



NIET -  
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/  
AFGEWEZEN

## Veel zorg, weinig regie, vindt het tuchtcollege

De huisarts die in deze tuchtzaak een waarschuwing krijgt, had al het gevoel dat er problemen zouden kunnen ontstaan rond het echtpaar aan wie zij zorg verleende. Ze schreef daarom veel in het dossier. Dat werkt bizar genoeg niet in haar voordeel in deze zaak.

De verwijzing die de huisarts schreef toen ze patiënt op gegeven moment wilde laten opnemen, vat de zaak aardig samen: 'in verband met een onhoudbare thuissituatie bij een patiënt met uitgebreide complexe somatische problematiek en complexe psychiatrische problematiek en mogelijk een onderliggend delier'. Oftewel:

heel veel moeilijker krijg je het als huisarts niet. Tenzij de partner ook nog eens professionele zorg afhoudt, wat hier het geval was.

Op papier lijkt het of de huisarts en haar collega hun uiterste best deden om de zaak in goede banen te leiden, en probeerden dit stel zo goed mogelijk te helpen. Dat erkent het tuchtcollege, maar toch krijgt deze huisarts een veeg uit de pan, ze had volgens het college meer de regie moeten pakken. Het ontbrak aan adequate inspanningen om tot werkbare afspraken te komen. En door die defensieve houding, waardoor ze zoveel in het dossier noteerde, heeft

zij volgens het tuchtcollege niet op 'indringende wijze' afspraken afgedwongen. Terwijl de huisarts wel degelijk over desnoods gedwongen opname heeft gesproken. Dat klinkt toch vrij indringend.

Een hulpverlener moet ingrijpen als de vertegenwoordiger van de patiënt goede zorg in de weg staat. Maar dat is eenvoudiger gezegd dan gedaan. Dit oordeel komt op ons erg streng over.

**Sophie Broersen**, arts niet-praktiserend/journalist  
**mr. Robinetta de Roode**, adviseur gezondheidsrecht

### Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle d.d. 26 maart 2018 (ingekort door redactie Medisch Contact)

Beslissing naar aanleiding van de op 4 augustus 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van A, wonende te B, klagster, tegen C, huisarts, werkzaam te B, verweerster.

## 01

#### Het verloop van de procedure

(...) De zaak is behandeld ter openbare zitting van 23 februari 2018. Klagster en verweerster zijn in persoon verschenen, verweerster bijgestaan door haar gemachtigde.

## 02

#### De feiten

(...) De klacht betreft de behandeling van de echtgenoot van

klagster, geboren in 1947 en overleden in 2016, verder patiënt te noemen.

Verweerster voert haar praktijk samen met een collega, de huisarts E. Zij zijn beiden betrokken geweest bij de zorg van patiënt en hebben daarbij ook veelvuldig contact gehad met klagster. Klagster was en is nog steeds patiënt in de praktijk. Verweerster was hoofdbehandelaar.

Patiënt heeft in 1998 keelkanker gehad waarvoor hij is behandeld met chemotherapie en bestraling. In de jaren 2011 tot 2014 heeft patiënt herhaaldelijk huidkanker gehad die telkens chirurgisch is behandeld.

Begin 2016 was er in het F in G een recidief carcinoom in de tongbasis en in de sinus piriformis gevonden. Scan en kijkoperatie volgden en daaruit bleek dat er geen curatieve opties meer waren. In februari 2016 is met verweerster de wens om thuis te sterven besproken. Verweerster heeft uitleg gegeven over palliatieve sedatie en euthanasie.

Patiënt heeft van de pijnpolikliniek in H als pijnbestrijding gabapentine en fentanylpleisters gekregen. Het F had tramadol voorgesteld tegen de pijn, maar de pijnpolikliniek in H heeft de

tramadol afgebouwd. Klaagster was in maart 2016 boos, omdat de pijnmedicatie niet goed werkte. Vanuit H werd aan verweerster gevraagd de medicatie met klaagster te bespreken.

Van 29 maart 2016 tot 20 april 2016 is patiënt vijftien keer palliatief bestraald in het I in H. De pijnmedicatie was fentanyl 25 en twaalf pleisters, gabapentine 3 dd 200 mg dexamethason 3 x 0,5 en tramadol 4 x 50.

Op 15 april 2016 heeft er overleg plaatsgevonden tussen een arts palliatieve zorg van het I en verweerster. Besproken werd dat er behoefte was aan een strak kader en regie voeren.

Op 22 april 2016 heeft klaagster een actuele euthanasieverklaring van patiënt afgegeven in de praktijk van verweerster.

Van 23 april tot en met 30 april 2016 is patiënt opgenomen geweest in het J in K. Hij kreeg een maagsonde en een blaaskatheter. Het inbrengen van de blaaskatheter verliep traumatisch. In de periode hierna trad een persisterend en moeilijk behandelbare delier op de voorgrond. Er werd thuiszorg geregeld voor de sondevoeding en de katheter.

In mei 2016 was er uitgebreide zorg voor patiënt. Deze zorg werd deels door klaagster en deels door verweerster geïnitieerd. Patiënt had thuiszorg en hij was in behandeling bij het I in H, bij de F (dermatologie) in G, bij de L in M (voor de katheterproblemen) en het N in O. Van de door klaagster zelf geïnitieerde zorg werd verweerster niet altijd op de hoogte gesteld door klaagster. Verweerster en haar collega hebben die maand diverse malen telefonisch contact gehad met klaagster en met andere betrokken zorgverleners over patiënt en diverse visites afgelegd. Verder werd laboratoriumonderzoek gedaan.

Op 2 mei 2016 heeft verweerster een visite afgelegd en de medicatie, de voeding, de verstrekking van incontinentiemateriaal en de opname in het J besproken.

Op 4 mei 2016 heeft de collega van verweerster een visite afgelegd, omdat er nog veel vragen waren. Klaagster heeft toen weer aangegeven dat ze zich niet goed behandeld hebben gevoeld in het J en daar nooit meer naar toe wilden. Klaagster werd voorgehouden dat dit niet kon worden gegarandeerd bij onverwachte gebeurtenissen. Klaagster zou daarom zelf met de uroloog van de L bellen. Patiënt kreeg thuiszorg. De daarop volgende dagen vonden contacten plaats over de zorg en de voeding. Op verzoek van de verpleegkundige van de thuiszorg heeft verweerster op 9 mei 2016 een visite afgelegd.

Op 3 juni 2016 heeft verweerster overleg gehad met de thuiszorg. In het dossier noteerde zij dat patiënt op dat moment geen thuiszorg nodig had (hij deed alles zelf en had geen katheter meer), dat de thuiszorg zich wilde terugtrekken omdat ze geen psychologen waren en dat klaagster heel boos was. Patiënt vertoonde in die periode verward en agressief gedrag. De

delier was nog steeds aanwezig. Verweersters collega heeft op 7 juni 2016 een uitgebreid gesprek gehad met klaagster over de complexe zorg voor patiënt en overleg gehad met het palliatieve team in H over het delier. Verweersters collega noteerde dat zij ging kijken wat de mogelijkheden voor een opname waren bij de familie.

Afgesproken werd dat klaagster de zorg meer zou overlaten aan de thuiszorg.

Op 9 juni 2016 heeft verweerster tijdens haar spreekuur een spoedvisite afgelegd bij patiënt en hem ingestuurd naar de SEH van het N vanwege blaas- en plasproblemen en het delier. Het advies was contact op te nemen met het I als nadere diagnostiek gewenst was. Patiënt is vervolgens weer naar huis gegaan.

Op 13 juni 2016 heeft verweerster patiënt verwezen naar P voor een medebeoordeling in verband met het vermoeden van een delier of een cognitieve stoornis.

Op 14 juni 2016 heeft klaagster contact opgenomen met de praktijk via de spoedlijn. Verweersters collega heeft vervolgens gebeld met de psychiatrie in Q voor beoordeling van patiënt. Dat kon alleen via de crisisdienst en dat leek geen oplossing. Vervolgens heeft verweersters collega gebeld met de afdeling Geriatrie in het I in H. Daar was patiënt welkom op de spoedpolikliniek. Verweerster heeft patiënt ingestuurd met als vraagstelling: ‘opname in verband met een onhoudbare thuissituatie bij een patiënt met uitgebreide complexe somatische problematiek en complexe psychiatrische problematiek en mogelijk een onderliggend delier’.

Op 17 juni 2016 was patiënt weer thuis. In de ontslagbrief staat bij conclusie: “zeer kwetsbare thuissituatie met grote kans op herhaling crisis en fysiek letsel vanwege gedragsproblemen patiënt en interactie met echtgenote bij afhouden professionele zorg.”

Op 20 juni 2016 noteerde verweerster in het dossier dat afspraken waren gemaakt maar dat klaagster zich er niet aan hield. Verweerster heeft blijkens het journaal op die dag uitgebreid over de zorg voor patiënt gesproken met klaagster en de thuiszorg. Verweerster noteerde: ‘Zij wil hem thuis houden en er moet goede zorg geleverd worden. Als er onveilige situaties ontstaan dan moet hij gedwongen worden opgenomen.’

In de daarna volgende periode heeft verweerster overlegd met de geriater en met de palliatief arts van het I en raadpleegde zij buiten het ziekenhuis de specialist ouderenzorg en de psychiater, schakelde zij de crisisdienst en de thuiszorg in.

Opname in een verpleegtehuis wees klaagster af, omdat zij patiënt had beloofd om voor hem te zorgen en hem niet te laten opnemen in een verpleeghuis.

Begin september 2016 heeft verweerster contact gehad met het universitair medisch centrum in R over opname van patiënt.

Opname aldaar was echter niet mogelijk. Zij adviseerden opname in een verpleeghuis.

Op 12 september 2016 was duidelijk dat een opname noodzakelijk was. Verweerster heeft contact gehad met verpleeghuizen in diverse plaatsen. Uiteindelijk is patiënt op initiatief van klaagster die dag opgenomen in een verpleeghuis in S waar hij een week later is overleden.

## 03

### Het standpunt van klaagster en de klacht

(...)

## 04

### Het standpunt van verweerster

(...)

## 05

### De overwegingen van het college

(...)

**5.2** Het college gaat bij de beoordeling van de dertien klacht-onderdelen uit van de volgende samenvatting: klaagster verwijt verweerster dat zij geen goede palliatieve zorg heeft verleend aan patiënt en dat zij ook is tekortgeschoten in de zorg jegens klaagster.

**5.3** (...) In het bijzonder wijst het college op de verplichting dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen (...). Maar ook geldt de verplichting van de patiënt om de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking te geven die deze redelijkerwijs voor het uitvoeren van de overeenkomst behoeft (art. 7:452 BW). Gegeven de omstandigheden van het onderhavige geval moesten de verplichtingen die voor de hulpverlener uit deze bepalingen jegens patiënt voortvloeien, ook worden nagekomen jegens de echtgenoot, tenzij die nakoming niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener (art. 7:465, lid 3 en 4, BW). De echtgenoot moet daarbij de zorg van een goed vertegenwoordiger betrachten (art. 7:465, lid 5, BW).

**5.4** (...) Een hulpverlener, zeker de huisarts/hoofdbehandelaar van een patiënt, mag de patiënt en – in dit geval – de echtgenote van de patiënt erop aanspreken als de voor de behandeling vereiste inlichtingen en/of medewerking ontbreken/ontbreekt. Van een huisarts, een professionele hulpverlener, mag en – daarom – moet in dit verband worden verwacht dat hij afspraken probeert te maken met de patiënt en de partner als hij merkt dat inlichtingen en/of medewerking ontbreken. Met andere woorden: de huisarts moet de regie van de behandeling nemen en zich deze niet laten ontglippen. (...)

**5.5** Het voorgaande toegepast op het onderhavige geval betekent dat tot het verlenen van de goede palliatieve zorg aan patiënt behoorde dat verweerster de regie van de behandeling had genomen en dat zij het gesprek met klaagster was aangegaan om na te komen afspraken te maken met patiënt en klaagster. Daaraan heeft het in de handelwijze van verweerster in de periode van februari 2016 tot het overlijden van patiënt ontbroken. Het gaat er daarbij niet om of verweerster vaak genoeg visites heeft afgelegd of al dan niet te vaak specialisten heeft ingeschakeld. Waar het bij verweerster naar het oordeel van het college aan ontbrak is het nemen van haar rol als professional. Uit de notities van verweerster en haar collega in het huisartsenjournaal blijkt dat klaagster kennelijk naar eigen inzicht medicatie aan patiënt kon geven, de dosering van de medicatie kon afbouwen of ophogen, specialisten kon inschakelen, zelfs zonder dat verweerster daarvan wist. Voorts blijkt uit die notities dat klaagster meermalen uiting gaf aan haar boosheid. De van verweerster te verlangen regie over de (dosering van de) door specialisten voorgeschreven medicatie is niet kenbaar uit de verf gekomen. Alle goede bedoelingen van klaagster – en ook verweerster – ten spijt om patiënt thuis te (laten) verzorgen, was de verhouding van klaagster met de thuiszorg volgens diezelfde notities niet bevorderlijk voor de behandeling van patiënt. Toen bij patiënt een delier op de voorgrond trad met alle ook voor klaagster nare gevolgen van dien, was het de taak van verweerster om patiënt en klaagster op indringende wijze duidelijk te maken dat – anders dan voorheen – verzorging thuis op enig moment niet meer mogelijk zou zijn en dat plaatsing in een verpleeghuis noodzakelijk zou kunnen worden. Dit was ook het advies van de geconsulteerde specialisten. Verweerster heeft verzuimd hierover op constructieve wijze het gesprek aan te gaan en afspraken te maken met patiënt en klaagster en zij heeft kennelijk niet, althans niet voldoende, helder onder de aandacht weten te brengen, wat er kan gebeuren als de situatie voor patiënt en/of klaagster te gevaarlijk zou worden. Het is niet zo dat verweerster in genoemde periode patiënt en klaagster niet voldoende heeft gesproken maar dat het juiste onderwerp: door opkomst van het delier zijn aangepaste, andere afspraken nodig, niet (voldoende) aan bod is gekomen. Verweerster was niet in staat om in het bijzonder tot klaagster door te dringen en medewerking te verkrijgen aan aangepast, gewijzigd behandelbeleid. Dat mocht en moest echter wel worden verlangd van verweerster.

**5.6** Ter zitting heeft het college verweerster gevraagd naar haar indrukken van de behandeling van patiënt en de omgang met klaagster. In dat kader is verweerster voorgehouden dat de lengte van de 'S' (subjectief)-regel in het huisartsenjournaal opvallend uitgebreid is gevuld. Verweerster heeft geantwoord dat zij en haar collega voorafgaand aan februari 2016 hebben afgesproken om zoveel mogelijk (onder 'S') te noteren. Zij hebben dit gedaan, omdat zij toen al verwachtten dat er problemen zouden komen gelet op hun ervaringen met patiënt en klaagster. Het college constateert dat verweerster van aanvang af bewust een defensieve

handelwijze heeft gekozen. Dat verklaart mogelijk waarom verweerster niet op indringende wijze het maken van afspraken heeft 'afgedwongen'. Dat had verweerster in dit geval wel mogen en als professional ook moeten doen. Juist omdat zij al problemen verwachtte had zij bijtijds het gesprek moeten aangaan en afspraken aan de orde moeten stellen. Het college realiseert zich terdege dat het kan voorkomen dat, ondanks adequate inspanningen van de hulpverlener, het niet mogelijk is om tot werkbare afspraken te komen met de patiënt en/of de naaste betrekkingen. In het onderhavige geval is het college echter van oordeel dat het aan adequate inspanningen van verweerster daartoe heeft ontbroken.

**5.7** Resumerend is het college van oordeel dat verweerster door haar hiervoor beschreven handelwijze is tekortgeschoten in de huisartsgeneeskundige zorg voor patiënt en klaagster. Verweerster heeft weliswaar zeer veel zorg verleend en dat siert haar, maar zij is bij haar beroepsmatig handelen niet gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Zij had als professional de regie moeten nemen. De klacht als samengevat in 5.2 is dan ook gegrond. Het college volstaat met het opleggen van de maatregel van waarschuwing. (...)

## 06

### De beslissing

Het college

-(...);

- legt verweerster de maatregel van waarschuwing op; (...)

Aldus gedaan door mr. W.J.B. Cornelissen, voorzitter, mr. E.W. de Groot, lid-jurist, dr. A.P.E. Sachs, J.M. Komen en R.O. Rischen, leden-artsen, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 26 maart 2018 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris. ■

#### web

De volledige tekst van deze uitspraak staat op [medischcontact.nl/tuchtrecht](http://medischcontact.nl/tuchtrecht). Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

Voor meer uitspraken zie [tuchtrecht.nl](http://tuchtrecht.nl).

## OPVALLENDE UITSPRAKEN

### ● Rapportage keuringsarts voldoet niet

Een 92-jarige man heeft een gehandicaptenparkeerkaart aangevraagd bij de gemeente. In het kader van deze aanvraag heeft een onafhankelijke keuringsarts meerdere keren medisch advies uitgebracht ter beoordeling van zijn beperkingen. Naar aanleiding van dit advies wijst de gemeente de aanvraag af. De man dient een klacht in.

Het regionaal tuchtcollege stelt dat uit de richtlijn Omgaan met medische gegevens van de KNMG volgt dat de arts zich moet beperken tot het verzamelen van die (medische) gegevens die strikt noodzakelijk zijn voor het doel van de keuring. Ook mag het advies aan de gemeente niet meer informatie bevatten dan voor het doel van de keuring noodzakelijk is. Naar het oordeel van het college heeft de arts zich hiertoe niet beperkt. De arts heeft de gesprekken die zij heeft gevoerd met de zoon en schoondochter in de rapportage opgenomen en deze zijn niet relevant voor het vaststellen van de fysieke loopbeperking. Ook heeft de arts met haar conclusie onduidelijkheid geschapen door te stellen dat zij geen advies kan uitbrengen. Tegelijkertijd heeft zij wel gesteld dat zij haar eerdere conclusies, waarin zij stelt dat er geen sprake is van loopbeperking van minder dan honderd meter, niet kan verwerpen. Hiermee voldoet de rapportage niet aan de eis dat deze op inzichtelijke en consistente wijze uiteenzet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen. Ten aanzien van de klacht dat de keuringsarts niet is aangesloten bij een klachtencommissie overweegt het college dat de keuringsarts hier op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) niet toe verplicht is. Het college legt een waarschuwing op.

RTG Eindhoven, 15 november 2018

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

