

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2023/5284

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

ZWOLLE

Beslissing in raadkamer van 8 maart 2024 op de klacht van:

**A,**

wonende in B,

klaagster,

gemachtigde: mr. C. Grondsma, advocaat te Leeuwarden,

tegen

**D,** specialist ouderengeneeskunde,

(destijds) werkzaam in B,

verweerster, hierna ook: de specialist ouderengeneeskunde,

gemachtigde: mr. D. Kuijken, advocaat te Groningen.

### 1. De zaak in het kort

1.1 De vader van klaagster verbleef in de woonzorginstelling waar de specialist ouderengeneeskunde werkte. Klaagster verwijt de specialist ouderengeneeskunde dat hij onzorgvuldig is geweest bij het bepalen en voeren van het medicatiebeleid en in de communicatie over – onder meer – dit medicatiebeleid.

1.2 Het college komt tot het oordeel 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 17 januari 2023;
- het verweerschrift met de bijlagen, ontvangen op 26 april 2023;
- de repliek met bijlagen, ontvangen op 15 juni 2023;
- de dupliek met bijlagen, ontvangen op 29 juni 2023;
- de brief van 25 september 2023 van de gemachtigde van klaagster, met bijlagen;
- het proces-verbaal van het mondelinge vooronderzoek, gehouden op 5 oktober 2023, met aangehecht een brief van de gemachtigde van klaagster van 5 oktober 2023 met bijlage, een brief van de gemachtigde van de specialist ouderengeneeskunde van 26 oktober 2023 en een brief van de gemachtigde van klaagster van 30 oktober 2023;
- de brief van de gemachtigde van de specialist ouderengeneeskunde van 20 oktober 2023 met bijlagen;
- de brief van de gemachtigde van klaagster van 15 november 2023.

2.2 De klacht werd oorspronkelijk mede namens F ingediend. Na zijn overlijden in maart 2023 werd de klacht voortgezet door de overgebleven klaagster, zijn dochter.

2.3 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. Gelijktijdig met de klacht tegen de specialist ouderengeneeskunde zijn klachten ingediend tegen een verpleegkundig specialist en een specialist ouderengeneeskunde. Deze klachten hangen samen met de klacht tegen de specialist ouderengeneeskunde en hebben als kenmerk Z2023/5283 en Z2023/5285. In alle zaken wordt gelijktijdig uitspraak gedaan.

### 3. De feiten

3.1 De klacht gaat over de behandeling van F, geboren in 1935 en overleden in 2023 (hierna: patiënt). Patiënt leed aan vasculair parkinsonisme en verbleef sinds 4 september 2020 op een woonzorglocatie van G. De verpleegkundig specialist voerde het opnamegesprek met patiënt en zijn dochters.

3.2 In oktober 2020 werd de dosering levodopa met carbidopa (Sinemet) – die de patiënt al bij opname gebruikte - in overleg met patiënt en familie door de verpleegkundig specialist verhoogd van 4 x 125 mg per dag naar 4 x 187,5 mg per dag.

3.3 Klaagster e-mailde op 28 december 2020 aan de verpleegkundig specialist en de specialist ouderengeneeskunde dat zij zich zorgen maakte over verwardheid bij haar vader. Ze verzocht de Sinemet terug te brengen naar de oude dosering. Op 29 december 2020 stuurde klaagster een tweede e-mail en op 30 december 2020 een derde e-mail. Die dag nam een collega van de verpleegkundig specialist contact op met klaagster en verlaagde zij de dosis Sinemet. Zij noteerde te letten op vochtinname.

3.4 Begin 2021 vroeg klaagster de neuroloog waar patiënt onder behandeling was geweest per e-mail advies over de medicatie. De neuroloog liet in een e-mail van 3

februari 2021 weten dat het in het algemeen, zeker bij de diagnose vasculair parkinsonisme, bijzonder raadzaam kon zijn om de levodopa te verlagen. Hij schreef voorts:

*“- Madopar disper (wordt sneller opgenomen na de levodopa/carbidopa en wordt vooral bij start problemen gegeven) staken.*

*- Een week later levodopa/carbidopa verlagen naar 4dd 62,5 mg.*

*- Indien na twee weken geen duidelijk negatieve effecten zoals toegenomen verstijving kan de levodopa/carbidopa gestaakt worden.”*

3.5 Klaagster stuurde de e-mail van de neuroloog de volgende dag door naar de verpleegkundig specialist en de specialist ouderengeneeskunde. Zij schreef onder meer het voorstel van de neuroloog met haar vader besproken te hebben en dat hij het voorstel graag zou volgen.

3.6 De verpleegkundig specialist nam op 5 februari 2021 contact op met de specialist ouderengeneeskunde voor overleg. De specialist ouderengeneeskunde gaf tijdens dit overleg aan dat als de verpleegkundig specialist van oordeel was dat patiënt wilsbekwaam was, zij het voorstel van klaagster in ieder geval met patiënt zou moeten bespreken. De verpleegkundig specialist besprak het verzoek van klaagster op 5 februari 2021 met patiënt.

3.7 Klaagster stuurde op 5 februari 2021 een e-mail aan de specialist ouderengeneeskunde waarin zij onder meer beschreef dat zij geprobeerd had contact met hem te krijgen, maar dat zij via de receptioniste had begrepen dat hij haar niet te woord wilde staan en het de volgende dag met de verpleegkundig specialist diende te bespreken. Klaagster schreef ook ontdaan te zijn dat het niet mogelijk was contact te hebben.

3.8 De specialist ouderengeneeskunde had op 9 februari 2021 telefonisch contact met klaagster. Van dit gesprek noteerde hij:

*“[...] Dochter is ontstemd over het feit dat collega [naam verpleegkundig specialist] vrijdag een gesprek heeft gehad met haar vader zonder haar aanwezigheid. Besproken dat [naam verpleegkundig specialist] als VS zelfstandig bevoegd is om medische (be)handelingen te verrichten en indien nodig met mij overlegt, maar ik als SO niet medisch eindverantwoordelijk ben. Tevens besproken dat dhr. wilsbekwaam is en ik het legitiem vind dat [naam verpleegkundig specialist] eerst met dhr. heeft gesproken, alvorens een familiegesprek met dochter(s) erbij te plannen. Dochter is het hier niet mee eens, uiteindelijk ook geconcludeerd dat we het op dit punt niet eens blijven. In het gesprek morgen zal door [naam verpleegkundig specialist] het verdere behandelbeleid worden besproken.”*

3.9 Op 10 februari 2021 vond een gesprek plaats met onder meer klaagster, de patiënt en de verpleegkundig specialist. Besloten werd het voorstel van de neuroloog te volgen.

3.10 Klaagster stuurde op 11 februari 2021 een brief aan de klachtencoördinator van G.

3.11 Op 12 maart 2021 sprak klaagster met de specialist ouderengeneeskunde, de verpleegkundig specialist, de leidinggevende zorg van de locatie en de clustermanager. In een brief van 18 maart 2021 beschreef de clustermanager de gemaakte afspraken en stelde hij voor de klacht als afgehandeld te beschouwen.

3.12 Klaagster diende op 2 juli 2021 een klacht in bij de Geschillencommissie Zorg. De klacht had betrekking op de kwaliteit van zorg bij G en verlies van mobiliteit van patiënt na verhuizing naar de zorglocatie van G.

3.13 Ondertussen was na het staken van de medicatie vanaf begin maart 2021 de dosis weer stapsgewijs opgehoogd tot uiteindelijk per 6 oktober 2021 een dosis van 125 mg 4dd.

3.14 Mondelinge behandeling van de klacht vond plaats op 18 januari 2022. De specialist ouderengeneeskunde was hier niet bij aanwezig. Het Bindend Advies van de Geschillencommissie werd op 24 februari 2022 verzonden. Voor zover de klacht ging over de controle op vochtinname werd deze gegrond verklaard. Voor zover de klacht ging over het constateren van urineweginfecties werd deze gedeeltelijk gegrond verklaard. De klacht over medicatiebeleid, mobiliteit en communicatie en bejegening werd ongegrond verklaard.

3.15 Na de klachtbehandeling hebben nog gesprekken plaatsgevonden met klaagster en medewerkers van de instelling. De specialist ouderengeneeskunde is hier niet bij betrokken geweest.

#### **4. De klacht en de reactie van de specialist ouderengeneeskunde**

4.1 Klaagster verwijt de specialist ouderengeneeskunde:

- a. het bepalen en voeren van een onzorgvuldig medicatiebeleid door levodopa voor te schrijven ondanks dat die gecontra-indiceerd was, ondanks signalen dat de toestand van patiënt na het ophogen verslechterde en ondanks een advies van de behandelend neuroloog;
- b. onzorgvuldige communicatie over de medicatie en het negeren van de volmacht. Klaagster werd als gevolmachtigde onterecht genegeerd toen zij per e-mails van 28, 29 en 30 december 2020 haar zorgen uitsprak en zij werd op 5 februari 2021 ten onrechte buitengesloten door het bespreken van het voorstel van de neuroloog met alleen patiënt. Ook is er niet gesproken over de gevolgen van de ophoging van de medicatie;

Klaagster licht toe dat niet duidelijk was wie de regiebehandelaar was.

4.2 De specialist ouderengeneeskunde heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren. Hij voert aan dat hij in de periode waarover de klacht gaat op de COVID-afdeling van de zorginstelling werkte en niets te maken had met de zorg aan en het medicatiebeleid voor patiënt. De specialist ouderengeneeskunde heeft klaagster duidelijk aangegeven dat de verpleegkundig specialist de regiebehandelaar was en verantwoordelijk voor de zorg en het medicatiebeleid van patiënt. Wel is het zo dat de verpleegkundig specialist met hem kan overleggen als dat nodig is. Een

dergelijk intercollegiaal overleg betekent niet dat de specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk is voor het medicatiebeleid. Het overleg tussen de specialist ouderengeneeskunde en de verpleegkundig specialist op 5 februari 2021 ging ook niet over de inhoud van het medicatiebeleid maar alleen over de vraag of dit eerst met patiënt besproken moest worden.

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

## 5. De overwegingen van het college

### *De positie van de specialist ouderengeneeskunde in relatie tot de verpleegkundig specialist*

5.1 In de gezondheidszorg is sinds een aantal jaren sprake van een taakherschikking. Deze houdt – kort gezegd – in dat taken die voorheen voorbehouden waren aan artsen, (zelfstandig) kunnen worden uitgevoerd door andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Sindsdien heeft de verpleegkundig specialist een eigen positie in de zorg. Met de Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten en artikel 36 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is dit in wet- en regelgeving vastgelegd. In het “Beroepsprofiel verpleegkundig specialist”, uitgegeven door V&VN in januari 2019, is een uitgebreide beschrijving gegeven van de deskundigheid, competenties en bevoegdheden van een verpleegkundig specialist. Voor zover hier van belang gaat de verpleegkundig specialist op basis van een zelfstandige bevoegdheid en als zelfstandig behandelaar een behandelrelatie aan met een patiënt, bijvoorbeeld binnen een instelling voor ouderenzorg. De verpleegkundig specialist kan daarbij optreden als regievoerend behandelaar. De verpleegkundig specialist biedt integrale behandeling aan patiënten op basis van klinisch redeneren in complexe zorgsituaties. Daarbij bewaakt de verpleegkundig specialist de grenzen van de eigen bevoegdheid en voert naar eigen inzicht collegiaal overleg met een medisch specialist.

5.2 Binnen de organisatie gold de afspraak dat de verpleegkundig specialist regiebehandelaar was. De specialist ouderengeneeskunde was geen (mede)behandelaar maar was wel beschikbaar voor collegiaal overleg. Uit de overgelegde stukken blijkt niet dat de specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk kan worden gehouden voor eventuele verwarring die mogelijk bij klaagster is ontstaan over de vraag wie regiebehandelaar was. De specialist ouderengeneeskunde heeft zich op geen enkel moment als regiebehandelaar gepresenteerd. Dat een medewerker van de organisatie op enig moment zijn naam aan klaagster heeft doorgegeven omdat het ziekenhuis de naam van de verpleegkundig specialist niet als behandelaar in het systeem kon zetten, kan hem niet worden verweten. Dat geldt ook voor ontstane verwarring door eventueel onjuist of verouderd foldermateriaal van de instelling.

### *Reikwijdte van de volmacht*

5.3 Patiënt heeft in een levenstestament onder meer klaagster als gevolmachtigde aangewezen inzake geneeskundige aangelegenheden. Deze volmacht geldt in het geval patiënt naar het oordeel van een hulpverlener niet meer in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van zijn gezondheid en zorgbehoeften (p. 6 van het levenstestament). Zolang en voor zover patiënt (nog) wel in staat is tot een redelijke waardering van genoemde belangen zal een te nemen beslissing over zijn gezondheid met hem besproken en aan hem overgelaten moeten worden. Het is aan de patiënt om deze beslissing vervolgens al dan niet in overleg met zijn naasten te nemen.

Klachtonderdeel a) Medicatiebeleid

5.4 Op het moment dat patiënt bij de instelling kwam wonen gebruikte hij al Sinemet. In overleg met patiënt en zijn dochters heeft de verpleegkundig specialist gedurende het verblijf van patiënt bij de instelling de dosering enkele malen aangepast. De specialist ouderengeneeskunde is bij deze beslissingen niet betrokken geweest en kan hier ook niet in tuchtrechtelijke zin verantwoordelijk voor worden gehouden.

Klachtonderdeel a is ongegrond.

Klachtonderdeel b) onzorgvuldige communicatie over de medicatie/negeren van de volmacht

5.5 De specialist ouderengeneeskunde was niet betrokken bij de behandeling en mocht er dus van uitgaan dat de verpleegkundig specialist als regiebehandelaar en persoon die het medicatiebeleid bepaalde, zou reageren op de door klaagster op 28, 29 en 30 december 2020 gestuurde e-mails. Voor de specialist ouderengeneeskunde was er geen aanleiding om de behandeling van de e-mail naar zich toe te trekken.

5.6 Bij het telefonisch overleg dat de verpleegkundig specialist op 5 februari 2021 voerde met de specialist ouderengeneeskunde, gaf zij aan van oordeel te zijn dat patiënt op dat moment wilsbekwaam was. Gezien de hiervoor weergegeven reikwijdte van de volmacht was het door de specialist ouderengeneeskunde gegeven advies het voorstel tot afbouw van de medicatie eerst met patiënt te bespreken niet in strijd met de volmacht en ook overigens niet onzorgvuldig.

Klachtonderdeel b is ongegrond.

Slotsom

5.7 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat alle klachtonderdelen kennelijk ongegrond zijn.

## 6. De beslissing

De klacht is in al haar onderdelen kennelijk ongegrond.

Deze beslissing is gegeven op 8 maart 2024 door P.A.H. Lemaire, voorzitter, E. Linthorst en A.G.M. Beckers, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door M. Keukenmeester, secretaris.

secretaris

voorzitter

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

- a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als
- het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard, of
  - als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

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

- b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.
- c. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.