

- Home no. 4 | Augustus 2016
- Eerdere edities
- Verenso.nl

Bespreking uitspraak tuchtrecht

Hoofdbehandelaar schiet tekort: neem als hoofdbehandelaar de regie voor de zorg van uw patiënten

Roy Knuiman, Robert Helle

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg heeft een beslissing van de tuchtrechtzaak aan ons aangeboden. In deze zaak betrof het een klacht van een familie die aangaf dat de patiënte te hoge doseringen metformine had gekregen, dit in combinatie met dagelijkse toediening van lasix 20 mg, waarvoor geen indicatie bestond. Verder was de onderlinge communicatie tussen de artsen slecht en was er ook een slechte communicatie tussen de artsen en de familie van patiënte. Ter zitting heeft klager zijn klacht over de gang van zaken in de palliatieve fase niet gehandhaafd. Roy Knuiman en Robert Helle geven in dit artikel hun reactie op deze uitspraak.

Roy Knuiman

In meerdere opzichten een **interessante uitspraak**. Allereerst de samengevatte feiten. Patiënte uit 1923 leed aan een dementiesyndroom en kon last hebben van hallucinaties. Zij was ook suikerpatiënt. De zoon van de inmiddels overleden patiënte dient een klacht in tegen de arts. Opmerkelijk is dat de arts geen specialist ouderengeneeskunde is, maar door het Centraal Tuchtcollege (CTG) wel getoetst wordt aan de normen die gelden voor specialisten ouderengeneeskunde. Daarover later meer.

In de periode waarop de klacht betrekking heeft, was de arts hoofdbehandelaar van patiënte. Klager verwijt de arts dat hij tekortgeschoten is in het medicatiebeleid en in de zorg ten opzichte van patiënte. Ook over zowel de communicatie ten opzichte van zijn collega's als ten opzichte van patiënte en haar familie wordt geklaagd.

Het CTG oordeelt dat de arts onvoldoende invulling heeft gegeven aan zijn taak als hoofdbehandelaar van patiënte. De arts heeft onvoldoende kunnen aantonen dat hij een weloverwogen medisch beleid heeft gevoerd, dat heeft gemonitord en heeft geëvalueerd. Signalen en suggesties van dehydratie zijn onvoldoende opgevolgd en de overdracht aan collega's voor het weekend was op bepaalde momenten ondeugdelijk. Ook de communicatie met zowel medebehandelaars als familie heeft de arts veronachtzaamd. Het CTG komt op grond hiervan tot de conclusie dat de arts bij de behandeling van patiënte onvoldoende de regie heeft genomen en legt een berisping op.

Commentaar

Opmerkelijk genoeg toetst het CTG in deze zaak de arts, die geen specialist ouderengeneeskunde is, aan de beroepsnormen die gelden voor specialisten ouderengeneeskunde. Een misser, lijkt mij. Basisartsen die na hun basisopleiding geneeskunde een vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde met goed gevolg hebben afgerond, worden geregistreerd als specialist ouderengeneeskunde. Voor hen geldt de professionele standaard, de beroepsnormen voor specialisten ouderengeneeskunde. Deze gelden dus niet voor basisartsen of internisten, simpelweg omdat zij niet zijn opgeleid tot dit specialisme. Uiteraard is wel goed voorstelbaar en niet anders denkbaar dan dat in verpleeghuizen de betreffende beroepsnormen moeten gelden, maar dat zou dan moeten betekenen dat andere artsen altijd gesuperviseerd dienen te worden door een specialist ouderengeneeskunde en uiteindelijk alleen een specialist ouderengeneeskunde kan gelden als hoofdbehandelaar. De zorgorganisatie dient hier rekening mee te houden in de toedeling van verantwoordelijkheden.

Tot slot de invulling van het hoofdbehandelaarsschap. Welke lessen kunnen we uit deze uitspraak trekken? Het zijn van hoofdbehandelaar impliceert een proactieve opstelling: als hoofdbehandelaar heeft u de regie voor de zorg aan uw patiënten en moet u die coördinerende rol ook laten zien. De hoofdbehandelaar heeft ook een duidelijk

controlerende rol. Als meerdere disciplines delen van de behandeling op zich nemen, is de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar erop toe te zien dat dit goed gebeurt en dat afspraken nageleefd worden. Een aantal belangrijke aandachtspunten voor de hoofdbehandelaar zijn:

- Maak afspraken met elkaar (als zorg- en behandelteam) over taken en overdracht;
- Zie er als hoofdbehandelaar op toe dat de afspraken gehandhaafd en nageleefd worden;
- Leg alles zoveel mogelijk schriftelijk vast en zorg voor een goed en duidelijk dossier.

Ook na het delegeren of herschikken van taken houdt de hoofdbehandelaar de eindverantwoordelijkheid. Die verantwoordelijkheid is niet vrijblijvend. Wees hiervan bewust.

=====

Robert Helle

Algemene norm medische zorg bij complexe zorg

Het CTG is duidelijk waaraan de medische zorg aan kwetsbare ouderen, die complexe zorg behoeven, moet voldoen (overweging 4.3): 'De medische zorg moet proactief en weloverwogen zijn en er dient regelmatige monitoring en evaluatie van de behandeling plaats te vinden. Daarnaast dient er (als supervisor) voldoende regie gevoerd te worden, waaronder het borgen van de continuïteit door een goede overdracht (dossiervoering) en voldoende communicatie met de familie'. Kort gezegd staat hier samengevat een kerndeel van het normale takenpakket van een specialist ouderengeneeskunde. De door het CTG gesignaleerde tekortkomingen betreffen allemaal kenmerkende beroepssituaties en beroepsactiviteiten, die expliciet bij de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde aan bod komen en voldoende beheerst moeten worden (zie de bijlagen van het [Landelijk Opleidingsplan SOON](#) – januari 2015).

Basisarts voldoende ervaring voor rol regievoerder?

Eerder bij 4.2 overweegt het CTG dat de aangeklaagde arts '...een zodanige kennis en ervaring opgedaan heeft, dat zijn handelen beoordeelt wordt in het licht van de voor het specialisme ouderengeneeskunde geldende normen. Daarbij wordt voorop gesteld dat bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen wordt beoordeeld of het handelen van de beroepsbeoefenaar is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening...'. De formulering van het CTG is hier (naar mijn mening) onvoldoende duidelijk. Betekent deze formulering 'in het licht van...' dat er getoetst wordt aan de normen van het specialisme ouderengeneeskunde? Als dat zo is, dan is de boodschap voor een (met 14 jaar ervaring?) basisarts die als zelfstandig behandelaar optreedt, dat aan de normen van het specialisme ouderengeneeskunde voldaan moet worden.

In deze uitspraak geeft het CTG aan dat de basisarts 'zodanige kennis en ervaring' heeft opgedaan en hij daarom getoetst wordt aan de normen die gelden voor een specialist ouderengeneeskunde. Het is jammer dat behalve de aanduiding dat de arts veertien jaar in de ouderenzorg werkzaam is geweest, er verder geen inhoudelijke motivatie gegeven wordt over de wijze waarop het CTG de 'kennis en ervaring' beoordeeld heeft. Het langdurig (meer dan tien jaar) werkzaam zijn in de ouderenzorg zegt op zijn hoogst iets over het aantal 'vliegreuren', maar zegt niets over welke relevante competenties verworven zijn en welke lacunes er nog zijn. In de praktijk lijkt mij de kans klein dat een basisarts tijdens zijn werkzaamheden in de ouderenzorg zelf een opleidingstraject en bijbehorend nascholingstraject kan organiseren, dat wat betreft resultaat vergelijkbaar is met de huidige opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.

Wie wel als regievoerend hoofdbehandelaar/supervisor?

Voor een organisatie, die aan de betreffende doelgroep medische zorg biedt, geldt dus ook als Wgbo-norm dat voldaan moet worden aan de normen van het specialisme ouderengeneeskunde. Dat betekent dat basisartsen (op een uitzonderlijk geval als in deze uitspraak na) niet als zelfstandig behandelaar kunnen (en mogen!) optreden, doordat zij daartoe niet bekwaam zijn.

De medische zorg zal dan moeten plaatsvinden onder supervisie van een specialist ouderengeneeskunde, die dan de hoofdbehandelaar van de patiënt is en zorg draagt dat, samen met de basisarts, de medische zorg ook voldoet aan de in deze uitspraak vastgestelde normen.

De intensiteit van de supervisie kan natuurlijk afgestemd worden op de competenties, die de betreffende basisarts wel heeft. Voor andere (klinisch) specialisten, die als zij-instromers in de ouderengeneeskunde gaan werken, geldt ook dat aan de hand van bijvoorbeeld een assessment, zoals gebruikt wordt om vrijstellingen voor de opleiding te bepalen, de wijze van supervisie vastgesteld kan worden. Als een huisarts de regievoerder/hoofdbehandelaar blijft, dan zullen er strikte afspraken gemaakt moeten worden over welke richtlijnen et cetera er gehanteerd worden en over de wijze van consultatie en medebehandeling van de specialist ouderengeneeskunde.

Auteur(s)

Mr. Roy B.J. Knuiman, juridisch beleidsmedewerker Verenso
Mr. Robert Helle, specialist ouderengeneeskunde en opleider/eerste geneeskundige,
Viva!zorggroep te Heemskerk

CENTRAAL TUCHT COLLEGE

voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2015.267 van:

A., wonende te B., appellant, klager in eerste aanleg,
tegen

C., arts, destijds werkzaam te B., verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. dr. L.A.P. Arends te Nijmegen.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klager - heeft op 2 juli 2014 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven tegen C. - hierna de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 29 juni 2015, onder nummer 14140a heeft dat College de klacht afgewezen. Klager is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 31 maart 2016, waar zijn verschenen klager en de arts, laatstgenoemde bijgestaan door mr. dr. L.A.P Arends, advocaat te Nijmegen, die de standpunten van de arts heeft toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“(…) 2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende:

Klager is de zoon van mevrouw D. (geboren 1923) en overleden op 12 juni 2014, hierna te noemen: patiënte. De vader van klager heeft hem gemachtigd de onderhavige klacht in te dienen.

Patiënte was sinds 2012 opgenomen in een instelling. Zij leed aan een dementie syndroom. Zij kon last hebben van hallucinaties. Tevens was zij suikerpatiënt. Haar echtgenoot, de vader van klager, trad op als haar vertegenwoordiger. Verweerder was (onder meer) in de periode waarop de klacht betrekking heeft, april 2014, de hoofdbehandelaar van patiënte en had supervisie over de behandelend basisarts,

tegen wie onder nummer 14140b ook een klacht is ingediend. Verweerder is geen specialist ouderengeneeskunde maar is wel sedert 2000 in de ouderenzorg werkzaam. Vanaf maart 2014 was patiënte regelmatig suf en minder reagerend. Ze hing naar rechts in bed en sliep veel. Neurologisch werden geen afwijkingen gevonden. Op 3 april kreeg patiënte een Persantincapsule (een antistolmiddel) niet doorgeslikt. Verweerder besloot voorlopig met deze medicatie te stoppen.

Op 4 april 2014 kwam klager op bezoek bij patiënte. Hij vond dat zij uitgedroogd was. Na overleg tussen klager en de dienstdoende arts en telefonisch overleg tussen de dienstdoende arts en verweerder werd besloten de Lasix te staken, de Metformine te verminderen en een subcutaan infuus in te zetten met 1 liter 0,9% NaCl per 24 uur. Op zaterdag 5 april 2014 was klager weer op bezoek en vond patiënte weer gedehydrateerd. Hij vond dat een intraveneus infuus moest worden aangebracht, hetgeen niet in het verpleegtehuis kon gebeuren. Afgesproken werd dat die dag geen medicatie zou worden gegeven en dat het subcutaan infuus werd opgehoogd naar 1.5 liter per 24 uur. Op zondag 6 april 2014 was de toestand van patiënte verslechterd. Op 7 april 2014 werd patiënte gezien door de behandelend basisarts. Het ging klinisch iets beter. Deze arts constateerde een pneumonie en schreef na controle van de nierfunctie antibiotica voor.

Op 8 april 2014 was er telefonisch contact tussenklager en verweerder. Afgesproken werd om dagelijks suikercontrole uit te voeren. Toen verweerder later op de dag hoorde dat het veel beter ging met patiënte, heeft hij besloten deze opdracht niet aan de verzorgenden te geven.

Op 9 april 2014 belde de behandelend basisarts met klager op diens verzoek voor overleg. Klager had bezwaar tegen het slikken van Seroquel. Afgesproken werd dat het die avond en de volgende avond niet gegeven zou worden en dat met verweerder de mogelijkheden tot afbouw zullen worden besproken. Zij besloot verder tot het geven van een kaliumdrank.

Op 10 april 2014 sprak verweerder met klager en zegde op diens aandringen toe dat het glucosegehalte gemeten zou worden en dat de Seroquel zou worden afgebouwd.

Op 14 april 2014 bleek, ondanks een verbeterde toestand, dat de intake niet optimaal was. De behandelend basisarts gaf opdracht om eten en drinken te blijven stimuleren en zij vroeg nieuw labonderzoek aan om bij verbeterde labwaarden de kalium te

kunnen stoppen. Op eis van klager is de kaliumdrank en de antibioticumkuur, die nog anderhalve dag zou duren, gestaakt.

Op 20 april 2014 was de gezondheidstoestand van patiënte weer verminderd. Ze klaagde over misselijkheid en gaf over. Op 29 april 2014 was de toestand opnieuw slecht. Patiënte was slecht aanspreekbaar. Er was sprake van 'trekkingen'. Er was een verdenking van longontsteking. De prognose werd door de aanwezige artsen matig tot slecht ingeschat. Op verzoek van de familie werd patiënte opgenomen in het ziekenhuis. De diagnose daar luidde dat zij een aspiratiepneumonie had bij slikklachten. Op 12 mei 2014 kwam patiënte terug uit het ziekenhuis. Op 12 juni 2014 is zij, in de instelling, overleden.

3. Het standpunt van klager en de klacht

Naar mededeling van klager ter zitting kan de klacht als volgt worden samengevat:

a) *De patiënte heeft te hoge doseringen Metformine, 2.5 g bij een geschat gewicht van 50 kg, gekregen in combinatie met dagelijkse toediening van Lasix 20 mg, waarvoor geen indicatie bestond. Daardoor en door een verminderde intake is ze langzaam uitgedroogd en versuft geraakt. Ook is haar situatie verslechterd door zonder indicatie Seroquel voor te schrijven en een Exelonpleister te geven.*

b) *Verder was de onderlinge communicatie tussen de artsen slecht en was er ook een slechte communicatie tussen de artsen en de familie van patiënte.*

Ter zitting heeft klager zijn klacht over de gang van zaken in de palliatieve fase niet gehandhaafd.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft ter zitting, gelet op de inmiddels overgelegde machtiging, zijn verweer dat klager niet-ontvankelijk is, laten varen.

Metformine

De patiënte kreeg dit wegens oplopende bloedsuikers vanaf oktober 2013, aanvankelijk 3x500 mg per dag, opgehoogd naar 2.5 g per dag. Zo lang de nierfunctie goed is, is een dosis van 3 g per dag geoorloofd.

Lasix

Patiënte gebruikte dit al vóór haar opname. Het werd voorgeschreven in verband met een lekkende hartklep en vochtophoping in het lichaam. Het gebruik is regelmatig geëvalueerd.

Seroquel

Patiënte slikte dit al vanaf 2009. Het werd voorgeschreven door haar huisarts wegens onrustig gedrag in combinatie met dementie. De indicatie voor dit middel werd regelmatig geëvalueerd. De dosis, 2.5 mg, 2x daags, was gebruikelijk.

Exelonpleister

Dit werd gebruikt om gedragsproblemen te behandelen. Er waren geen contra-indicaties.

De communicatie

Verweerder acht deze klacht niet onderbouwd en kennelijk ongegrond.

5. De overwegingen van het college*Algemeen*

Het college stelt voorop dat in de periode waarop de klacht betrekking heeft, sprake is geweest van een behandeling in zeer nauw overleg met klager. Daarbij is van belang dat dit overleg (nagenoeg) steeds als gevolg had dat de verzoeken van klager -wat er ook zij van de toonzetting ervan- werden gehonoreerd. Het door klager bekritiseerde beleid is derhalve in niet onbelangrijke mate (mede) door hem bepaald c.q. in de door hem gewenste zin bijgestuurd.

a) De medicatie

Ten aanzien van het voorschrijven van de medicatie overweegt het college het volgende.

Er was een indicatie voor de Metformine te weten de te hoge bloedsuikers. De ophoging van de dosering van de Metformine op 13 maart 2014 van drie maal daags 500mg in een keer naar 1000-500-1000 mg is wel fors. Dit verwacht je in een lagere dosis en zo nodig met een ruime tijd er tussen, zeker tegen de achtergrond van de laatste glucosecontroles van enige dagen ervoor, die matig verhoogd waren. Van de andere kant werd wel aandacht besteed aan het drinken van patiënte en was er aandacht voor de bewaking van het geneesmiddel en voor de nierfunctie, die normaal was. Ook waren er geen aanwijzingen voor bij dit middel veel voorkomende maag-darmbijwerkingen die de (verhoging van) het gebruik contra-indiceerden. Overigens is de verhoging niet tot stand gebracht door verweerder maar door een andere arts. Verder is de dosis verminderd per 4 april 2014.

Alles bijeengenomen was een lagere dosis meer in overeenstemming geweest met wat gebruikelijk is, maar is geen sprake van zodanig voorschrijfgedrag dat dit tuchtrechtelijk moet worden aangerekend, waarbij het college nog meeweegt dat de doseringen telkens wanneer klager daarom verzocht conform zijn verzoek zijn aangepast.

Wat betreft de overige medicatie is het college tot het oordeel gekomen dat het voorschrijfbeleid geheel gebruikelijk en adequaat is geweest. De voorgeschreven (dosis) Seroquel was laag en gebruikelijk.

Het voorschrijven van Lasix was in de gegeven omstandigheden, uitgaande van veneuze insuffiëntie, oedeem en een BNP-waarde van 59 verdedigbaar. Verder is van belang dat niet is komen vast te staan dat de patiënte uitgedroogd was. Klager stelt dit weliswaar, maar verweerder betwist het en in het dossier zijn voor de stelling van klager geen aanwijzingen te vinden. De Exelonpleister, ten slotte, kan en mag gegeven worden bij onrustig gedrag en daarvoor bestond in dit geval een indicatie.

b) De communicatie

Er vonden regelmatig overleggen plaats tussen de verschillende behandelaren, waarbij verweerder als hoofdbehandelaar was betrokken. Van een tekort aan communicatie tussen de behandelend artsen of van een tuchtrechtelijk tekortschieten van verweerder als (hoofd)behandelaar is niet gebleken.

Wat betreft de communicatie tussen verweerder en (familie van) de patiënte overweegt het college dat deze communicatie niet probleemloos is geweest, maar niet is komen vast te staan dat de oorzaak hiervan in overwegende of belangrijke mate aan verweerder is te wijten.

De conclusie is dat de klacht in alle onderdelen moet worden afgewezen. (...)

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hiervoor onder 2 “**2. De feiten**” zijn weergegeven.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1 Ter zitting in hoger beroep heeft klager zijn klacht herhaald en nader toegelicht. Hij heeft daarbij aangevoerd dat de hiervoor onder “**3. Het standpunt van klager en de klacht**” vermelde klacht ruim moet worden opgevat. De klacht heeft

betrekking op het medicatiebeleid en op de tekort schietende zorg die de arts ten opzichte van patiënte heeft betracht, alsmede op de communicatie van de arts zowel ten opzichte van zijn collega's als ten opzichte van patiënte en haar familie. De arts, die volgens eigen mededeling zijn werkzaamheden in de instelling als zzp'er verrichtte, heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep. Het Centraal Tuchtcollege zal de klachtonderdelen in het navolgende gezamenlijk behandelen, aangezien zij betrekking hebben op het algehele behandelbeleid van de arts jegens patiënte en de uitvoering daarvan.

4.2 De arts is reeds vanaf 2000 werkzaam in de ouderenzorg en heeft op dat terrein een zodanige kennis en ervaring opgedaan dat het Centraal Tuchtcollege bij de beoordeling van het hoger beroep zijn handelen zal beoordelen in het licht van de voor het specialisme ouderengeneeskunde geldende normen. Daarbij wordt voorop gesteld dat bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen, wordt beoordeeld of het handelen van de beroepsbeoefenaar is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met hetgeen ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat het handelen van de arts de hiervoor bedoelde toets niet kan doorstaan, omdat de arts onvoldoende invulling heeft gegeven aan zijn taak als hoofdbehandelaar van patiënte. Bij de behandeling van patiënte - een kwetsbare oudere die complexe zorg behoefde - had van de arts een meer pro-actieve opstelling verwacht mogen worden dan hij heeft getoond. De arts heeft er in ieder geval onvoldoende blijk van gegeven dat hij vanaf begin maart 2014 een weloverwogen medisch beleid heeft gevoerd en dat regelmatig heeft gemonitord en geëvalueerd. Voorts kan uit de stukken niet worden afgeleid dat de arts bij de behandeling van patiënte voldoende de regie heeft genomen en in voldoende mate voor de aansturing van de artsen waarvoor hij als supervisor verantwoordelijk was en voor de continuïteit van de zorg aan patiënte heeft zorggedragen. De arts heeft bij zijn handelen de wijze waarop hij behoorde te communiceren met zowel de artsen waarvoor hij als supervisor verantwoordelijk was als de familie van patiënte veronachtzaamd. Het Centraal Tuchtcollege overweegt in dit kader het volgende.

4.4 Op 13 maart 2014 is onder verantwoordelijkheid van de arts de dosis

Metformine die patiënte kreeg toegediend, verhoogd van 1.500 milligram per dag naar 2.500 milligram per dag. In het licht van de blijkens de glucoselijst in het zorgdossier laatstelijk daarvoor bij patiënte gemeten bloedsuikerwaarden van maximaal 12,1 mmol/l op 7 maart 2014 en de hoge leeftijd van patiënte op dat moment (zij was 90 jaar oud) was voor deze verhoging van de dosis Metformine onvoldoende grondslag aanwezig.

Ook ter zitting in hoger beroep heeft arts de verhoging niet afdoende kunnen motiveren.

4.5 In het zorgdossier is vanaf 9 maart 2014 veelvuldig genoteerd dat patiënte dunne ontlasting had. Voorts staat vast dat bij patiënte in die periode sprake was van een wisselende intake en een slikprobleem. Deze omstandigheden bezien in samenhang met de omstandigheid dat patiënte het diureticum Lasix slikte, hadden de arts aanleiding moeten geven extra alert te zijn op het risico van dehydratie (uitdroging) van patiënte. Uit de stukken volgt niet dat de arts die alertheid heeft getoond. De arts heeft nagelaten op eigen initiatief met enige regelmaat de vochttoestand van patiënte te (laten) onderzoeken.

4.6 Op donderdag 3 april 2014 heeft de arts patiënte onderzocht, nadat het haar niet lukte een Persantincapsule door te slikken. De arts heeft toen geconstateerd dat de turgor van de huid van patiënte goed was en dat haar longen schoon waren en heeft besloten dat patiënte voorlopige met het innemen van de Persantincapsules diende te stoppen en naar de logopediste diende te worden verwezen in verband met frequent verslikken. Dit heeft hij ook in het dossier genoteerd. Overige wijzigingen in het (medicatie)beleid heeft de arts op dat moment niet overwogen. Op basis van de in 4.5 genoemde feiten had dit van de arts wel verwacht mogen worden .

4.7 Een dag later, op vrijdag 4 april 2014, is de arts tijdens zijn dienst gebeld door een basisarts. Deze basisarts vertelde hem dat klager, die internist is, tijdens een bezoek aan patiënte had geconstateerd dat sprake was van dehydratie bij patiënte en dat klager wenste dat de toediening van Lasix zou worden gestaakt, de dosis Metformine zou worden verminderd en een subcutaan infuus zou worden ingezet. Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat de arts deze wens van klager niet enkel op basis van de telefonische mededelingen van de basisarts had mogen volgen. Het had op de weg van de arts als regie voerend hoofdbehandelaar gelegen patiënte diezelfde dag nog te onderzoeken. De dag ervoor had de arts immers op basis van door hem verricht onderzoek geen noodzaak gezien wijzigingen in de medicatie en het vochtbeleid door te

voeren. De arts had op basis van dat onderzoek nader beleid moeten uitzetten en in ieder geval de basisarts waarover hij de supervisie had over de uitvoering en vastlegging van dat beleid moeten instrueren. Het had eveneens op zijn weg gelegen patiënte en haar familie daarover te informeren. Aangezien de arts wist dat hij zelf pas na het weekend op dinsdag 8 april 2014 weer op de locatie aanwezig zou zijn, had de arts verder de zorg voor patiënte, die zich op dat moment in een kwetsbare situatie bevond, deugdelijk aan zijn collega's moeten overdragen. Dit alles heeft de arts, zo is onder andere ter terechtzitting in hoger beroep gebleken, nagelaten. Bovendien had de arts het door hem gekozen beleid in het dossier van patiënte moeten (laten) vermelden. Dat is niet gebeurd. Over de koerswijziging op 4 april 2014 zijn in het medisch dossier geen aantekeningen opgenomen.

4.8 Ook bij het hervatten van zijn werkzaamheden op dinsdag 8 april 2014 en de dagen daarna had een zorgvuldigere handelwijze van de arts mogen worden verwacht. De arts heeft, ondanks hetgeen na zijn laatste bezoek aan patiënte op 3 april 2014 was voorgevallen, patiënte die dagen niet zelf bezocht. Hij is afgegaan op de mededeling van de op dat moment aanwezige arts op de afdeling dat het beter met patiënte ging. Op basis van die mededeling is hij de eerder die dag met klager gemaakte afspraak dat dagelijks een bloedsuikercontrole bij patiënte zou worden uitgevoerd niet nagekomen. Gesteld noch gebleken is dat hij klager van zijn beslissing dat werd afgezien van dagelijkse bloedsuikercontroles op de hoogte heeft gesteld.

4.9 Nu uit het voorgaande volgt dat de arts op meerdere punten is tekortgeschoten in de zorg die hij jegens patiënte had behoren te betrachten, is het Centraal Tuchtcollege, anders dan het Regionaal Tuchtcollege, van oordeel dat de arts dermate tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld dat de maatregel van berisping op zijn plaats is.

4.10 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal publicatie van deze uitspraak worden gelast.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep en opnieuw rechtdoende;

berispt de arts;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG

