwijt hij haar dat zij geen vervangend medicijn heeft voorgeschreven om de ontwenningsverschijnselen die de patiënte zou kunnen krijgen te verhelpen. Verder heeft zij geen overleg gevoerd met de cardioloog en huisarts alvorens haar advies te geven. Klager stelt dat door dit alles een onaanvaardbaar gezondheidsrisico is ontstaan voor de patiënte dat uiteindelijk de dood van de patiënte tot gevolg heeft gehad.

5.7 De klinisch geriater heeft aangevoerd dat Tramadol het opiaat is dat het grootste risico geeft op cognitieve bijwerkingen/delirium en om die reden ook in de zogenaamde Beers-lijst¹ als voorkeursmiddel om te stoppen is opgenomen. Nu bij de patiënte sprake was van cognitieve en psychische klachten, zij verward was en al bekend was met hyponatriëmie, waarvan de klachten mogelijk worden versterkt of (deels) worden veroorzaakt door het gebruik van Tramadol, achtte de klinisch geriater het passend

om te adviseren de Tramadol niet te gebruiken. Verder heeft zij een herbeoordeling geregeld door een collega-geriater de volgende dag omdat haar beoordeling gebaseerd was op een momentopname en het alsdan gebruikelijk is om de dag erna nog een beoordeling uit te voeren.

Zij licht toe dat de door klager genoemde ontwenningssverschijnselen niet zijn toe te schrijven aan het stoppen van Tramadol. De patiënte kende helaas een behoorlijke ziektegeschiedenis waar ook deze klachten al onderdeel van uit maakten. Verder was er geen aanleiding om in overleg te treden met de huisarts of cardioloog alvorens het geriatrisch advies te geven. De hoofdbehandelaar heeft, tezamen met het advies van de collega-geriater, het beleid bepaald. Nadien is de huisarts conform de reguliere werkwijze, per brief op de hoogte gesteld. De klinisch geriater betwist verder enig causaal verband tussen haar advies omtrent de Tramadol en het overlijden van de patiënte.

Geen afbouw schema en geen vervangend medicijn tegen onttrekkingsverschijnselen

5.8 Het college overweegt het volgende. Vooropgesteld wordt dat de betrokkenheid van de klinisch geriater bij de behandeling van de patiënte beperkt is geweest tot een intercollegiaal consult waarbij naast meerdere niet-medicamenteuze adviezen ook een medicatie-advies is gegeven aan de behandelend cardioloog. De klinisch geriater heeft daartoe op 10 mei 2022 de patiënte lichamelijk onderzocht en de (hetero-)anamnese afgenomen. Ook heeft zij informatie van de verpleegkundige tot zich genomen. Op basis daarvan heeft zij onder andere het advies gegeven de Tramadol te vervangen door paracetamol. Het is bekend dat Tramadol cognitieve bijwerkingen kan geven, zoals verwardheid. Gezien het gegeven dat de patiënte cognitieve problemen had en leed aan hyponatriëmie waarvan de klachten mogelijk worden versterkt of worden veroorzaakt door Tramadol, kan het college volgen dat de klinisch geriater heeft geadviseerd de Tramadol door paracetamol te vervangen. De klinisch geriater is ervan uitgegaan dat de patiënte op dat moment zo nodig maximaal 1x Tramadol 50mg per dag nam. Dit volgde uit het medicatieoverzicht dat opgesteld was na de medicatieverificatie van de apotheek met klager. Weliswaar stelt klager dat patiënte in werkelijkheid een hogere dosering nam, maar de klinisch geriater mocht uitgaan van de juistheid van het medicatieoverzicht. Gezien de lage dosering van zo nodig 1x Tramadol 50 mg per dag, is het niet onzorgvuldig om te adviseren met Tramadol te stoppen zonder een afbouwschema. Bij deze lage dosering is het niet de verwachting dat er heftige onttrekkingsverschijnselen optreden. Dit betekent ook dat het niet onzorgvuldig is dat de klinisch geriater behalve de paracetamol geen medicatie heeft voorgeschreven om de ontwenningssverschijnselen tegen te gaan. De klachtonderdelen a) en b) zijn kennelijk ongegrond.

Geen overleg huisarts en cardioloog

5.9 Uit het voorgaande volgt dat het advies van de klinisch geriater zorgvuldig tot stand is gekomen. Er bestond geen noodzaak daarbij andere zorgverleners te raadplegen. Zij heeft het advies aan de hoofdbehandelaar, de cardioloog, gegeven, die dit advies heeft overgenomen. De klinisch geriater heeft bovendien op 16 mei 2022 aan de huisarts een uitgebreide specialistenbrief gestuurd waarin ook stond dat de Tramadol gestopt werd. Ook de huisarts was hier dus van op de hoogte. Klachtonderdeel c) is kennelijk ongegrond.

Verantwoordelijk voor overlijden

5.10 Het college begrijpt dat klager nog met veel vragen en verdriet zit. Het college

ziet geen aanwijzingen voor een causaal verband tussen het stoppen met de Tramadol en het overlijden van de patiënte, maar het is niet aan het college om daarover te oordelen in deze procedure. Klachtonderdeel e) is kennelijk ongegrond.

5.11 Gezien het voorgaande zijn de klachtonderdelen a), b), c) en e) kennelijk ongegrond.

Klachtonderdeel d) weigeren inzage dossier

5.12 Klager verwijt de klinisch geriater dat zij heeft geweigerd inzage te geven in het medisch dossier van de overleden patiënte terwijl het G dit zonder probleem ter beschikking heeft gesteld. Klager stelt dat hij al vanaf augustus 2022 bezig is met het opvragen van het medisch dossier bij E.

De klinisch geriater heeft aangevoerd dat zij niet betrokken is geweest bij de afwegingen om wel of niet inzage in het medisch dossier van de patiënte toe te staan.

5.13 Het college stelt vast dat de klinisch geriater niet betrokken is geweest bij de beslissing het medisch dossier wel of niet te verstrekken. Het verzoek van klager is behandeld door de juridische afdeling van het ziekenhuis. Het is het college niet gebleken dat de klinisch geriater hierin is gekend door de juridische afdeling. Nu de klinisch geriater geen betrokkenheid heeft gehad bij de afhandeling van dit verzoek, valt haar daarvan reeds daarom geen (persoonlijk) tuchtrechtelijk verwijt te maken. Klachtonderdeel d) is kennelijk ongegrond.

Slotsom

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

6. De beslissing

De klacht is in al haar onderdelen kennelijk ongegrond.

Deze beslissing is gegeven op 23 februari 2024 door J.F. Aalders, voorzitter, E. Pans, lid-jurist, A.H. van Pagee, J. Edwards van Muijen, en J. Schuur, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door E.A. Weiland, secretaris.