

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2023/2004

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE

voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2023/2004 van:

A. en B., wonende in C., appellanten, klagers in eerste aanleg,
tegen

D., specialist ouderengeneeskunde, werkzaam in C.,
verweerster in beide instanties, gemachtigde:
mr. C.W.M. Verberne, advocaat te Eindhoven.

1. Verloop van de procedure

A. en B. – hierna klagers – hebben op 1 februari 2022 bij het Regionaal Tuchtcollege te 's-Hertogenbosch tegen D. – hierna de specialist ouderengeneeskunde – een klacht ingediend. Bij beslissing van 15 juni 2023, met nummer H2022/3874, heeft dat college in raadkamer de klacht kennelijk ongegrond verklaard. Klagers hebben op tijd beroep ingesteld tegen deze beslissing. De specialist ouderengeneeskunde heeft een verweerschrift in beroep ingediend. De zaak is op de zitting van het Centraal Tuchtcollege van 17 april 2024 behandeld. Op de zitting zijn verschenen klagers en de specialist ouderengeneeskunde, bijgestaan door mr. C.W.M. Verberne en mr. A.M. de Nijs. Partijen hebben hun standpunten nader toegelicht. De heer B. en mr. De Nijs hebben dat gedaan aan de hand van hand van spreek aantekeningen die zij aan het college en de wederpartij hebben overhandigd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft het volgende overwogen en geoordeeld:

“3. De feiten

3.1 De SO heeft op 11 januari 2019, de opnamedag van de patiënt, in het medisch dossier onder andere genoteerd (alle citaten inclusief taal- en typfouten):

“Objectief: - 18-12-2018 op huisbezoek geweest i.v.m. vraag voor dagbehandeling somatiek. Aanvraag dagbehandeling wordt ingediend.

- Doel van dagbehandeling wordt: mobiliteit verbeteren, achteruitgang tegen gaan, thuissituatie enigszins ontlasten, conditie verbeteren, structuur en dagbesteding om acceptatie en verwerking te bevorderen.

- Inzet van multidisciplinair team is noodzakelijk om aan doelen te kunnen werken: SO, fysio, ergo, evt. psycholoog.

- 08-01-2019 Vanwege verdere lichamelijke achteruitgang, meer valincidenten, slecht eten, overbelasting echtgenote, nu vraag voor tijdelijke opname. Dit in combinatie met psychisch component. Opname o.b.v. een observatiebed met als doel z.s.m. helder krijgen welk product het best passend is.

(...)

Plan: Inzet FT.”

3.2 Op 17 januari 2019 heeft de SO in vervolg op een MDO (multidisciplinair overleg) in het medisch dossier genoteerd:

“Objectief: verzorging: fors interactie probleem met echtgenote, eten gaat hier goed, vraagtekens cognitie

FT: mobiliteit zeer wisselend

idee familie is naar huis met thuiszorg, hij kan echter niet binnen 4 weken revalideren, cognitie moet beter in kaart gebracht worden => ZZP9b [noot college: naam indicatie] lijkt het meest passend (mobiliteit, cognitie in kaart brengen, voedingstoestand verbeteren)

Evaluatie: MDO

Plan: aanvragen ZZP9b (mobiliteit, cognitie in kaart brengen, voedingstoestand verbeteren)”

3.3 Uit de verpleegkundige rapportage blijkt dat de zorgadviseur de aanvraag voor de besproken indicatie op 10 januari 2019 heeft ingediend bij het CIZ, dat een contactpersoon van het CIZ op 23 januari 2019 bij de patiënt (in aanwezigheid van klagers) op bezoek is geweest en dat zij de zorgadviseur op 24 januari 2019 telefonisch heeft bericht dat de patiënt niet in aanmerking kwam voor de aangevraagde zorgindicatie. Het advies van CIZ was om een GRZ (geriatrische revalidatiezorg) indicatie aan te vragen. De SO heeft in vervolg hierop op 25 januari 2019 in het medisch dossier genoteerd:

“Objectief: ZZP9b is afgewezen advies CIZ GRZ. Dit lijkt mij geen goede indicatie. Verminderde mobiliteit door een combinatie van psychiatrie (depressieve klachten, OCD, interactie thuis) en cognitie (MMSE 24/30 verder niet in kaart gebracht). ELV HC waarbij we de mobiliteit hier verbeteren, daarna naar huis met dagopvang. Cognitie verder door [ggz-instelling] in kaart laten brengen. [gegevens ggz-verpleegkundig specialist]

Evaluatie: Verblijfsindicatie ELV-HC lijkt meest passend

Plan: mobiliteit verder uitbreiden.

Cognitie door [ggz-instelling] verder in kaart laten brengen.

Bij ontslag dagopvang.”

3.4 Op 31 januari 2019 heeft de SO in de medische rapportage genoteerd:

“Evaluatie: MDO:

ELV-HC

FT lopen gaat stuk beter, loopt 30 tot 60 meter met rollator.

Op de afdeling gaat het veel beter, met rollator en een persoon uit bed.

Transfers moeten zelfstandig, ergo inschakelen voor hulpmiddelen om op te staan uit bed. HA adviseren ergotherapeut thuissituatie te beoordelen voor aanpassingen.

Interactie tussen echtelieden lijkt ook een factor, dagbehandeling en thuiszorg.

Plan: FT verder oefenen met transfers en drempels.

Op afdeling opstaan uit bed zelfstandig en toilet bezoek.

MDO 2 weken

VOD 21-2-19”

3.5 Uit de verpleegkundige rapportage blijkt dat de zorgadviseur op 4 februari 2019 een gesprek heeft gevoerd met klagers. In het verslag van de zorgadviseur staat onder meer:

“(…) waren verbaasd om te horen dat er geen revalidatie indicatie is afgegeven.

Indicatiesteller van het CIZ had namelijk aangegeven dat er een GRZ indicatie zou komen waarmee dhr. kon revalideren in een traject van ong. 2/3 maanden.

Verskil uit proberen te leggen tussen GRZ en ELV die nu is afgegeven. Dat het voor dhr. geen groot verschil maakt waarschijnlijk qua zorg.

Aangegeven wat in MDO is besproken: dat het de goede kant op gaat, dat er nog gewerkt gaat worden aan het zelfstandig mobiliseren. Dat ergo mee gaat kijken.

VOD nog niet benoemd.

Familie heeft veel vragen, ook medisch gezien. Willen graag z.s.m. ook een afspraak met [SO]. [SO], wil jij een afspraak maken?

Willen bijv. weten waar (plotselinge) achteruitgang vandaan kan zijn gekomen. En of hier nu niet meer onderzoek naar gedaan moet worden.

Zijn blij te horen dat het de goede kant op gaat. Geven wel aan dat een rollator niet haalbaar is in huis. Vraag of dhr. toch voor binnenshuis ook met een stok kan oefenen. (...)

(...)

Aanvraag voor dagbehandeling meegegeven. Advies voor inzet thuiszorg benoemd. Ook aangegeven dat arts contact op zal gaan nemen met [ggz-instelling]. Dit is prima. Dat vraag is of [ggz-instelling] cognitie in kaart kan gaan brengen.

(...)"

3.6 Op 8 februari 2019 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen klagers en de SO.

3.7 Uit de verpleegkundige en de medische rapportage van 10 februari 2019 blijkt dat de patiënt die ochtend last had van een zware ademhaling en slijm. Een verpleegkundige noteerde in de middag:

"Vanochtend 39.3 temp (rectaal). gaf zelf aan niet fit te zijn. Arts [noot college: een collega van de SO, die zelf wegens vakantie afwezig was] gebeld is geweest, vermoeden een pneumonie links. Dhr is gestart met antibiotica gedurende 7 dagen. Mag er vandaag nog 2 hebben. Heeft vanochtend een paracetamol supp gehad. Slaapt veel, wel goed wekbaar. Eten wil dhr niet, drinken doet hij goed. Echtgenote gebeld zij is op de hoogte"

3.8 In de verpleegkundige rapportage is daarna voor zover relevant genoteerd:

- zorgcoördinator/GVP op 10 februari 22:04

"Dhr maakt een zieke indruk, spuugde vanavond wat sputum op. Dhr wil weinig tot niets eten /drinken, Morgen vocht/voedingslijst aanleggen!

Controles waren vanavond gedaan. Pols was aan de hoge kant en saturatie 87. I.o arst gestart met 1liter zuurstof. Max ophogen tot 2l.

Dhr heeft vanavond zijn medicatie gemalen en met appelmoes ingenomen ivm

braken. Tot nu toe is het erin gebleven. Later op de avond leek dhr wat te

hallucineren.. PCm Supp gegeven. fam is erg betrokken en vragen de nodige

aandacht..hebben vader nog nooit zo meegemaakt. Alles uitgelegd welk pad we nu bewandelen . Fam wil ten alle tijden gebeld worden mochten er veranderingen in het proces optreden ."

- senior verpleegkundige op 11 februari 10:07:

"Arts gaat nog bij dhr langs om naar buikklachten te kijken.

Vraag familie was of dhr slaapmedicatie mag gebruiken.

Dhr heeft al slaapmedicatie (flurazepam) op zo nodig staan.

Graag observeren of dhr 's nachts goed slaapt."

- senior verpleegkundige op 11 februari 14:22:

"Dhr was vanochtend tijdens de zorg goed aanspreekbaar was wel wat

gedesoriëteerd in tijd. Hielp goed mee met de zorg. Voelt zich zelf beter als gisteren.

Controles zie lijst. Wilde niet eten, maar heeft wel goed gedronken. (...)"

- verpleging en verzorging op 11 februari 14:43:

"Familie vroeg tijdens de medicatie ronde of wij dhr wel eten aangeboden krijgen en of wij ook met regelmatig bij dhr binnen lopen.

Aangegeven dat wij dit wel doen.

Dhr wilde vanmorgen niet eten drinkt wel veel en goed.

Vanmiddag heeft dhr Soep op."

- verpleegkundige op 11 februari 23:08:
"Hr heeft pap gegeten ipv warme maaltijd. Met enige aansporing drinkt hr. redelijk, vochtintake is 1650 ml tot 23.00 uur"
- verpleegkundige zorgcoördinator op 13 februari 11:35:
"(...) Dhr was druk aan het praten over vroeger. Bed is verschoond terwijl dhr nog in bed lag. Dhr kon moeilijk meehelpen en meedraaien en leek instructies niet zo snel op te pikken. Dhr is duidelijk verzwakt en geeft ook aan dit te zijn. Saturatie was 92% met 1 L O2. Temp 37.9 in het oor."
- zorgcoördinator op 13 februari 22:52:
"Echtgenote geeft aan dat zij dhr verward vindt. Ik ben bij dhr geweest en vindt dat hij adequaat antwoord geeft op mijn vragen. Bij doorvragen geeft mw aan dat dhr erg veranderd is. Dat is wat anders dan verward. Dhr is ziek en kan daardoor momenteel ook wat verwarder zijn. Mw was gerustgesteld."
- collega van de SO bij haar afwezigheid op 14 februari 10:53:
"MDO: voor nu nog niet naar huis, ontslagdatum wordt uitgesteld. Herstel afwachten. Dagbehandeling is wel noodzakelijk, ook thuiszorg"
- senior verpleegkundige op 14 februari 14.47:
"Er is een CIZ formulier op dhr zijn kamer gelegd. Dit is een aanvraag voor de dagbehandeling. (...)"
- verpleegkundige zorgcoördinator op 15 februari 14:33:
"Dhr is vanmorgen na de zorg uit bed gekomen en genoot ervan weer in de huiskamer te zijn. Na de lunch is dhr op bed gegaan om te rusten. (...)"
- senior verpleegkundige 15 februari 22:46:
"Vanavond nogmaals met zoon gesproken over de ondertekening van de ciz indicatie voor de dagbehandeling. Nogmaals uitleg gegeven was nu duidelijk"
- verpleegkundige op 17 februari 01:09:
"Echtgenote en zoon waren beide emotioneel vanavond omdat hr. tegen ze zegt dat het niet goed met hem gaat en hij zegt ook dat ze maar weg moeten gaan en dat ze niet elke dag hoeven te komen. Omdat hr. eerder niet de indruk op me maakte dat het niet goed met hem ging ben ik gaan kijken en hr. reageert dan helder en adequaat en zegt vooral moe te zijn.
Ik heb met zoon en vrouw gesproken en hr. laat bij hen ander gedrag zien als bij de verpleging, dit ervaren ze als erg moeilijk, maken zich zorgen en willen graag bij hem zijn, hr. lijkt dit af te weren, maar ze herkennen uitspraken en de manier van spreken ook van hr."
- fysiotherapeut op 19 februari 10:45:
"Dhr is na zijn longontsteking terug gestart. Hij heeft behoorlijk wat conditioneel ingeleverd. (...)"
- fysiotherapeut op 22 februari 11:42:
"(...) dhr. geeft aan dat het een stuk beter gaat vergeleken met begin deze week."
- senior verpleegkundige 24 februari 21:34:
"Vanavond echtgenoot gesprokenover de ciz formulieren. Heeft deze nog niet getekend, zou eerst nog een gesprek hierover hebben. Zorgadviseur hierover gemaild"
- zorgadviseur 28 februari 10:11:
"Telefonisch contact gehad met echtgenote om te informeren hoe het met dhr. gaat. Dhr. is gelukkig weer aan de beterende hand na de longontsteking. Mw. vindt het echter met het lopen e.d. nog niet zo goed gaan.
Daarnaast geïnformeerd naar de indicatie aanvraag voor dagbehandeling. Deze is nog niet ondertekend. Mw. gaf aan a.s. maandag een gesprek te hebben met SO en

huisarts, en dit af te willen wachten. Mw. kan niet goed begrijpen waarom het nu allemaal zo snel moet gaan. Bij opname ging het heel slecht met dhr., gaf mw. aan. Mw. heeft het idee dat omdat er geen revalidatie indicatie is afgegeven, toen alles is gestopt qua zorg en behandeling. Mw. uitgelegd dat er wel degelijk een indicatie is, alleen met een andere benaming. Dat er vanuit de huidige indicatie wordt gewerkt aan herstel en dat de zorg en behandeling die noodzakelijk zijn worden ingezet. (...)

3.9 Op 12 februari 2019 heeft klager een e-mail geschreven aan de huisarts van de patiënt waarin hij zijn zorgen uit over de gang van zaken met betrekking tot de zorgindicatie, (het gebrek aan) zorg voor de patiënt en (het gebrek aan) informatieverschaffing door het behandelcentrum. Op klagers vraag naar de stand van zaken heeft de huisarts hem op 21 februari 2019 bericht op een telefoontje van de SO te wachten. Op 22 februari 2019 heeft de huisarts klager bericht dat er inmiddels contact was geweest met de SO en dat er een gesprek was ingepland met klagers, de huisarts, diens praktijkondersteuner en de SO op 4 maart 2019.

3.10 De SO heeft blijkens het medisch dossier na terugkeer van haar vakantie het dossier nagekeken en op 19 februari 2019 genoteerd: "Gaat weer vooruit. Controles goed." Op 26 februari 2019 heeft zij verzocht om een ECG te maken, omdat de polsslag van de patiënt hoog was (>100). Op 28 februari 2019 heeft zij in het medisch dossier genoteerd dat op het ECG atriumfibrilleren te zien was ("AF met snelle ventrikel respons"), daarvoor medicatie (rivaroxaban) voorgeschreven en bloed laten prikken. Een collega van de SO heeft op 1 maart 2019 op verzoek van de SO naar de uitslagen gekeken en genoteerd dat de nierfunctie prima was (GFR 55) en er geen bloedarmoede was gebleken. Verder schrijft zij: "Schildklier volgt nog Geen actie nodig voor het weekend, volgende week schildklier nog op te volgen door eigen arts"

3.11 Op 28 februari 2019 heeft een MDO plaatsgevonden, waarover de SO in het medisch dossier heeft genoteerd:

"Objectief: dagbehandeling in groep is de bedoeling

Evaluatie: MDO:

zorgadviseur indicatie voor dagbehandeling is nog niet ondertekend.

zoco: mobiliteit en transfers zijn weer vooruit gegaan, kan zelf opstaan uit bed met beetje hulp, thuiszorg 3x (ochtend en avondzorg)

FT: loopt 30 meter met rollator, is bijna op niveau van voor pneumonie, indicatie voor dagbehandeling voor drie dagen is gewenst.

Plan: VOD: 11-3"

3.12 Op 3 maart 2019 had de patiënt pijn bij het plassen en zat er bloed bij zijn urine. Op 4 maart 2019 heeft de SO in het medisch dossier genoteerd:

"Diagnose: Cystitis/urinewegsinfecties

Evaluatie: Geeft sinds weekend pijn bij plassen aan (zondag-middag) en frequente mictie. Vanmorgen temp verhoging (38,2).

Plan: Urinestick (=> is afwijkend) en bij afwijking urinekweek.

Controles 3dd.

=> start ciproxin 2dd500mg (na afnemen kweek) gedurende 2 weken."

3.13 Op 4 maart 2019 heeft de SO een gesprek gevoerd met klagers, de huisarts en de praktijkondersteuner. Hierover is door een aanwezige senior verpleegkundige in het verpleegkundig dossier genoteerd:

"Gesprek gehad met zoon, echtgenote, SO arts, huisarts en praktijk ondersteuner.

Later ben ik aangesloten bij het gesprek.

Familie maakt zich zorgen over terugkeer naar huis.

Vragen zich af of er cognitieve problemen spelen.

Dhr laat bij familie heel anders gedrag zien als naar de verpleging en behandelen hier.

Arts heeft aangegeven al eerder contact te hebben gehad met [ggz-verpleegkundig specialist] welke al betrokken waren thuis.

Er is aankomende donderdag een gesprek met [ggz-verpleegkundig specialist], zoon probeert hierbij aanwezig te zijn.

Verder is afgesproken om op de afdeling mobiliteit proberen te verbeteren.

Momenteel is deze weer verminderd ivm blaasontsteking.

Dhr moet binnens huis met hulp van een stok kunnen lopen om naar huis te kunnen.

Wanneer blijkt dat dit niet haalbaar is, zal er een vervolg gesprek met familie gepland worden.”

3.14 Op 8 maart 2019 heeft de zorgadviseur de aanvraag voor de zorgindicatie voor de dagbehandeling (CSLM) aan het CIZ verzonden.

3.15 Op 8 maart 2019 heeft de SO een e-mail gezonden aan de ggz-verpleegkundig specialist met de volgende tekst:

“Afgelopen maandag is er een gesprek geweest met [klaagster], haar zoon, huisarts en huisartsassistente. Tijdens dit gesprek kwam naar voren dat de familie toch wel depressieve kenmerken ziet bij de heer. Wij zien dit niet direct op de afdeling maar dit zou natuurlijk best kunnen. De heer gebruikt al zeer lang 30mg Citalopram, de vraag is of dit nog geïndiceerd is in deze dosering of moet worden overgestapt op een ander antidepressivum. Daarnaast denk ik dat door het samengaan van een mogelijk depressie en d andere psychiatrische problematiek het zinvol is om de psychiater in te schakelen ter beoordeling van zijn cognitie.

Somatisch gezien gaat het met de heer weer slechter tgv een pneumonie en daarna een blaasontsteking. Terugkeer naar huis is op dit moment dan ook niet aan de orde. Of hij weer op het niveau gaat komen dat dat wel zo is moeten we nog gaan bezien.”

3.16 Op 5 maart 2019 heeft klager een e-mail geschreven aan de huisarts, waarin hij onder meer meldt het niet eens te zijn met de redenering van de huisarts tijdens het gesprek van 4 maart 2019 dat cardiologisch onderzoek geen zin had, omdat daar niet meer uit zou komen dan dat de patiënt “niet meer het hart van een twintigjarige heeft”. Verder beklagt klager zich over de verzorging van de patiënt en een gebrek aan oefening en onderzoek. Nadat de huisarts klager naar de SO heeft verwezen heeft klager zijn e-mail op 10 maart 2019 aan de SO doorgestuurd. Per e-mail van 14 maart 2019 heeft klager zich bij de SO en bij de ggz-verpleegkundig specialist beklagd over de lage bloeddruk van de patiënt.

3.17 Op 13 maart 2019 heeft de ggz-verpleegkundig specialist gereageerd op de e-mail van de SO van 8 maart 2019 met een voorstel om eerst meer zicht op de stemming (mogelijke depressie) van de patiënt te krijgen door observatie en eventueel een vragenlijst, omdat een mogelijk dementieel beeld bij een depressie niet goed kan worden onderzocht. Voor de werking van de Citalopram zou een spiegel bepaald moeten worden. Voor diagnostisch onderzoek zou verwezen moeten worden naar de gespecialiseerde ggz.

3.18 Op 15 maart 2019 heeft de SO in het medisch dossier genoteerd:

“Diagnose: Coronairsclerose

Objectief: Hypotensie bij meerdere antihypertensiva waarbij in de huisartsen praktijk ook reeds gestart is met afbouw antihypertensiva. Patiënt geeft aan dat hij af en toe een knagende pob heeft wijst naar maagkuiltje. Het is geen zuurbranden. Pijn komt wisselend en hij geeft aan eigenlijk wel doorlopend pijn te hebben. Bij druk op zijn buik geeft hij aan dat de pijn iets toeneemt. Ook geeft hij aan dat hij altijd kortademig wordt bij inspanning. Longen klinken echter schoon, geen crepitaties. Tijdens gesprek is hij ook niet kortademig of benauwd.

Geeft aan geen eetlust te hebben, hij houdt van zoetheid. Drinkt goed.

(...) Ondanks interactie problemen thuis is zijn wens toch terug te keren naar huis. TC echtgenote: plan besproken en afgesproken om vrijdag 29 maart 15.00 te evalueren. Tevens aangegeven dat ik niet per mail communiceer.

Evaluatie: Hypotensie bij meerdere antihypertensiva

Plan: Nifedepine stop.

Citalopram verlagen naar 20 mg.

Patiënt geeft aan dat hij graag zoet eet.”

3.19 Op 22 maart 2019 is de patiënt in het ziekenhuis opgenomen.

4. De klacht en de reactie van de specialist ouderengeneeskunde

4.1 Klagers verwijten de specialist ouderengeneeskunde:

- 1) dat door haar handelen en/of nalaten de gezondheid van patiënt zodanig verslechterde dat hij moest worden opgenomen in een ziekenhuis;
- 2) gebrek aan regie/gebrek aan optreden;
- 3) dat zij met vragen van leven en dood onzorgvuldig is omgegaan;
- 4) het niet reageren/geen actie ondernemen op e-mail;
- 5) dat er sprake is van een patroon van ontoereikende zorgverlening.

4.2 De specialist ouderengeneeskunde heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren. Het college gaat hieronder verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

De criteria voor de beoordeling

5.1 De vraag is of de SO de zorg heeft verleend die van haar verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende specialist ouderengeneeskunde. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de specialist ouderengeneeskunde geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Dat een zorgverlener op onderdelen wellicht beter had kunnen handelen is op zichzelf niet voldoende voor een tuchtrechtelijk verwijt. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen, ook wanneer zij regiebehandelaar zijn.

Klachtonderdeel 1) gezondheid van patiënt verslechterde en ziekenhuisopname nodig

5.2 Klagers stellen dat de patiënt in het ziekenhuis is opgenomen omdat hij uitgedroogd was en geen nierfunctie meer had. Er was ook steeds een lage bloeddruk. Klagers hebben aangedrongen op onderzoek, maar dat heeft niet plaatsgevonden. Door braken en de urineweginfectie was er ook vochtverlies. De hartfunctie van de patiënt kan een rol hebben gespeeld, evenals de mogelijkheid dat sprake kon zijn van dementie. Verweerster heeft ofwel de situatie totaal verkeerd ingeschat ofwel een verkeerde diagnose gesteld, maar is in ieder geval nalatig geweest relevante diagnostiek te laten uitvoeren.

5.3 De SO voert aan dat patiënt is opgenomen in het ziekenhuis vanwege een verminderde nierfunctie en niet vanwege uitdrogingsverschijnselen. Het bloedonderzoek van 22 maart 2019 vond plaats vanwege een stagnatie in het herstel na de urineweginfectie. Medisch gezien was er geen aanleiding voor eerdere onderzoeken. Op 1 maart 2019 was nog sprake van een prima nierfunctie. De bloeddruk was in de regel ook in orde, evenals pols en temperatuur. Op de urineweginfectie was al adequaat gereageerd met antibiotica. Er was geen aanleiding voor (aanvullend) cardiologisch onderzoek of een onderzoek naar de vochtuishouding. De intake week niet veel af van de intake in de voorliggende periode. Voor het uitvoeren van een cognitief onderzoek bestond nog een contra-indicatie omdat de patiënt delirant was. Inzet van het verblijf van patiënt was

revalidatie en mobilisatie, zodat hij weer naar huis kon. De fysiotherapie was adequaat. Er waren echter complicerende factoren, waardoor de mobilisatie van de patiënt stagneerde.

5.4 Het college overweegt het volgende. Uit het dossier blijkt niet wat er precies is gebeurd na 15 maart 2019. Op 15 maart 2019, de laatste werkdag voor haar vakantie, heeft de SO de patiënt nog beoordeeld en met hem gesproken, zo blijkt uit haar verslaglegging. Hoewel dit verslag van de SO summier is, blijkt hieruit in combinatie met het verpleegkundig dossier dat de patiënt op 15 maart 2019 niet ziek was en geen koorts had. Hij oogde niet ziek en reageerde niet verward. Hij was herstellende van de urineweginfectie en de fysiotherapie was inmiddels weer opgepakt. De SO heeft die dag in verband met de lagere bloeddrukmetingen de bloeddrukverlagende medicatie nifedipine gestopt. Verder heeft zij telefonisch met klaagster de stand van zaken besproken en een afspraak voor een gesprek gemaakt voor na haar vakantie, op 29 maart 2019. Klaagster heeft daarmee ingestemd.

5.5 De patiënt heeft in het verleden van de huisarts bloeddrukverlagende medicijnen gekregen. In april 2018 werd een lagere bloeddruk (RR100/70) gemeten en had de patiënt klachten van duizeligheid bij het opstaan. Toen is de huisarts geadviseerd de bloeddrukverlagers te saneren. In de thuissituatie is in december 2018 een bloeddruk gemeten van RR 110/80 en na de opname van de patiënt in het behandelcentrum zijn afwisselend hogere en lagere tensies gemeten. Na de beslissing van de SO om met de nifedipine te stoppen zijn blijkens het dossier weer hogere tensies gemeten. De patiënt was ook voor zijn opname in het behandelcentrum al bekend met een nierfunctiestoornis. Op 1 maart 2019 heeft laboratoriumonderzoek plaatsgevonden naar onder andere de nierfunctie. De uitslag daarvan (GFR 55) was goed en zelfs beter dan de uitslag van eerder onderzoek in april 2018 (GFR 50).

5.6 Voor de stelling dat de patiënt uitgedroogd was biedt het dossier geen aanknopingspunten, nog los van het feit dat uit het dossier blijkt dat het tijdens de opname van de patiënt in het behandelcentrum steeds een aandachtspunt is geweest dat de patiënt voldoende dronk en dat hij daarin ook voortdurend werd aangespoord. Uit het dossier blijkt verder dat cognitief onderzoek steeds een aandachtspunt is geweest. Vanwege het oorspronkelijk spoedige herstel is de SO ervan uitgegaan dat dit onderzoek het beste na het ontslag naar huis kon plaatsvinden. De longontsteking en de daarop volgende blaasontsteking waren de spelbrekers, ten eerste omdat het ontslag naar huis daardoor stagneerde en ten tweede omdat cognitief onderzoek op grond van de gevolgen van deze complicaties (en de mogelijke depressie) toen niet aangewezen was.

5.7 Het college is van oordeel dat de verslaglegging door de SO weliswaar summier is, maar dat uit het dossier desondanks voldoende blijkt dat de door haar verleende zorg aan de patiënt voldeed aan de daarvoor geldende eisen. In ieder geval blijkt daaruit niet van een verkeerd ingeschatte situatie of een verkeerd gestelde diagnose. De diagnostiek die tijdens het verblijf van de patiënt in het behandelcentrum nodig en relevant was is uitgevoerd. Klachtonderdeel 1) is op grond van het voorgaande kennelijk ongegrond.

Klachtonderdeel 2) onvoldoende regie/optreden

5.8 Klagers voeren over dit klachtonderdeel aan dat de patiënt een multidisciplinaire aanpak nodig had, maar desondanks op gezag van de SO werd behandeld met een eerstelijnsindicatie. De patiënt kreeg dus niet de afgesproken en benodigde zorg. Pas op 8 maart 2019 is de CSLM-indicatie ingediend voor zes dagdelen, dus bijna twee maanden na opname. Zelfs na deze aanvraag is geen intensieve zorg gegeven. De SO is als hoofdbehandelaar tekortgeschoten. Zij heeft er

niet voor gezorgd dat de patiënt eten en drinken werd gegeven die passend was bij zijn individuele behoefte nadat hij gebrakt had. Er is geen serieus werk gemaakt van de revalidatie met drie keer een half uur fysiotherapie. Dat had ook thuis gekund. De SO beweerde dat er geen verschil was tussen eerstelijns zorg en intensieve zorg. Klagers trokken bij de huisarts aan de bel, waarop door de SO traag is gereageerd. Uiteindelijk is pas op 4 maart 2019 een gesprek gevolgd en op 8 maart 2019 de CSLM indicatieaanvraag. Die aanvraag had veel eerder moeten. Ook heeft ondanks verzoeken en aanwijzingen daarvoor geen psychisch onderzoek plaatsgevonden, aldus klagers.

5.9 De SO geeft aan dat de opname niet was bedoeld voor diagnostiek naar de oorzaak van de achteruitgang van de patiënt, maar om hem te mobiliseren, zodat hij weer naar huis zou kunnen. Klagers hadden kennelijk andere verwachtingen van de opname. Met betrekking tot de zorgindicatie heeft de SO een adviesfunctie. De oorspronkelijk aangevraagde indicatie leek het meest passend maar die werd afgewezen, omdat de patiënt niet uit het ziekenhuis kwam om te revalideren. Na die afwijzing leek de door het CIZ geadviseerde GRZ-indicatie minder passend, omdat het beter ging met patiënt en het voor deze indicatie benodigde geriatrisch assessment daardoor overbodig leek. De SO is niet verantwoordelijk voor de volledige aansturing en uitvoering van de verzorging en de (planning van de) fysiotherapie. Haar kan niet worden verweten dat de patiënt ongeschikt eten aangeboden kreeg nadat hij gebrakt had. Alle patiënten krijgen ongeacht de indicatie de zoveel mogelijk passende verzorging. De CSLM-indicatie is niet door de SO aangevraagd, maar door de zorgadviseur in de aanloop naar het op dat moment verwachte ontslag van patiënt naar huis. Tijdens het verblijf van de patiënt bestond oorspronkelijk geen aanleiding voor cognitief onderzoek, dat kon bovendien ook na zijn ontslag. Uiteindelijk bleek dit onderzoek mogelijk toch gewenst, maar toen bestond er een contra-indicatie omdat de patiënt als gevolg van de blaasontsteking een delier had.

5.10 Met betrekking tot (het verloop van) de indicatie-aanvragen overweegt het college allereerst dat de aanvraagprocedure niet via de SO liep, maar via de zorgadviseur. Voor de beoordeling van een indicatieaanvraag en de tijd die dit in beslag neemt, is niet de SO verantwoordelijk, maar het CIZ. De SO adviseerde, mede op basis van de bevindingen in het MDO, over de aan te vragen zorgindicatie. De weigering van de oorspronkelijk aangevraagde indicatie door het CIZ valt de SO niet te verwijten. Het college is van oordeel dat de SO in het kader van de indicatie-aanvragen voldoende voortvarend heeft gehandeld. Nadat de oorspronkelijke indicatie was geweigerd, is op advies van de SO spoedig een nieuwe indicatie aangevraagd (ELV-HC) en verleend. Reeds in januari 2019 heeft de SO aandacht besteed aan de dagopvang (inclusief thuiszorg, benodigde aanpassingen etc.) die er moest zijn zodra de patiënt naar huis kon worden ontslagen. Op 4 februari 2019 heeft de zorgadviseur aan klagers de formulieren voor de CSLM indicatie (de dagopvang na terugkeer naar huis) ter ondertekening meegegeven. Deze formulieren zijn op

14 februari 2019 nog eens op de kamer van de patiënt neergelegd. Er is ook daarna verschillende malen naar de ondertekende formulieren gevraagd. Klagers hebben uiteindelijk aangegeven dat zij pas na het gesprek van 4 maart 2019 met de SO zouden ondertekenen. Dat de CSLM pas op 8 maart 2019 is aangevraagd is dus de keuze van klagers geweest. De SO valt hierover niets te verwijten.

5.11 Blijkens dit klachtonderdeel verkeren klagers (nog steeds) in de veronderstelling dat de SO door voor een ELV-HC indicatie te kiezen in plaats van de door het CIZ geadviseerde GRZ indicatie een keuze heeft gemaakt voor een geheel

andere zorgvorm voor de patiënt, namelijk (alleen) eerstelijnszorg in plaats van revalidatiezorg. Uit het dossier blijkt dat hierover verschillende keren met klagers is gesproken. De zorgadviseur heeft getracht klagers in de gesprekken van 4 en 28 februari 2019 uit te leggen dat het verschil tussen beide indicaties in de praktijk neerkwam op een verschillende benaming, maar dat dit niet uitmaakte voor de daadwerkelijk aan de patiënt te verlenen zorg. De SO heeft (op verzoek van de zorgadviseur) op 8 februari 2019 met klagers gesproken en naderhand weer op 4 maart 2019. Van beide gesprekken heeft de SO geen verslag gemaakt, zodat het college niet kan vaststellen wat er precies is besproken en zelfs niet of en in hoeverre (het verschil tussen) beide zorgindicaties in een of beide gesprekken aan de orde is geweest. Deze gesprekken tussen de SO en klagers waren ook bij uitstek de gelegenheid om met klagers te spreken over de bij hen levende verwachtingen over de opname van de patiënt en hetgeen het behandelcentrum daadwerkelijk voor de hem kon doen en ging doen. Blijkens de overige inhoud van het dossier en de klacht zelf zijn deze onderwerpen wel door de SO met klagers besproken, al had de SO er beter aan gedaan van beide gesprekken in het dossier melding te maken met een weergave van de inhoud van het besprokene.

5.12 Het voorgaande laat onverlet dat naar het oordeel van het college de ELV-HC indicatie een reële indicatie was voor de opname van de patiënt in het behandelcentrum en dat het beleid met een GRZ indicatie niet anders geweest zou zijn. Voorafgaand aan de opname lag de patiënt feitelijk de hele dag in bed, mede omdat klaagster niet de hulp kon bieden die de patiënt nodig had bij praktisch alle activiteiten, inclusief transfers in en uit bed, staan en lopen. De toename van het gevaar op vallen heeft geleid tot de beslissing om de patiënt tijdelijk op te nemen. Het doel daarbij was tweeledig, namelijk ten eerste om de patiënt zo goed mogelijk te mobiliseren zodat hij met de juiste begeleiding weer naar huis kon en ten tweede om de juiste indicatie vast te stellen voor die thuissituatie, rekening houdend met alle fysieke en psychische beperkingen van de patiënt en de overige omstandigheden, zoals overbelasting bij klaagster.

5.13 Het mobiliseren en revalideren van de patiënt heeft ook daadwerkelijk plaatsgevonden, zo blijkt uit het dossier. Bij zijn opname was de patiënt zwak en vermoeid, met een zeer matige uitgangswaarde van conditie, sta- en loopfunctie. Deze uitgangssituatie moet ook gelet op de leeftijd van de patiënt langzaam worden geoptimaliseerd. Het aanbieden van een intensieve fysiotherapie bij iemand in deze conditie is van weinig waarde. Het gaat dan ook niet om het aanbieden van fysiotherapie alleen (in dit geval met drie maal een half uur in de week), maar ook en juist in de combinatie van fysiotherapie en het zorgteam. Het zorgteam is de verlengde arm van de fysiotherapeut door de patiënt op de juiste wijze te ondersteunen en te stimuleren bij transfers en de sta- en loopfunctie en door hem te begeleiden om deze zaken weer (zoveel mogelijk) zelfstandig te kunnen doen. Mede gelet op de oorspronkelijke vooruitgang die de patiënt boekte kon en mocht de SO ervan uitgaan dat het onderzoek naar de cognitieve stoornissen van de patiënt het beste na zijn terugkeer naar huis zou kunnen plaatsvinden. Dat is voor haar mede de reden geweest om niet te kiezen voor een GRZ indicatie (waarvan een psychiatrisch onderzoek deel uitmaakte), maar voor de ELV-HC indicatie. De indicatiekeuze heeft niet afgedaan aan de activiteiten om de patiënt te mobiliseren en weer zodanig op de been te krijgen dat hij terug naar huis zou kunnen. Daarbij is de patiënt, zoals uit het dossier blijkt, ook steeds gestimuleerd om voldoende te eten en vooral te drinken. Het feit dat de patiënt een keer na het braken een ongeschikte maaltijd kreeg aangeboden is uiteraard bijzonder ongelukkig, maar valt de SO niet te verwijten.

5.14 Al met al is het college van oordeel dat de SO mogelijk proactiever had kunnen reageren op de onduidelijkheden en verwachtingen die bij klagers leefden, in het bijzonder betreffende de aangevraagde zorgindicaties, maar dat de zorg die de patiënt heeft gekregen over het geheel genomen passend was en gericht op het doel waarvoor hij in het behandelcentrum was opgenomen. Ook op de momenten dat zich onverwachte complicaties voordeden, zoals de longontsteking en de urineweginfectie is door de SO (en bij haar afwezigheid door collega's) adequaat gehandeld. Daarom is het college van oordeel dat dit klachtonderdeel kennelijk ongegrond is.

Klachtonderdeel 3) patiënt mag wel dood gaan

5.15 Klager heeft op dit klachtonderdeel als toelichting gegeven dat klagers zich zorgen maakten over het geringe eten en drinken van de patiënt. Bij revalideren is eten en drinken van groot belang. De SO heeft in het gesprek met klagers op 8 februari 2019 gezegd dat het mensen die niet meer willen eten wordt toegestaan om niet meer te eten, zelfs als dat betekent dat ze uiteindelijk komen te overlijden. Er werd geen enkele actie ondernomen en ook niet nagegaan waarom de patiënt minder at. Van de SO mocht iemand die slecht at doodgaan, ook als het slechte eten een gevolg was van cognitieve problemen.

5.16 De SO betwist dit zo te hebben gezegd. De intake was inderdaad matig, met name omdat de patiënt zelf niet meer wilde eten. Maar de patiënt werd wel gestimuleerd om te eten en daar zag de SO op toe. Zo heeft zij het ook tegen klagers gezegd, waarbij ze heeft aangegeven dat een patiënt niet wordt gedwongen om te eten, ook niet als dat uiteindelijk zou kunnen betekenen dat de patiënt overlijdt.

5.17 Het college overweegt dat uit het verpleegkundig dossier blijkt dat veel aandacht werd besteed aan het eten en vooral drinken door de patiënt en dat hij daarin voortdurend werd aangemoedigd. De exacte bewoordingen en de wijze waarop het gesprek verlopen, is niet te achterhalen. Het college kan dus niet vaststellen of verweerder een minder gepaste formulering heeft gebruikt of dat er sprake is van een parafraze van klagers. Dat betekent dat ook dit klachtonderdeel kennelijk ongegrond wordt verklaard.

Klachtonderdeel 4) geen reactie op e-mail

5.18 Klager verwijt de SO dat zij niet heeft gereageerd op zijn e-mail van 10 maart 2019, ook niet na zijn herinnering op 14 maart 2019. De SO heeft wel gebeld met klaagster, maar de door klager gevraagde actie niet ondernomen. Zij heeft dus geen verantwoording afgelegd en zich niet toetsbaar opgesteld. De SO heeft ook eerder niet (tijdig) gereageerd op de berichten van de huisarts uit februari 2019 en het voorstel voor onderzoek van de ggz-verpleegkundig specialist.

5.19 De SO voert aan dat zij naar aanleiding van de e-mail van klager van 10 maart 2019 heeft gebeld met klaagster, die eerste contactpersoon was. Zij heeft het behandelplan uitgelegd en klaagster verteld over de medicatiewijziging in verband met de bloeddruk. Ook is besproken dat voor een cognitief onderzoek nog een contra-indicatie bestond. Nogmaals heeft zij met klaagster besproken dat de opname om mobilisatie van de patiënt ging en niet om het achterhalen van de oorzaak van zijn achteruitgang. Er was op dat moment geen reden voor nadere actie. Zij heeft niet schriftelijk gereageerd in verband met de AVG. In het gesprek van 29 maart 2019, waarvoor in het telefoongesprek een afspraak is gemaakt, zou ook het voorstel van de ggz-verpleegkundig specialist van 13 maart 2019 aan de orde komen, aldus de SO.

5.20 Het college is van oordeel dat de SO ten aanzien van de correspondentie geen tuchtrechtelijk verwijt te maken valt. Het stond haar vrij om niet met klager(s) per e-mail te (willen) communiceren. Gelet op de privacywetgeving dient met medisch inhoudelijke informatie zorgvuldig te worden omgegaan en dat maakt dat voorzichtig

mag worden omgegaan met communicatie per (niet beveiligde) e-mail. Daarnaast kan schriftelijke communicatie tot misverstanden leiden. Mondelinge communicatie is dus niet zonder meer onjuist. Bovendien was klaagster de eerste contactpersoon en heeft de SO de e-mail berichten van klager op 15 maart 2019 met haar besproken, evenals het beleid op dat moment en het feit dat zij niet per e-mail communiceert. Uit de e-mail van de ggz-verpleegkundig specialist van 13 maart 2019 blijkt geen noodzaak om daarop acuut te reageren, te meer aangezien de ggz-verpleegkundig specialist onderschrijft dat cognitief onderzoek van de patiënt op dat moment van beperkte waarde kon zijn. De SO heeft in het telefoongesprek van 15 maart 2019 met klaagster een afspraak gemaakt voor een bespreking na haar vakantie op 29 maart 2019. Het college ziet geen reden waarom bespreking van de voorstellen van de ggz-verpleegkundig specialist niet tot dat moment kon wachten. Tot slot blijkt uit de feitelijke gang van zaken in februari 2019 dat de reactie van de SO op het terugbelverzoek van de huisarts vertraagd is door haar afwezigheid in die periode. Op grond van het voorgaande is klachtonderdeel 4) kennelijk ongegrond.

Klachtonderdeel 5) patroon van ontoereikende zorgverlening

5.21 Het college is van oordeel dat dit klachtonderdeel in feite een samenvatting is van alle voorgaande klachten en als zodanig geen zelfstandige betekenis heeft.

Klachtonderdeel 5) is om die reden kennelijk ongegrond.

Slotsom

5.22 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat alle onderdelen van de klacht kennelijk ongegrond zijn.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Het Centraal Tuchtcollege gaat bij de beoordeling van het beroep uit van de feiten die zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege. Deze weergave is in beroep niet of in elk geval onvoldoende, bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

Omvang van het beroep

4.1 Klagers zijn het niet eens met de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege. Het beroep van klagers heeft tot doel dat het Centraal Tuchtcollege de zaak in volle omvang beoordeelt en de klacht alsnog gegrond verklaart.

4.2 De specialist ouderengeneeskunde heeft gemotiveerd verweer gevoerd. Zij is van mening dat het beroep van klagers moet worden verworpen en de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege moet worden bevestigd.

De klacht

4.3 Klagers verwijten de specialist ouderengeneeskunde, samengevat weergegeven:

- 1) dat door haar handelen en/of nalaten de gezondheid van patiënt zodanig verslechterde dat hij moest worden opgenomen in een ziekenhuis;
- 2) gebrek aan regie/gebrek aan optreden;
- 3) dat zij met vragen van leven en dood onzorgvuldig is omgegaan;
- 4) het niet reageren/geen actie ondernemen op e-mail;
- 5) dat er sprake is van een patroon van ontoereikende zorgverlening.

4.4 Klachtonderdeel 5 is de meest omvattende klacht van klagers. Deze klacht betreft in feite een samenvatting van klachtonderdelen 1 t/m 4.

4.5 Het Centraal Tuchtcollege is anders dan het Regionaal Tuchtcollege van oordeel dat klachtonderdeel 5 gegrond is en legt aan de specialist ouderengeneeskunde een berisping op. Het Centraal Tuchtcollege licht dat oordeel hierna toe.

4.6 Het Centraal Tuchtcollege overweegt dat in ieder geval op de volgende punten de zorgverlening door de specialist ouderengeneeskunde ontoereikend is geweest:

Onvoldoende aandacht algehele conditie patiënt

4.7 Patiënt, geboren in 1932, was bekend met nierinsufficiëntie, hart- en vaatziekten, had een lage bloeddruk en at en dronk slecht. Op 10 februari 2019 werd de patiënt verdacht van een longontsteking, waarvoor hem een antibioticakuur is voorgeschreven. Op 4 maart 2019 bleek patiënt een urineweginfectie te hebben. Patiënt viel in gewicht af. Op 12 maart 2019 wordt in het dossier genoteerd dat, als patiënt goed is gewogen, er sprake is van een gewichtsverlies van 6 kilo in 2,5 week tijd. Deze omstandigheden in combinatie met het medicatiegebruik van patiënt met onder andere bloeddrukverlagers maken dat de specialist ouderengeneeskunde meer aandacht had moeten hebben voor de algehele conditie van patiënt. In dat kader had het op de weg van de specialist ouderengeneeskunde gelegen om kritisch naar het medicijngebruik van patiënt te kijken, (telefonisch) te overleggen met de cardioloog en een diëtist in te schakelen. De specialist ouderengeneeskunde heeft dit nagelaten en patiënt daarmee niet de zorg verleend die van haar mocht worden verwacht.

Dossiervoering en opvolging

4.8 Een duidelijk en compleet dossier is van groot belang voor de continuïteit van de geleverde zorg. Dit geldt zeker in een behandelcentrum waar veel zorgverleners vanuit verschillende disciplines bij de zorg van een patiënt betrokken zijn. Zorgvuldige dossiervoering is verder van belang voor een (tuchtrechtelijke) beoordeling van het handelen van de zorgverlener. Het handelen van een zorgverlener kan niet goed worden getoetst als dit in het medisch dossier ontbreekt. In het dossier ontbreekt onder andere verslaglegging van de familiegesprekken, de MDO's en de opvolging ten aanzien van de bloeddruk en de vocht- en voedingsintake van patiënt. Het Centraal Tuchtcollege is daarom van oordeel dat er sprake is geweest van een onzorgvuldige en onvolledige dossiervoering. De specialist ouderengeneeskunde was hiervoor, als regiebehandelaar van patiënt, verantwoordelijk. Door de gebrekkige dossiervoering is de opvolging van de zorg aan patiënt onvoldoende gewaarborgd en is de handelswijze van de specialist ouderengeneeskunde niet goed vast te stellen. De specialist ouderengeneeskunde heeft op de zitting aangegeven in te zien dat haar dossiervoering voor verbetering vatbaar is en dit onderwerp haar aandacht heeft.

Gesprek 8 februari 2019 (onzorgvuldig omgaan met vragen van leven en dood)

4.9 Op 4 februari 2019 noteert een diëtist het volgende in het dossier van patiënt

(citaat inclusief taal- en typfouten):

“Bevindingen iom collega: Dhr is bekend bij mijn college vanuit de thuissituatie. Maakte daar gebruik van drinkvoeding. Krijgt nu drinkvoeding op E. aangeboden, echter nog geen verwijzing vanuit de arst. Aanbod wordt nu continueerd zonder beoordeling van huidige intake en evaluatie van gebruik. Graag verwijzing diëtetiek voor voortzetten dieetbegeleiding.”

4.10 Op 5 februari 2019 noteert een senior verpleegkundige in het dossier dat de specialist ouderengeneeskunde nog geen aanvraag voor een diëtist wil doen.

4.11 Op 8 februari 2019 vindt een gesprek plaats tussen de klagers en de specialist ouderengeneeskunde. Van dit gesprek heeft de specialist ouderengeneeskunde geen verslag gemaakt. Klagers verwijten de specialist ouderengeneeskunde dat zij tijdens dit gesprek heeft gezegd dat het mensen die niet willen eten wordt toegestaan niet te eten, zelfs als dat betekent dat zij uiteindelijk komen te overlijden.

4.12 De specialist ouderengeneeskunde geeft aan dat zij aan klagers heeft verteld dat patiënt niet kon worden gedwongen te eten en drinken en zij klagers daarbij het volgende heeft aangegeven: “als iemand niet wil, kun je hem of haar niet dwingen. En dan kan en mag iemand daardoor uiteindelijk overlijden. De keuze wel of niet te eten is er uiteindelijk één van de patiënt zelf.”

4.13 In het licht van de bij de klagers bestaande zorgen over het geringe eten en drinken van patiënt en het feit dat de specialist ouderengeneeskunde enkele dagen daarvoor had aangegeven nog geen aanvraag voor een diëtist te willen doen, zijn de woorden van de specialist ouderengeneeskunde naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege op z'n minst ongelukkig.

Communicatie

4.14 Het Centraal Tuchtcollege is verder van oordeel dat de communicatie van de specialist ouderengeneeskunde met klagers beter had moeten zijn. Het was duidelijk dat bij klagers onduidelijkheden en zorgen bestonden ten aanzien van onder andere de aangevraagde zorgindicaties, de bloeddruk van patiënt en de keuze om geen diëtist in te schakelen. Uit het dossier en de door de specialist ouderengeneeskunde op de zitting gegeven uitleg is het Centraal Tuchtcollege niet gebleken dat de specialist ouderengeneeskunde hier voldoende aandacht voor heeft gehad. Op de zitting heeft de specialist ouderengeneeskunde aangegeven dat de communicatie met klagers met name via de zorgcoördinator verliep en dat zij erop heeft vertrouwd dat de zorgcoördinator een en ander met klagers heeft besproken. Uit het dossier valt niet op te maken wat de specialist ouderengeneeskunde met de zorgcoördinator heeft besproken en wat de zorgcoördinator vervolgens met klagers heeft besproken. Uit bijvoorbeeld de herhaalde verzoeken van klagers tot het inschakelen van een diëtist had de specialist ouderengeneeskunde moeten afleiden dat door de zorgcoördinator op dit punt geen althans onvoldoende uitleg was gegeven. De specialist ouderengeneeskunde had dit moeten signaleren en hierover met klagers in gesprek moeten gaan.

4.15 Reeds op grond van de hierboven weergegeven punten is klachtonderdeel 5 gegrond. Dit betekent dat het beroep van klagers slaagt.

Maatregel

4.16 Wat betreft de op te leggen maatregel overweegt het Centraal Tuchtcollege het volgende. De specialist ouderengeneeskunde is tekort geschoten in de zorg van patiënt. De specialist ouderengeneeskunde heeft onvoldoende aandacht gehad voor de algehele conditie van patiënt. De dossiervoering van de specialist ouderengeneeskunde is onder de maat waardoor de opvolging van de zorg aan patiënt onvoldoende is gewaarborgd. Verder had de communicatie van de specialist ouderengeneeskunde met klagers beter moeten zijn. Het Centraal Tuchtcollege heeft er oog voor dat de specialist ouderengeneeskunde de familie van de patiënt als veeleisend en niet gemakkelijk heeft (kunnen) ervaren en dat dit de communicatie lastig maakte, maar van een professional mag verwacht worden dat zij daar correct mee weet om te gaan. Gelet op de ernst van het tekortschieten, kan niet worden volstaan met een waarschuwing. Het Centraal Tuchtcollege acht een berisping op zijn plaats.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

vernietigt de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege voor zover de klacht op alle onderdelen ongegrond is verklaard;

en doet opnieuw recht:

verklaart klachtonderdeel 5 alsnog gegrond;

legt de specialist ouderengeneeskunde de maatregel van berisping op;

verwerpt het beroep voor het overige.

Deze beslissing is gegeven door: R. Prakke-Nieuwenhuizen, voorzitter; H. de Hek en A.R.O. Mooy, leden-juristen en H.J. Hasper en B.J.P. Vis-Janssens de Varebeke, leden-beroepsgenoten en K.M. ten Pas, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 29 mei 2024.
Voorzitter w.g. Secretaris w.g.