

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2022/1191

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE

voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2022/1191 van:

1. A.,
wonende in B.,
2. C.,
wonende in D.,
3. E.,
wonende in F.,
4. G.,
wonende in H.,
appellanten, klagers in eerste aanleg,
hierna: klagers,
gemachtigde: mr. A.W. Boer, advocaat in Zeist,
tegen
I., klinisch geriater, werkzaam in J.,
verweerster in beide instanties, hierna: de geriater,
gemachtigde: mr. A.C. de Die, advocaat in Amsterdam.

1. Procesverloop

Klagers hebben op 29 januari 2021 bij het Regionaal Tuchtcollege in Amsterdam een klacht ingediend tegen de geriater. Dat College heeft de klacht in zijn beslissing van 16 november 2021 onder nummer A2021/2165 – 2020/266 kennelijk ongegrond verklaard.

Klagers hebben tegen die beslissing beroep ingesteld. De geriater heeft een verweerschrift in beroep ingediend. Van klagers is een geluidsopname met transcriptie ontvangen.

De zaak is in beroep tegelijkertijd met het beroep van klagers in de zaken tegen K. (C2022/1192) en L. (C2022/1193) behandeld op de zitting van 30 november 2022.

Klager 3 en klager 4 en de geriater zijn op zitting verschenen. Zij werden bijgestaan door hun gemachtigden. Partijen hebben hun standpunt tijdens de zitting verder toegelicht. De beide gemachtigden hebben daarbij gebruik gemaakt van notities. Het Centraal Tuchtcollege heeft een kopie van die notities ontvangen.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

“2. De feiten

Op grond van de stukken kan van het volgende worden uitgegaan:

- 2.1. Klagers klagen over de behandeling van wijlen hun moeder (hierna: patiënte of moeder). Patiënte was bekend met (vergevoerde) Alzheimer en daarnaast met epilepsie en hypertensie. Vanaf 2012 was zij zorgafhankelijk. Zij woonde bij één van

haar zonen (hierna: de verzorgende zoon) in huis en werd volledig door hem verzorgd en verpleegd.

In de vroege ochtend van 30 november 2016 is zij gevallen. Later op de dag is zij op de SEH van het M. (hierna: het ziekenhuis) onderzocht en bleek sprake van een heupfractuur. Patiënte werd opgenomen op de afdeling traumageriatrie onder hoofdbehandelaarschap van Heelkunde De geriater werd bij opname in medebehandeling gevraagd.

2.2. Een operatie op 30 november 2016 is niet gelukt omdat het OK-schema dat niet toeliet. Patiënte mocht daarom 's avonds weer wat eten en drinken. Zij moest vanaf 00:00 uur wel weer nuchter zijn omdat zij op de spoedlijst voor een operatie op 1 december 2016 werd geplaatst. Uit de aantekeningen in het medisch dossier blijkt dat de verzorgende zoon pleitte voor een operatie in de avond van 1 december zodat zij in de ochtend wat kon eten. Volgens hem 'begon dit op moord te lijken'.

2.3. Patiënte is uiteindelijk op 1 december aan het einde van de middag, om 16:56 uur, geopereerd. Voorafgaand aan de operatie kreeg zij packed cells in verband met een laag Hb en na de operatie kreeg zij dipidolor injecties. Uit het medisch dossier blijkt ook dat de pijn aan de geopereerde heup moeilijk te monitoren was; de verpleging is afgegaan op nonverbale uitingen van patiënte en de observaties van de verzorgende zoon dat de gegeven pijnstilling voldoende was.

2.4. Een dag na de operatie, 2 december 2016, heeft de afdeling geriatrie het hoofdbehandelaarschap overgenomen. 's Middags bleek dat er nog geen (juiste) aanvraag was gedaan voor fysiotherapie; een nieuwe aanvraag zou door een chirurg worden gedaan nadat patiënte opnieuw (door chirurgie) was beoordeeld.

2.5. In het weekend van 3 en 4 december 2016 ging het minder goed met patiënte en hebben verschillende visites plaatsgevonden en is zij intensief klinisch gevolgd. Er was mogelijk sprake van een postoperatieve bloeding en werd nagedacht over de vraag antibiotica te starten. In overleg met chirurgie werd het beleid bepaald. Er was sprake van een wankel evenwicht tussen onder- en overvulling, hetgeen met klagers is besproken. De dienstdoend arts-assistent geriatrie heeft in het medisch dossier genoteerd dat het haar onduidelijk was of klagers de zorgen die het team daarover had, deelden. Verder heeft overleg plaatsgehad met klagers met betrekking tot het reanimatiebeleid. Uit het medisch dossier volgt dat klagers akkoord gingen met niet reanimeren, maar wel wilden dat hun moeder op de Intensive Care (IC) werd opgenomen en - indien nodig - werd beademd. Klagers wilden bovendien hun moeder graag gemobiliseerd hebben.

2.6. Aan het begin van de avond van 4 december 2016 verslechterde de situatie van patiënte verder. Er was sprake van een daling van het zuurstofgehalte, een lage bloeddruk en benauwdheid. Het Spoed Interventie Team (SIT) werd ingeschakeld en concludeerde dat sprake was van een decompensatio cordis. In overleg met klagers werd maximaal conservatief beleid op de afdeling afgesproken.

2.7. De volgende ochtend, 5 december 2016, was patiënte kortademig, waarvoor zij extra furosemide kreeg. Uit het verpleegkundig dossier blijkt dat de verzorgende zoon het redelijk met zijn moeder vond gaan, maar dat het veel beter voor haar zou zijn als zij uit bed zou komen. 's Middags heeft een familiegesprek plaatsgehad en werd besproken patiënte de volgende dag uit bed te halen indien haar situatie dat toelicht en dat gestreefd werd naar een zo spoedig mogelijk ontslag van patiënte naar huis met ondersteuning door thuiszorg en ergotherapie. Uit het verpleegkundig dossier komt verder naar voren dat patiënte nog steeds immobiel was en veel op bed lag.

2.8. De volgende ochtend, 6 december 2016, is patiënte nog op bed verzorgd omdat het nog niet direct gelukt was haar te mobiliseren. Uit het medisch dossier blijkt

dat de verpleging haar zorgen heeft geuit over de verzorging van patiënte door de verzorgende zoon.

2.8. Na het lopen van een grote visite zijn een aantal wijzigingen met betrekking tot het beleid in het dossier van patiënte genoteerd. Zo werd onder meer op 6 december 2016 in het dossier van patiënte genoteerd:

"(...)

medicatie:

- (...)

- cozaar herstart

- (...)

- midazolam neusspray zn stop

- dipidolor stoppen: niet leverbaar

- (...)

- start fentanyl pleister 12mcg/u 1x/3dgn

- fentanyl neusspray zo nodig voortzetten

(...)"

2.9. Verder blijkt uit het dossier dat patiënte met ontslag naar huis mocht wanneer de afhankelijkheid van zuurstof was afgenomen. In verband met het aanstaande ontslag is telefonisch contact opgenomen met de huisarts van patiënte voor overleg. De medicatie van patiënte werd besproken alsook het ontbreken van gegevens met betrekking tot de cardiale status en voorgeschiedenis van patiënte en het ontbreken van brieven van een cardioloog in het systeem.

2.10. De dagen erna werd het ontslag van patiënte naar huis verder voorbereid. Op 7 december 2016 werd op verzoek van de verzorgende zoon de furosemide en paracetamol i.v. voortgezet om pas bij ontslag omgezet te worden in tabletvorm en werd de cozaar gestopt. Uit de aantekening van het medisch dossier op 7 december blijkt dat de verzorgende zoon zeer boos en ontstemd voor de deur van de artsenkamer heeft gestaan. Volgens hem ging er van alles mis in het ziekenhuis en was hij verbolgen over het feit dat de katheter was verwijderd. Hij maakte zich zorgen dat zijn moeder een natte luier zou krijgen en daarop een epileptisch insult. De zoon dreigde met een klacht of een procedure bij de rechtbank. Uiteindelijk werd afgesproken de katheter terug te plaatsen en pas vlak voor het ontslag naar huis eruit te halen. De dienstdoend arts-assistent geriatrie noteerde in het dossier dat het een zeer onprettig gesprek was geweest dat redelijk werd afgesloten.

2.11. Later die avond was de verzorgende zoon opnieuw bezorgd. In het medisch dossier van patiënte is genoteerd dat hij van mening was dat de klachten van zijn moeder voortkwamen uit het ontbreken van ontlasting en dat zij daarom op de poststoel moest. Volgens de verzorgende zoon ging zijn moeder dood van uitputting vanwege de

dyspnoe klachten wanneer zij niet uit bed werd gehaald. Uiteindelijk is besloten patiënte toch uit bed te halen, ondanks dat de dienstdoend arts van mening was dat sprake was van dyspnoe wegens hartfalen en dat uit bed komen zeer belastend zou zijn, omdat de discussie met de verzorgende zoon hieromtrent niet op een andere manier opgelost kon worden.

2.12. Diezelfde dag, 7 december 2016, heeft één van de andere zoons van klagers, die zelf uroloog is, vragen gesteld over het staken van de cozaar. De dienstdoend arts-assistent gaf aan dat dat op uitdrukkelijk verzoek van de verzorgende zoon was gestaakt.

2.13. In de vroege ochtend van 8 december 2016 heeft nog een familiegesprek plaatsgevonden met drie zoons van patiënte. De dienstdoend arts-assistent heeft

benoemd zich zorgen te maken over hun moeder, dat zij zag dat het hart van hun moeder uit balans raakte, dat sprake was van koorts, mogelijk een urineweginfectie en waarschijnlijk ook een longontsteking. Voorgesteld werd antibiotica te starten, verder te ontwateren, een dag later de situatie opnieuw te beoordelen, waarbij ook de cozaar werd geherevalueerd.

2.14. Vlak na het familiegesprek eerder die ochtend heeft de verzorgende zoon opnieuw zijn zorgen geuit over de situatie van zijn moeder. In het medisch dossier is genoteerd dat hij dacht dat zijn moeder last had van coprostase en dat hij haar daarom op de po wilde zetten, klysmen of een anale canule geven. In zijn ervaring kreeg zijn moeder vaker deze klachten bij coprostase en werd het minder na ontlasting. Met de zoons werd besproken dat de behandeling voor dyspnoe optimaal was, maar dat sprake was van een zorgelijke situatie ondanks dat de controles stabiel waren en dat patiënte zou kunnen komen te overlijden door uitputting. Volgens de verzorgende zoon had patiënte sinds anderhalf jaar episodes van dyspnoe, die telkens minder werden na defaecatie. Dat werd nu verergerd omdat zijn moeder niet op de postoeel kon zitten en in semi-liggende houding geen adequate intraabdominale druk zou kunnen opbouwen. Besloten werd tot een hoogopgaand klyasma, waardoor volgens de verzorgende zoon de klachten van zijn moeder zouden verminderen.

2.15. In de ochtend van 8 december 2016 verslechterde de toestand van patiënte. Haar dyspnoe was erger geworden nadat zij wat te drinken had gekregen. Op X-thorax was een infiltraat rechts basaal gezien, op X-BOZ werd coprostase met uitgezette dunne darmlussen gezien. Met klagers werd besproken over de ernst van de situatie, dat er al veel geprobeerd was maar dat patiënte er niet van opknapt en werd voorgesteld morfine in lage dosering toe te dienen als proef voor de dyspnoe. Daarmee werd door klagers niet akkoord gegaan. In het medisch dossier staat onder andere genoteerd dat de verzorgende zoon vraagt om sondevoeding, omdat hij dacht dat wanneer zij sondevoeding kreeg zijn moeder daarvan zou opknappen. Door de dienstdoend arts is uitgelegd dat sondevoeding ook het risico van aspiratie met zich meebracht en dat nu eerst een CT van de thorax werd afgewacht. Daarnaast werd nog een hoogopgaand klyasma geprobeerd.

2.16. Uit de CT van de thorax bleek dat geen sprake was van longembolieën. In de overdracht werd besproken metronazidol toe te voegen om de pneumonie in te dekken, te stoppen met fentanyl vanwege een dreigende ileus, door te gaan met klysmen, chirurgie in consult te vragen ter medebeoordeling van de buik en sondevoeding de volgende dag te herevalueren. De zoons van patiënte, met wie dit werd besproken, gingen hiermee akkoord. De in consult geroepen chirurg zag geen nieuwe inzichten of behandelopties en adviseerde bij braken een maaghevel te plaatsen.

2.17. Op 8 december 2016 heeft de dienstdoend arts-assistent geriatrie opnieuw met de huisarts van patiënte gebeld, in welk gesprek de huisarts liet weten dat patiënte in 2012 driemaal opgenomen is geweest in verband met decompensatio cordis.

2.18. Op 9 december 2016 was de toestand van patiënte zwak en had zij een rustigere ademhaling dan een dag eerder. Uit het medisch dossier blijkt dat patiënte om de 1-2,5 uur werd herbeoordeeld. Door de dienstdoend arts-assistent werd opnieuw overleg gevoerd met de huisarts en 's middags heeft ook opnieuw overleg plaatsgevonden met de zoons van patiënte. De zoon die zelf uroloog was, stelde het beleid ter discussie omdat volgens hem onvoldoende was gedaan om de urineprocedure te bewerkstelligen. Hij wenste dat er water door de sonde zou worden gegeven ter activering van de darmen. Daarover heeft nog overleg met de interne

plaatsgevonden en werd besloten tot een proefbehandeling van één liter water door de sonde met een tijdsbestek van vier uur en daarna te evalueren 2.19. Op 9 december 2016 om 17:25 uur is patiënte overleden.

2.20. Op 28 februari 2017 heeft een nagesprek plaatsgevonden met de twee Meestbetrokken zonen en verweerster en twee van haar collega's, tegen wie klagers ook tuchtklachten hebben ingediend, geregistreerd onder kenmerk 2020-267 en 2020-271. Bij een tweede gesprek op 28 maart 2018 was ook nog een betrokken fysiotherapeute aanwezig (verweerster in de zaak met kenmerk 2020-268).

2.21. Eind 2018 hebben klagers nog een klacht ingediend bij de Geschillen-commissie Ziekenhuizen, die inhoudelijk niet meer behandeld is kunnen worden vanwege het faillissement van het ziekenhuis.

3. De klacht en het standpunt van klagers

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat:

1. dat het te lang heeft geduurd voordat, na het stellen van de diagnose, het behandelbeleid is gestart. In de tussentijd heeft patiënte geen voedsel tot zich kunnen nemen, waarvoor haar reeds verslechterde toestand verder achteruitging;
2. het postoperatieve beleid onvoldoende is gebleken, in het bijzonder omdat ongeschikte pijnmedicatie (fentanyl) is ingezet, furosemide te vaak werd vergeten toe te dienen, cozaar niet is toegediend en patiënte geen sondevoeding heeft gehad;
3. door het gevoerde beleid een verslechtering van de algemene toestand tot gevolg heeft gehad en er daardoor longproblemen zijn ontstaan en de urineproductie is opgehouden;
4. behandelkeuzen meer werden bepaald op beschikbaarheid van medicatie of personeel en niet op basis van de noodzaak voor patiënte. Er is niet met voldoende gevoel van urgentie gezocht naar passende alternatieven;
5. de beschikbaarheid en betrokkenheid van verweerster bleef onder de maat en de behandeling en vaststellen van het beleid teveel werd overgelaten aan de dienstdoende arts-assistenten, waardoor er ook te weinig coordinatie was;
6. voor klagers blijft daarbij de vraag of de postoperatieve zorg van de geriater van voldoende kwaliteit is geweest, in het bijzonder ook de bekende slechte prognose bij de behandeling van fracturen bij dementerende oudere patiënten, zoals patiënte.
7. door het uitblijven van adequate behandeling en verzorging en onthouden van vocht en voeding is sprake geweest van een onzorgvuldig proces van versterving, althans dat de dood van patiënte is ingetreden, hetgeen een strafbaar feit oplevert in de zin van artikel 307 Wetboek van Strafrecht;
8. het medisch dossier dat verweerster heeft ingediend bij het verweerschrift wijkt af van het medisch dossier dat als bijlage bij het klaagschrift is gevoegd. In het door verweerster overgelegde medisch dossier staan nieuwe data dan wel informatie die hun verdediging in deze klacht ten goede komt, maar ver weg staat van de werkelijke situatie;
9. in november 2018 heeft verweerster inzage gevraagd in de door klagers bij de geschillencommissie ingediende klacht.

4. Het standpunt van verweerster

Verweerster beroept zich primair op de niet-ontvankelijkheid van klagers omdat het klaagschrift niet aan de daaraan te stellen eisen voldoet nu niet duidelijk wordt gemaakt welke verwijten nu precies aan verweerster (of aan welke andere beklagde) worden gemaakt. De klacht heeft meer het karakter van een algemene klacht tegen het ziekenhuis dat later is omgewerkt tot een tuchtklacht. Ook het aanvullend klaagschrift is onvoldoende specifiek. Dezelfde verwijten worden aan twee of drie personen gemaakt zonder dat geconcretiseerd wordt wat de individuele zorgverleners

nu exact zouden hebben gedaan of nagelaten. Het is niet aan verweerders om te hoeven gissen wat het verwijt aan hem of haar persoonlijk betreft.

Subsidair heeft verweerster de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

Ontvankelijkheid

5.1. Verweerster voert primair aan dat het klaagschrift niet aan de daartoe te stellen eisen voldoet.

5.2. Aan verweerster kan worden toegegeven dat de klachtonderdelen in sterk algemene zin zijn geformuleerd, of in de vorm van een vraag zijn geformuleerd, maar het college is van oordeel dat het (net) voldoende duidelijk is wat klagers verweerster verwijten.

Inhoudelijk

5.3. Nu klagers ontvankelijk zijn in hun klacht, komt het college toe aan een inhoudelijke beoordeling van zijn klacht.

5.4. Ter toetsing staat of verweerster bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klagers klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard.

5.5. Het college zal allereerst de klachtonderdelen die gaan over de medische behandeling van patiënte gezamenlijk behandelen. Naar het oordeel van het college kan verweerster dienaangaande geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt en het overweegt daartoe als volgt.

5.6. Patiënte was een kwetsbare, oudere patiënt die leed aan de ziekte van Alzheimer (in een vergevorderd stadium) en daarnaast kampte met epilepsie en hypertensie. Dat de postoperatieve zorg door verweerster van onvoldoende kwaliteit is geweest, dat behandelkeuzen mede werden bepaald door beschikbaarheid van medicatie of personeel in plaats van op basis van noodzaak voor patiënte, of dat niet met voldoende urgentie naar passende alternatieven is gezocht, kan het college niet vaststellen. Het dossier bevat daarvoor geen aanwijzingen. Veeleer moet uit het dossier worden afgeleid dat verweerster (en haar collega's) patiënte alle aandacht en zorg heeft (hebben) gegeven en alle mogelijke behandelopties ingezet, die in redelijkheid verwacht mochten worden. Gedurende haar opname het ziekenhuis is patiënte (zeer) regelmatig klinisch gevolgd in de dienst, zo ook in de avonden en in het weekend. Daarnaast is regelmatig bloed geprikt en therapie ingezet, zijn er CT-scans gemaakt (bijvoorbeeld om een longembolie uit te sluiten), is het SIT-team ingezet en zijn andere medische specialisten in intercollegiaal consult betrokken, zoals een chirurg en een internist. Verweerster heeft daarbij voldoende supervisie gegeven aan de arts-assistenten. Dat verweerster onvoldoende betrokken of onvoldoende beschikbaar is geweest, heeft het college niet kunnen vaststellen. Evenmin dat sprake was van onvoldoende coördinatie. Verder zijn er meerdere familiegesprekken gevoerd met klagers die hebben ingestemd met de door verweerster (en/of haar collega's) voorgestelde behandelopties. Het overstappen op de vierde dag na de operatie - toen geen sprake meer was van (hevige) postoperatieve pijn - op fentanylpleister gecombineerd met neusspray voor pijn tijdens zorghandelingen, zoals wassen, is niet ongebruikelijk. Ook is niet gebleken dat het verweerster zelf is geweest die vergeten zou zijn patiënte furosemide toe te dienen - nog daargelaten dat het beter is geen furosemide toe te dienen wanneer sprake is van een lage bloeddruk. De toediening van cozaar is juist op uitdrukkelijk verzoek van de verzorgende zoon gestaakt.

Van een onzorgvuldig proces van versterving, zoals klagers stellen, is geenszins sprake. Helaas heeft de behandeling geen baat gehad en zijn bij patiënte na de heupoperatie meerdere complicaties ontstaan. Verweerster is daarvoor echter niet (tuchtrechtelijk) verantwoordelijk. De hiervóór besproken (algemeen geformuleerde) klachtonderdelen zijn dan ook ongegrond.

5.7. Ten aanzien van de meer specifiek door klagers nog naar voren gebrachte klachten merkt het college het volgende op. Klagers verwijten verweerster dat het te lang geduurd heeft voordat het behandelbeleid is ingesteld, nadat een diagnose was gesteld. Patiënte heeft in de tussentijd geen voedsel tot zich kunnen nemen waardoor haar situatie verslechterde.

5.8. Patiënte is op 30 november 2016 vanaf de SEH onder hoofdbehandelaarschap van de afdeling Heelkunde opgenomen op de afdeling traumageriatrie. Helaas liet het OK-schema het niet toe dat patiënte nog dezelfde dag geopereerd kon worden. Zij is daarop op de spoedlijst voor het OK-schema van 1 december 2016 gezet, zodat zij op 1 december weer nuchter moest zijn. Dat patiënte daardoor lange tijd nuchter heeft moeten zijn, zal oncomfortabel geweest zijn, maar deze situatie was helaas niet te vermijden en (belangrijker) heeft niet noodzakelijkerwijze geleid tot een verslechtering van haar situatie. Overigens is verweerster bij dit alles niet betrokken geweest en hoefde dat ook niet te zijn, nu de heupoperatie en (de planning van) het OK-schema niet haar verantwoordelijkheid was, omdat zij geen hoofdbehandelaar-schap had. Het klachtonderdeel is ongegrond.

5.9. Klagers verwijten verweerster dat zij het medisch dossier van patiënte ten gunste van zichzelf heeft aangepast. Het college kan dat niet vaststellen. Het door klagers als bijlage bij het klaagschrift ingebrachte medisch dossier en het door verweerster bij het verweerschrift ingediende medisch dossier komen met elkaar overeen, afgezien van verschillen op ondergeschikte punten. Deze verschillen, zoals het opnemen van de decursus van de geriater in een diëtistenverslag, laten zich verklaren door de organisatie van het systeem dan wel de wijze van printen van het medisch dossier. Het college ziet geen aanwijzingen van het (achteraf en ten onrechte) aanpassen van het medisch dossier van patiënte door verweerster. Klagers hebben dit ook niet nader onderbouwd. Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.11. Tot slot maken klagers verweerster kennelijk nog het verwijt dat zij gevraagd zou hebben de klacht, die door klagers op 9 december 2018 bij de Geschillen-commissie Ziekenhuizen is ingediend, te mogen inzien. Volgens klagers is dat een 'immoreel feit' en 'tegen alle protocollen in'. Verweerster kan zich niet herinneren een dergelijk inzageverzoek te hebben gedaan en geeft aan dat het wellicht iemand anders van de afdeling geriatrie is geweest die dat verzoek heeft gedaan. Naar het oordeel van het college is het niet relevant wie een verzoek heeft gedaan om de klacht te mogen inzien, ook niet als dat verweerster zelf was geweest. Wanneer een klacht wordt ingediend, is het volstrekt gebruikelijk dat de beklagde (zorgverlener dan wel de afdeling) daarvan een afschrift ontvangt, zodat - in het kader van hoor en wederhoor - een adequaat antwoord op de klacht kan worden geformuleerd en de geschillencommissie tot een objectieve en onafhankelijke beslissing kan (had kunnen) komen. Dat is immers ook in het belang van klagers zelf. Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.13. Hetgeen overigens nog door klagers naar voren is gebracht, leidt niet tot een ander oordeel.

5.14. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht kennelijk ongegrond is. Verweerster kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt."

3. Beoordeling van het beroep

3.1 Klagers zijn het niet eens met de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege. Zij willen dat de zorg die de geriater heeft verleend in beroep opnieuw tuchtrechtelijk wordt getoetst. Daarnaast maken zij bezwaar tegen (een deel van) de feiten zoals het Regionaal Tuchtcollege die in zijn beslissing heeft opgenomen. Zij verzoeken het Centraal Tuchtcollege het beroep gegrond te verklaren.

3.2 De geriater voert verweer en verzoekt het Centraal Tuchtcollege het beroep van klagers te verwerpen. De geriater stelt bovendien dat klagers in beroep nieuwe klachten heeft aangevoerd, hetgeen niet is toegestaan. Zij verzoekt het Centraal Tuchtcollege klagers voor wat betreft deze nieuwe klachten niet-ontvankelijk in het beroep te verklaren.

Ontvankelijkheid

3.3 Voor wat betreft de door de geriater gestelde uitbreiding van de klacht in beroep geldt dat een klager in beroep alleen die klachten ter beoordeling aan het Centraal Tuchtcollege voor kan leggen die in eerste aanleg aan het Regionaal Tuchtcollege ter beoordeling zijn voorgelegd, en dan alleen voor zover hij in die klachten niet ontvankelijk is verklaard of die klachten zijn afgewezen. Nieuwe klachten vallen buiten het bereik van het beroep. Voor zover het beroepschrift en/of de aanvulling daarop nieuwe klachten bevat kunnen klagers daarin dus niet worden ontvangen.

Feiten en omstandigheden

3.4 Voor wat betreft het bezwaar dat klagers maken tegen de weergave door het Regionaal Tuchtcollege van de feiten oordeelt het Centraal Tuchtcollege dat overweging 2. "De feiten" van de beslissing in eerste aanleg een correcte weergave geeft van de feiten die relevant zijn voor de beoordeling van het voorliggende geschil. Het Centraal Tuchtcollege zal voor de beoordeling van het beroep van die feiten uitgaan.

Het beroep van klagers slaagt niet

3.5 In beroep zijn de schriftelijke klachten over het beroepsmatig handelen van de geriater nog een keer aan de tuchtrechter ter beoordeling voorgelegd. Het door het Regionaal Tuchtcollege gevormde zaaksdossier is aan het Centraal Tuchtcollege gestuurd. Het Centraal Tuchtcollege heeft kennisgenomen van de inhoud van die in eerste aanleg geformuleerde klachten en het daarover in eerste aanleg door partijen schriftelijk gevoerde debat.

3.6 In beroep is het debat door partijen schriftelijk nog een keer gevoerd, waarbij door ieder van hen standpunten zijn ingenomen naar aanleiding van de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten en de door dat College gegeven beschouwingen en beslissingen. Tijdens de mondelinge behandeling op 30 november 2022 hebben partijen hun standpunten nader toegelicht. Daarbij is het door klagers gestelde over de onderlinge verschillen tussen de twee overgelegde medisch dossiers besproken. Ook over de medicatie en de inzage door de geriater in de door klagers eerder ingediende klacht bij de geschillencommissie hebben partijen zich nader uitgelaten en zijn door het Centraal Tuchtcollege aan partijen vragen gesteld.

3.7 De behandeling van de zaak in beroep heeft geen ander licht op de zaak geworpen. Het Centraal Tuchtcollege kan zich verenigen met de overwegingen en het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat de geriater met betrekking tot de door klagers geformuleerde klachten geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet BIG kan worden gemaakt. Het Centraal Tuchtcollege neemt de overwegingen en het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege integraal over en voegt daaraan nog toe dat voor wat betreft het staken van de toediening van Cozaar kan worden opgemerkt dat van Cozaar geen onmiddellijke positieve werking op de hartfunctie verwacht kan

worden.

Dit betekent dat het beroep wordt verworpen.

4. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verklaart klagers niet-ontvankelijk voor zover zij in beroep nieuwe klachtonderdelen
hebben geformuleerd;

verwerpt het beroep voor het overige.

Deze beslissing is gegeven door: R.C.A.M. Philippart, voorzitter;
A.R.O. Mooy en R.H. Zijderhoudt, leden-juristen en H.J. Hasper en R.J. van Marum,
leden-beroepsgenoten en M.D. Barendrecht-Deelen, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 13 februari 2023.

Voorzitter w.g. Secretaris w.g.