



NIET -
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/
AFGEWEZEN

Verdient familie jongdementerende meer aandacht?

Een 66-jarige man met alzheimer kan niet langer thuisblijven, vanwege agressief gedrag. Er is geen plek in de psychiatrie, hij belandt in een verpleeghuis, tussen veel oudere patiënten. Men tobt met de medicatie, de familie is niet te spreken over de zorg, er vinden veel gesprekken plaats, en uiteindelijk wordt hij overgeplaatst. De echtgenote klaagt vervolgens over het medicatiebeleid en de communicatie, waarvoor de superviserende specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk is.

Hij krijgt een waarschuwing. Het regionaal tuchtcollege vindt dat de arts veel meer rekening had moeten houden met de behoeftes van de familie van deze relatief jonge patiënt. Hij had zelf ook wel het gevoel dat de echtgenote de informatie niet goed opnam, maar deed daar volgens het college niet voldoende mee. Hij had 'de gesprekken op een andere wijze kunnen inrichten', wat dat ook moge betekenen.

Het is dramatisch als iemand op relatief jonge leeftijd dementeeert, en niet

langer thuis kan blijven. Natuurlijk zal dat gezin diepbedroefd zijn, en moeite hebben met in hun ogen gebrekkige opvang. Maar is dat echt zo anders bij een zogenaamd jong systeem? Ontevredenheid over de geleverde zorg komt net zo goed voor bij families van hoogbejaarden, en die verdienen echt net zo veel aandacht en begrip als 'jonge systemen'.

Sophie Broersen, arts/journalist
Diederik van Meersbergen, jurist KNMG

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Amsterdam d.d. 26 januari 2016

(ingekort door redactie Medisch Contact)

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 21 april 2015 binnengekomen klacht van A, wonende te B, klagster, tegen C, specialist ouderengeneeskunde, werkzaam te D, verweerder, (...).

01

Verloop van de procedure

(...)

02

De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Klagster is de echtgenote van wijlen E, geboren in 1947, hierna patiënt te noemen.

2.2 Patiënt is bekend met dementie van het type alzheimer. In verband met agressief gedrag thuis is patiënt op 9 september 2013 via de crisisopvang opgenomen (...).

2.3 Aangezien patiënt psychiatrische zorg nodig had, is vervolgens gezocht naar een instelling die deze zorg kon bieden. In verband met afwezigheid van beschikbare plaatsen in een

GEGROND

Gegrond, geen maatregel
Waarschuwing
Berisping
Boete

[Voorwaardelijke] schorsing
inschrijving register
Gedeeltelijke ontzetting
Doorhaling inschrijving register

psychiatrische instelling in de nabije omgeving is patiënt met een IBS (inbewaringstelling) op 13 september 2013 opgenomen bij H, locatie I, te D. H biedt intensieve verpleeghuiszorg, revalidatie en kleinschalig wonen. Bij opname werd het advies gegeven de Risperdal te verlagen naar 2 dd 1 mg en patiënt lorazepam 2 dd 1 mg te geven.

2.4 Verweerder is specialist ouderengeneeskunde en was als supervisor, tevens eindverantwoordelijke, betrokken bij de behandeling van patiënt. (...)

2.5 Bij de dag van opname (13 september 2013) werd patiënt vergezeld door zijn schoondochter en is hij gezien door een arts. Deze arts heeft onderzocht wat de aanleiding voor de overplaatsing was, hoe de situatie op dat moment was en welke problemen er speelden. Tevens werd informatie ingewonnen over de aan patiënt verstrekte medicatie. Over het te voeren beleid is het volgende genoteerd in het medisch dossier:

‘Vp: obs/rapp gedrag, evt agitatie of agressie maar ook sufheid, slaperigheid

- Vp: biedt dhr op vaste momenten rust aan in zijn slaapkamer om overprikkeling te voorkomen. Ook rustmomenten bieden bij dreigende agitatie/agressie en zn lorazepam 1mg geven (...)’

2.6 In verband met afwisselend suf en geagiteerd gedrag is op 16 september 2013 in overleg met verweerder de medicatie bijgesteld. (...)

2.7 Op 17 september 2013 heeft een kennismakingsgesprek plaatsgevonden tussen klaagster, patiënt en de afdelingsarts. (...)

2.8 De IBS-zitting heeft op 18 september 2013 plaatsgevonden, waarna de IBS is bekrachtigd. Aansluitend heeft een gesprek met klaagster plaatsgevonden. Verweerder was bij dit gesprek aanwezig.

2.9 In verband met zijn blijvende sufheid is in overleg met verweerder op 23 september 2013 besloten patiënt met ingang van de dag erna een lagere dosering lorazepam te geven, namelijk 2 dd 0,5 mg. Bij eventuele onrust zou 1 dd 0,5 mg extra gegeven mogen worden. Per ongeluk is patiënt echter toch 1,0 mg lorazepam gegeven. Na een gesprek met klaagster op 24 september 2013 is het medicatiebeleid verder aangepast (...).

2.10 Op 26 september 2013 is na overleg met klaagster de medi-

catie opnieuw aangepast. (...)

2.11 Op 30 september 2013 is gebleken dat patiënt blijvend suf was, omdat de medicatiewijziging niet was doorgekomen. (...) Een en ander is op 4 oktober 2013 tijdens een familiegesprek met klaagster en de andere familieleden besproken.

2.12 Op 1 oktober 2013 is in verband met blijvende sufheid van patiënt de Risperdal verlaagd (...).

2.13 Patiënt is op 3 oktober 2013 beoordeeld door de psychiater in verband met de aanvraag voor een rechterlijke machtiging. Diezelfde dag is in het medisch dossier genoteerd dat patiënt minder suf is. In overleg met verweerder is het medicatiebeleid bevestigd, wat inhoudt dat patiënt om 20.00 uur 0,5 mg lorazepam en 0,5 mg Risperdal zou krijgen en zo nodig een extra gift van risperidon bij agitatie en agressie.

2.14 Op 11 oktober 2013 is besloten de lorazepam alleen nog maar te geven mocht dit nodig zijn, omdat patiënt overdag vaak slapend in zijn stoel zat. Gezien de toenemende agressie is echter op 14 oktober 2013 besloten om de risperidon op te hogen naar 2 dd 0,5 mg. De dag erna, 15 oktober 2013, is besloten lorazepam 0,5 mg vast toe te dienen om 22.00 uur. Klaagster is een en ander op 15 oktober 2013 telefonisch bericht.

2.15 Op 17 oktober 2013 heeft opnieuw een familiegesprek plaatsgevonden. De familie heeft op dat moment onder meer aangegeven dat patiënt niet op zijn plek zou zijn, omdat hij niet met leeftijdgenoten zat en ook geen interesse zou hebben in de georganiseerde activiteiten. Verweerder was bij dit gesprek aanwezig. In reactie op de onvrede is besloten uit te kijken naar een andere plek voor patiënt.

2.16 Op 22 oktober 2013 heeft de hoorzitting voor de rechterlijke machtiging plaatsgevonden. De machtiging is aansluitend voor drie maanden verleend. Voorts heeft een gesprek met de familie plaatsgevonden. Verweerder was bij dit gesprek aanwezig.

2.17 Op 24 oktober 2013 heeft een familiegesprek plaatsgehad. In dat gesprek is onder meer de onvrede over de kwaliteit van leven van patiënt aan de orde gekomen. Verweerder was bij dit gesprek aanwezig.

2.18 Op 14 november 2013 heeft opnieuw een familiegesprek plaatsgevonden, waarbij de familie haar onvrede heeft geuit over de gang van zaken. (...)

2.19 Op 15 november 2013 heeft de familie van patiënt aangedrongen op een opname van patiënt ‘omdat hij van de wereld was’. Patiënt is vervolgens tot 25 november 2013 opgenomen geweest in een ziekenhuis te J. In verband met onvrede van de familie van patiënt over de gang van zaken is ondertussen in overleg gezocht naar een plek binnen verpleeghuis K te J. Op 25 november 2013 is patiënt tijdelijk teruggeplaatst naar H, zulks in afwachting van een plek bij K. Op 17 december 2013 is patiënt overgeplaatst.

2.20 Op 3 februari 2014 heeft een nagesprek plaatsgevonden tussen klaagster en verweerder. Er is gesproken over de behandeling en de wijze waarop dit volgens beide partijen was verlopen. (...)

2.22 Patiënt is op 8 augustus 2014 overleden.

03

De klacht en het standpunt van klaagster

(...)

04

Het standpunt van verweerder

(...)

05

De overwegingen van het college

5.1 Klaagster heeft twee klachtonderdelen naar voren gebracht, waarvan het eerste ziet op – kort gezegd – het medicatiebeleid. Klaagster heeft het standpunt ingenomen dat dit beleid onzorgvuldig is geweest, omdat patiënt te veel medicatie, met name lorazepam toegediend heeft gekregen, waardoor hij vaak te suf was.

Aan de hand van het medisch dossier stelt het college vast dat patiënt inderdaad (veel) medicatie heeft gekregen, dat hij vaak suf werd aangetroffen en dat het medicatiebeleid in overleg met verweerder vaak is aangepast. Anders dan klaagster ziet het college hierin echter geen aanwijzing dat het beleid (dus) onzorgvuldig is geweest. Voorts heeft verweerder ter zitting uitgelegd dat steeds is getracht een balans te vinden tussen het welbevinden van patiënt enerzijds en het in toom houden van zijn agressie anderzijds. Dit vereist, zeker in het begin, bijstellingen al naar gelang het gedrag van de patiënt. Voorts kan sufheid mede onderdeel zijn van het dementieel beeld en betekende de sufheid niet dat direct een medicatiewijziging nodig was, waarmee ove-

rigens het college er oog voor heeft dat het voor klaagster moeilijk moet zijn geweest te worden geconfronteerd met een achteruitgaande echtgenoot in blijvend suffe toestand.

5.2 Wel constateert het college dat sprake is geweest van inactief reageren in het kader van het medicatiebeleid, hetgeen niet op zichzelf staat, waarmee het college toekomt aan het tweede klachtonderdeel, de communicatie met klaagster in zijn algemeenheid. Deze is onvoldoende geweest en vindt zijn oorsprong in de opname zelf. Ter zitting heeft verweerder toegelicht dat patiënt in een psychiatrische setting thuishoorde, maar dat plaatsgebrek in de nabije omgeving en de wens van klaagster patiënt in de buurt te hebben tot gevolg zou hebben gehad dat patiënt bij H werd geplaatst, een instelling die niet primair ingericht is voor patiënten als de echtgenoot van klaagster. Daar komt bij dat patiënt en klaagster nog relatief jong waren en verweerder aldus vanaf het eerste moment te maken had met een complexe patiënt en een jong systeem. Indien gezien deze onderkenning toch besloten wordt een patiënt op een dergelijke afdeling zorg te verlenen, dan vergt dit een andere aanpak, in de zin van meer betrokkenheid en overleg met klaagster en het actief op zoek gaan naar oplossingen voor problemen die zich aandienen. Tevens dient zich de vraag aan of de medische zorg in een dergelijke situatie aan een basisarts kan worden overgelaten dan wel een stringentere supervisie behoeft. Dat verweerder die aanpak bij opname heeft voorgestaan blijkt echter niet. Evenmin is gebleken van een actieve houding en betrokkenheid van verweerder nadien. Voorbeelden van het gebrek daaraan zijn het gemelde gewichtsverlies, het gemelde huidprobleem en de gemelde brilhematoom. Van verweerder mocht worden verwacht dat hij op korte termijn ervoor had gezorgd dat patiënt werd gewogen, dat hij naar de huid had gekeken en dat hij onderzoek had gedaan naar het brilhematoom of dit nu wel of niet primair tot de zorg hoort en of patiënt nu wel of niet op elk gewenst tijdstip meewerkte. Het was immers verweerders algemene verantwoordelijkheid zorg te dragen voor het welzijn van patiënt. Zo hij actie niet nodig vond of niet opportuun was, hetgeen ook verdedigbaar kan zijn, dan had hij klaagster daarin moeten kennen op een zodanige wijze dat dit tot begrip bij haar leidde. Verweerder heeft echter zelf ter zitting te kennen gegeven dat hij meermalen het gevoel had dat zijn informatie door klaagster niet goed werd opgenomen, doch evenwel zonder zijn houding daarin actief te veranderen. Verweerder had bijvoorbeeld de gesprekken op andere wijze kunnen inrichten of een systeempsycholoog kunnen inschakelen. Dit alles is niet gebeurd, waardoor er gaandeweg een relatie is ontstaan waarin het vertrouwen van klaagster in verweerder is komen te ontbreken. Het college acht de wijze van communiceren – hoe vaak er ook gesprekken hebben plaatsgevonden – dan ook tuchtrechtelijk onder de maat en oordeelt dit klachtonderdeel gegrond. (...)

5.4 Het college acht een maatregel op zijn plaats. Het college hecht er in dat verband aan op te merken dat twijfel is gezeten

over het inzicht van verweerder in zijn handelen. Vooralsnog lijkt het er op dat verweerder onvoldoende tot zich heeft laten doordringen wat een jong systeem als het onderhavige nodig heeft wanneer het wordt geconfronteerd met een ernstig zieke (relatief niet oude) man, bij wie de nodige agressie kan spelen. (...)

06

De beslissing

Het regionaal tuchtcollege

- verklaart klachtonderdeel 2 gegrond;
- legt aan verweerder de maatregel van waarschuwing op;
- verklaart klachtonderdeel 1 ongegrond; (...)

Aldus gewezen op 15 december 2015 door mr. R.A. Dozy, voorzitter, A.J.J.M. Keijzer-van Laarhoven, M.A. de Meij en H.C.Th. Maassen, leden-artsen, mr. dr. R.P. Wijne, lid-jurist, mr. S.S. van Gijn, secretaris, en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 26 januari 2016 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris. ■

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

● Verdedigbaar beleid bij longcarcinoom

Bij patiënte is een longcarcinoom gediagnosticeerd. De longarts heeft patiënt behandeld. Nadat op een scan metastasen waren gezien, is voorgesteld een derde chemokuur te starten. De zus van patiënte dient een klacht in tegen de longarts omdat zij meent dat die kuur niet gestart had mogen worden, omdat patiënte zo ziek was. Het tuchtcollege oordeelt dat de klacht ongegrond is, omdat niet is vast komen te staan dat patiënte in een (te) slechte conditie verkeerde noch dat er tekenen waren van een infectie. De recente CT-scan en het bloedonderzoek gaven daarvoor geen aanwijzing. Ook staat niet vast dat patiënte zelf te kennen heeft gegeven zich niet goed te voelen. De arts heeft een verdedigbaar beleid gevoerd.

RTG Den Haag, 29 maart 2016

● Consult ter bespreking van een klacht declareren?

Tussen klager en verweerder (huisarts) is een geschil gerezen over de behandeling van de zoon van klager. Primair gaat de klacht over het voorschrijven van medicatie aan de zoon waarbij de huisarts een generiek middel had voorgeschreven zonder overleg met de ouders. Maar daarnaast verwijt klager dat de huisarts een slechte klachtafhandeling had, ongepaste uitspraken heeft gedaan en het consult waarin de klacht met klager is besproken in rekening heeft gebracht bij de zorgverzekeraar. Met betrekking tot dat laatste oordeelt het tuchtcollege de klacht gegrond, gebaseerd op een KNMG-richtlijn uit 2005 waarin staat dat de arts voor de afhandeling van een klacht geen kosten in rekening brengt aan de cliënt. Nu deze regel onder de beroepsgroep niet leeft, wordt de klacht wel gegrond verklaard, maar wordt geen maatregel opgelegd. De overige klachtonderdelen zijn ongegrond.

RTG Zwolle, 1 april 2016

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.

