



NIET -
ONTVANKELIJK

▶ ONGEGROND/
AFGEWEZEN

Geen inzicht tonen, of gewoon oneens met tuchtcollege?

De nicht en mentor van een inmiddels overleden vrouw klaagt over drie specialisten ouderengeneeskunde. Hieronder is de zaak afgedrukt tegen de zogenaamde 'eerste arts' van de instelling waar haar tante was opgenomen. In die hoedanigheid had hij een bestuurlijke functie; hij was – met anderen samen – onder meer verantwoordelijk voor het medisch beleid binnen de instelling. De nicht vindt dat hij die niet goed heeft uitgevoerd: te weinig toezicht op medisch handelen, beleid en administratie. Het regionaal tuchtcollege (RTG) geeft haar gelijk en berispt de arts. Wat bij

die beslissing meespeelt, is het gebrek aan inzicht en zelfreflectie dat hij zou hebben getoond op de zitting. Hij gaat in beroep en krijgt van het Centraal Tuchtcollege (CTG) gelijk. Dat vindt de klacht ongegrond, en de berisping komt te vervallen. Het CTG vindt dat artsen in managementfuncties enige beleidsvrijheid toekomt. In dit geval kan hij trouwens ook aantonen dat hij zijn taken voldoende heeft uitgevoerd. Zaken zoals deze, waarbij artsen niet direct bij de behandeling van een patiënt betrokken waren, maar zich vanwege bestuurlijk of leidinggevend han-

delen moeten verantwoorden, zijn lastig. In hoeverre reikt iemands verantwoordelijkheid, en wanneer is een tuchtrechtelijke beoordeling op zijn plaats? Daar is discussie over mogelijk, lijkt ons. Dat blijkt ook wel uit de verschillende oordelen van RTG en CTG. Daarom is het wat wrang als een tuchtrechter, in deze casus het regionaal tuchtcollege, juist in zulke gevallen een 'gebrek aan inzicht en zelfreflectie' als verzwarende factor ziet.

Sophie Broersen, arts/journalist
Anneloes Rube, jurist KNMG

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 2 februari 2017

(ingekort door redactie Medisch Contact)

Beslissing in de zaak onder nummer C2015.327 van A, specialist ouderengeneeskunde, werkzaam te B, appellant, verweerder in eerste aanleg, (...) tegen C, wonende te D, gemeente E, verweerder in beroep, klagster in eerste aanleg, (...).

01

Verloop van de procedure

C, hierna klagster, heeft op 2 januari 2014 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen A, hierna appellant, een klacht ingediend. Bij beslissing van 21 juli 2015, onder nummer 14/021, heeft dat college de klacht gegrond verklaard en appellant daarvoor de maatregel van berisping opgelegd, met publicatie. (...)

02

Beslissing in eerste aanleg

Het regionaal tuchtcollege heeft aan zijn beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

'2 De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter zitting is besproken, kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Klagster is de nicht en mentor geweest van wijlen mevrouw J, geboren in 1929 en overleden in 2012. De klacht gaat over de behandeling van mevrouw J, hierna te noemen: patiënte, op de locatie 'K' van L, hierna ook: de instelling.

2.2 Verweerder is sinds 1990 verbonden aan de instelling. Verweerder was sedert 2009 eerste arts van de instelling en in samenwerking met de andere eerste artsen verantwoordelijk voor het medisch beleid binnen L. Verweerder geeft operationeel en hiërarchisch leiding aan het team van artsen in de regio centrum. Verweerder is als eerste arts verantwoordelijk voor een adequate en uniforme uitvoering van de relevante wet- en regelgeving zoals Bopz en WGBO. Daarnaast vervult verweerder een adviesfunctie voor de locatiemanagers, het managementteam en de raad van bestuur van L met betrekking tot medisch-ethische vraagstukken, inzake het te voeren beleid en de voorwaarden die daarvoor noodzakelijk worden geacht.

2.3 L heeft een aantal 'groepswonen'-locaties, waar mensen wonen in kleinschalig groepsverband van twaalf personen in een huis. Patiënte verbleef in zo'n kleinschalige woongroep. Zij leed aan de ziekte van Alzheimer. (...)

2.7 Het papieren medisch dossier werd tijdens het verblijf van patiënte op de locatie waar zij woonachtig was bewaard. Er werd

nog geen gebruikgemaakt van een digitaal dossier.

2.8 Naast het medisch dossier werd per bewoner een papieren zorgdossier bijgehouden. Dit dossier werd bijgehouden door de verzorging. In het zorgdossier bevonden zich ook artsenbladen, waarop de afspraken over de patiënt met de artsen werden geschreven.

2.9 In 2007 heeft klagster een zorgplan getekend waarin is opgenomen ‘actief beleid, wel reanimeren.’ Het zorgplan is later door de verzorgers van de patiënte gewijzigd waarbij ten aanzien van het beleid is opgenomen ‘actief, niet reanimeren’. Dit zorgplan is door klagster niet getekend.

2.10 Medio 2011 werd medicatie via een elektronisch systeem, Omnihis geheten, voorgeschreven waarbij dat systeem ook deels werd gebruikt als medisch dossier. De informatie die in Omnihis werd geschreven, werd geprint door de arts of dokters-assistente en in het papieren medisch dossier gevoegd. Het papieren medisch dossier was leidend.

3 De klacht en het standpunt van klagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorgvuldigheid die hij jegens patiënte behoorde te betrachten door: onvoldoende toezicht te houden op het medisch handelen, het medisch beleid en de gevoerde medische administratie. (...)

5 De overwegingen van het college

(...)

5.4 In deze zaak staat vast dat verweerder niet als arts bij de behandeling van mevrouw J betrokken is geweest. Conform vaste jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege kan een arts in een bestuurlijke en/of leidinggevende functie voor zijn handelen tuchtrechtelijk toch aansprakelijk zijn. De tuchtnormen zoals neergelegd in artikel 47, eerste lid, van de Wet BIG betreffen niet alleen handelen of nalaten in strijd met de zorg die men als beroepsbeoefenaar behoort te betrachten (eerste tuchtnorm) maar ook enig ander handelen of nalaten van een beroepsbeoefenaar in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg (de tweede tuchtnorm). (...)

Het medisch dossier

5.5 Vooropstaat dat het ten behoeve van de continuïteit van een ingezette behandeling nodig is dat het medisch dossier van een patiënt voorhanden en goed toegankelijk is, dat wil zeggen dat het een compleet geheel is, helder en overzichtelijk en goed leesbaar. Het moet zo zijn ingericht dat een (waarnemend) behandelaar zich op korte termijn in het dossier kan inlezen. Indien het dossier niet aan de wettelijke verplichtingen voldoet, behoort het tot de taken van de eerstverantwoordelijke arts om dit te signaleren en te verbeteren. In het onderhavige geval heeft

onduidelijkheid bestaan over het te voeren beleid ten aanzien van patiënte; het was niet duidelijk of er al dan niet een actief beleid bestond en of zij wel of niet wenste te worden gereanimeerd. Het behoort tot de taken van verweerder duidelijke protocollen/beleid op te stellen omtrent het vastleggen van afspraken over het beleid en wel of niet reanimeren. Ook over het zorgplan bestond verwarring. Het zorgplan uit 2007 waarin een actief (reanimeer)beleid stond genoteerd, was getekend door klagster als mentor. Het zorgplan uit 2011 was niet getekend, maar bevond zich wel in het zorgdossier. Het voorblad in het medisch dossier van patiënte stamde uit 2008 en was niet geactualiseerd. Beleid over het regelmatig voeren van gesprekken tussen de artsen en de mentor waarbij ook de zorgplannen worden doorgenomen was er niet. Ter zitting heeft verweerder toegelicht dat twee keer per jaar een mdo plaatsvond waarbij het medisch beleid werd meegenomen. Zonder wijziging werd het zorgplan door de verzorgenden met de familie besproken. Alleen bij een wijziging van het medisch beleid volgde een uitnodiging aan de familie voor een gesprek met de arts. Dit betekent dat er geen beleid bestond waarbij met enige regelmaat gesprekken plaatsvonden tussen in dit geval de mentor en de behandelende artsen. De zorg voor dergelijk beleid valt onder de verantwoordelijkheid van verweerder. Het ontbreken van deze organisatie van de zorg, het ontbreken van een cyclus in gesprekken tussen artsen en in dit geval klagster als mentor van patiënte, het ontbreken van beleid ten aanzien van actualisatie van de voorbladen in het medisch dossier, valt onder de verantwoordelijkheid van verweerder als eerste arts. Over dossiervoering dient duidelijk beleid te zijn opgesteld zodat artsen elkaar deugdelijk kunnen vervangen zonder dat informatie verloren gaat en verantwoorde zorg mogelijk is. Juist nu gebleken is dat er een grote doorstroom c.q. verloop van artsen was binnen L is het essentieel dat de dossiervoering en beleid omtrent de zorg duidelijk zijn geregeld. Hierin is verweerder tekortgeschoten.

5.6 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in al haar onderdelen gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet BIG (tweede tuchtnorm) jegens patiënte had behoren te betrachten. Het college stelt vast dat verweerder geen tuchtrechtelijke antecedenten heeft, maar dat hij ter zitting geen inzicht heeft getoond in zijn verantwoordelijkheden als eerst medisch verantwoordelijke en zijn tekortschieten daarin. Verweerder heeft geen zelfreflectie getoond. Nu het handelen van verweerder verwijtbaar en laakbaar is en gegeven het gebrek aan inzicht in de onjuistheid van zijn handelen kan niet worden volstaan met een waarschuwing en acht het college het opleggen van de maatregel van berisping aangewezen. (...)

03

Vaststaande feiten en omstandigheden

(...)

04

Beoordeling van het beroep

4.1 Appellant is in beroep gekomen tegen de gegrond verklaarde klacht dat hij onzorgvuldig heeft gehandeld door onvoldoende toezicht te houden op het medisch handelen, het medisch beleid en de gevoerde medische administratie. (...)

4.7 De vraag is dan of het optreden van appellant als eerste medisch verantwoordelijke wat betreft het medisch handelen, het medisch beleid en de gevoerde medische administratie, in strijd is geweest met het belang van de individuele gezondheidszorg. (...)

4.9 Voorts dient bij de tuchtrechtelijke beoordeling van handelen of nalaten in het kader van de tweede tuchtnorm bij bestuurlijke of leidinggevende functies, zoals hier aan de orde, terughoudendheid te worden betracht omdat de betrokken zorgverlener – kort gezegd – in zijn (zorg)managementfunctie een bepaalde mate van beleidsvrijheid toekomt, ook als de keuzes die hij als (zorg)manager maakt gevolgen kunnen hebben voor de individuele zorgverlening.

4.10 Deze terughoudendheid brengt mee dat appellant, behoudens bijzondere omstandigheden die in dit geval niet zijn gesteld of gebleken, in beginsel niet verantwoordelijk is voor de inhoud van de medische administratie (het medisch dossier). Appellant kan wel (mede)verantwoordelijk worden gehouden voor een deugdelijk beheer daarvan.

4.11 Appellant heeft in de stukken en ter zitting – onweersproken – uiteengezet dat hij bij zijn aantreden als eerste medisch verantwoordelijke in 2009 knelpunten heeft gesignaleerd ter zake van de dossiervorming – toen nog losbladige papieren dossiers op locatie – vanwege de wisselende medische bezetting op de verschillende locaties bij een toenemende spreiding van patiënten over meerdere kleinschalige woonvoorzieningen, waartoe begin jaren 2000 was besloten. Appellant heeft evenals zijn voorganger deze knelpunten bij de raad van bestuur aan de orde gesteld en geadviseerd om te komen tot één digitaal dossier dat vanaf alle locaties toegankelijk is. Hij was niet in de positie om zelf hierover te beslissen. Het Centraal Tuchtcollege acht de implementatieperiode van twee jaar (2010-2012) niet ongebruikelijk lang. Dat niet eerder dan in 2010 gestart is met de implementatie van het elektronisch patiëntendossier valt appellant niet aan te rekenen, omdat hij pas in 2009 in functie was getreden.

4.12 Voorts heeft appellant aannemelijk gemaakt dat er (gedurende de transitiefase) beleidsafspraken golden ter zake van het medisch dossier. Zo was het papieren medisch dossier steeds leidend en maakte een aantekening in het elektronisch medicatievoorschriftsysteem (Omnihis) pas officieel deel uit van het medisch dossier als het was afgedrukt en fysiek in het medisch dossier was gevoegd. Artsen werden geacht het medisch beleid en eventuele wijzigingen zowel in het medisch dossier als met vermelding van naam, datum en paraaf aan te tekenen op het voorblad van het medisch dossier. Was de arts niet in huis dan werd het papieren zorgdossier bijgewerkt door het verzorgend of verpleegkundig personeel en werden de aantekeningen uit Omnihis later ingevoegd. Hoewel ter zitting is gebleken dat de beleidsafspraken rondom het beheer van het medisch dossier door de individuele artsen uniformer nageleefd hadden kunnen worden, is het Centraal Tuchtcollege – in acht genomen de hier te betrachten terughoudendheid – van oordeel dat appellant voldoende randvoorwaarden heeft gecreëerd om op zorgvuldige wijze een adequate medische dossiervoering te waarborgen. Overigens is het Centraal Tuchtcollege niet gebleken dat het medisch dossier van patiënte incompleet was.

4.13 Wat betreft de zorgplannen heeft klaagster terecht opgemerkt dat in het medisch dossier van patiënte zorgplannen d.d. 15 juni 2010 en d.d. 20 juli 2011 waren opgenomen, waarvan het medisch beleid door een specialist ouderengeneeskunde was geaccordeerd door middel van een paraaf, maar die niet door klaagster als wettelijk vertegenwoordiger van patiënte waren ondertekend. Dit, terwijl daarin een gewijzigd medisch beleid ten aanzien van de reanimatie was opgenomen, te weten ‘actief, geen reanimatie’ ten opzichte van het laatste – door klaagster wel ondertekende – zorgplan van 19 september 2007, waarin een beleid van ‘actief, ook reanimeren’ was afgesproken. Anders dan klaagster heeft betoogd, kan appellant hierop niet tuchtrechtelijk worden aangesproken. Conform de systematiek van de medische dossiervorming binnen de woongroep waar patiënte verbleef, was het medisch beleid van de artsen opgenomen in het zorgplan. Appellant was als eerste medisch verantwoordelijke enkel verantwoordelijk voor het algemeen toezicht op de wijze van vastlegging in zorgplannen van het medisch beleid in individuele gevallen. Het medisch beleid was in dit geval in beide zorgplannen door een specialist ouderengeneeskunde gezien en met een paraaf geaccordeerd. Niet appellant, maar de teamleider verzorging droeg volgens appellant vervolgens, conform vast beleid, de verdere verantwoordelijkheid voor de zorgplannen en de ondertekening daarvan door de wettelijk vertegenwoordiger, in dit geval klaagster. De teamleidster verzorging, noch het verzorgend personeel valt onder de verantwoordelijkheid van appellant. Gelet op eerder genoemde te betrachten terughoudendheid voert het te ver om appellant als eerste medisch verantwoordelijke (mede) tuchtrechtelijk verantwoordelijk te houden voor het in dit individuele geval in het zorgplan opgenomen of overgenomen gewijzigde reanimatie-

beleid. Overigens is het reanimatiebeleid bij patiënte in de praktijk niet aan de orde is geweest, nu bij patiënte palliatief beleid is ingezet.

4.14 In het verlengde hiervan merkt het Centraal Tuchtcollege nog op dat de beleidsmatige afspraken binnen de woongroep rondom het (accorderen van een) zorgplan en het daarin opgenomen medisch beleid in beginsel helder waren. Dat in het onderhavige geval deze afspraken niet (voldoende) zijn nageleefd, leidt niet tot tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van appellant.

4.15 Wat betreft het toezicht op het medische handelen overweegt het Centraal Tuchtcollege dat door appellant onbetwist is aangevoerd dat patiënten in de woongroep één dagdeel per week werden bezocht door een specialist ouderengeneeskunde en dat er verder altijd verzorgend of verpleegkundig personeel aanwezig was dat, indien daarvoor een noodzaak bestond, buiten voornoemd regulier wekelijkse bezoek om, een specialist ouderengeneeskunde of een huisarts in consult kon roepen. Appellant heeft daarmee als eerste medisch verantwoordelijke voldoende randvoorwaarden gecreëerd voor het verlenen van adequate medische zorg. (...)

4.16 De slotsom is dat appellant bij de uitvoering van zijn beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwaame beroepsuitoefening en niet in strijd heeft gehandeld met de tweede tuchtnorm. Dit betekent dat de beslissing van het regionaal tuchtcollege moet worden vernietigd en dat de klacht alsnog (op alle onderdelen) ongegrond wordt verklaard. Dit brengt mede dat de maatregel van berisping komt te vervallen. (...)

05

Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

- vernietigt de beslissing waarvan beroep;

en opnieuw rechtdoende:

- verklaart de klacht alsnog ongegrond;

- de maatregel van berisping komt te vervallen. (...)

Deze beslissing is gegeven door mr. K.E. Mollema, voorzitter, mr. Y.A.J.M. van Kuijk en mr. drs. R. Prakke-Nieuwenhuizen, leden-juristen, drs. C. de Graaf en drs. P.J. Schimmel, leden-beroepsgenoten, en mr. D. Brommer, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 2 februari 2017. ■

web

De volledige tekst van deze uitspraak staat op medischcontact.nl/tuchtrecht. Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

Voor meer uitspraken zie tuchtrecht.nl.

OPVALLENDE UITSPRAKEN

● Geen ongebruikelijke dosering morfine

Klachten tegen specialist ouderengeneeskunde, ingediend door partner van overleden patiënt. Patiënt was vanwege dementie opgenomen in een verpleeghuis en leed ook aan darmkanker, waarvoor een palliatief beleid werd gevoerd. Patiënt liep een heupfractuur op en is niet ingestuurd naar het ziekenhuis, vanwege zijn slechte conditie en het gebrek aan therapeutische mogelijkheden. De specialist ouderengeneeskunde besloot tot een conservatief beleid met morfine als pijnstilling. Enkele dagen later overleed patiënt. Klaagster verwijt de arts onder andere dat hij een te hoge dosis morfine voorschreef, waardoor haar partner is overleden.

Het Centraal Tuchtcollege overweegt dat een hoge dosering van dit middel als neveneffect kan hebben dat de dood (sneller) intreedt. Hier ging het om een voor pijnbestrijding niet ongebruikelijke dosering. Klacht ongegrond.

CTG, 13 juni 2017

● (Dubbel)check bij medicatietoediening achterwege gelaten

Klacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) tegen een anesthesioloog die ten onrechte heeft nagelaten een check en dubbelcheck uit te voeren waardoor bij patiënt een verkeerd geneesmiddel is ingespoten. Patiënt is na geruime tijd te hebben verbleven in revalidatiecentrum uiteindelijk overleden. De anesthesioloog heeft, nadat hij zijn fout had ontdekt, adequaat gehandeld om de schade voor de patiënt zoveel mogelijk te beperken.

Het regionaal tuchtcollege ziet daarom geen aanleiding voor een zwaardere maatregel dan een berisping. Het college vindt dat het belang van de check en de dubbelcheck bij het klaarmaken en toedienen van medicatie niet vaak genoeg onder de aandacht kan worden gebracht. Ook in deze zaak blijkt hoeveel schade de toediening van onjuiste medicatie bij een patiënt teweeg kan brengen en hoeveel impact dit op de zorgverlener zelf en zijn werkomgeving heeft.

RTG Den Haag, 13 juni 2017

Elke week selecteren KNMG-juristen opvallende uitspraken in het gezondheidsrecht. Een volledig overzicht kunt u vinden op medischcontact.nl/recht. Tegen uitspraken van regionale tuchtcolleges kan tot zes weken na de uitspraak nog hoger beroep worden aangekend.

