

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2023/2005

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE

voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2023/2005 van:

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

F., 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 F. – hierna de specialist ouderengeneeskunde – een klacht ingediend. Bij beslissing van 15 juni 2023, met nummer H2022/3875, 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 haar gemachtigde. Partijen hebben hun standpunten nader toegelicht. B. en mr. Verberne 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 Uit het dossier blijkt dat eten en drinken door de patiënt vanaf het begin een steeds weerkerend aandachtspunt is geweest voor alle bij de verzorging van de patiënt betrokkenen. Veel opmerkingen hebben betrekking op wat de patiënt wel of niet wilde eten of drinken en op het stimuleren van de patiënt daarbij. De SO noteerde hierover op 11 november 2020 (alle citaten inclusief taal- en typfouten):

“Echtgenote gebeld; ze maakte zich zorgen om het slechte eten. Uitgelegd dat we dat hier ook zien, maar dat we dhr. niet kunnen dwingen tot eten. Dhr. zelf vindt het wel prima zo. Dat snapt mevr. ook. Ze vraagt of extra bewegen niet goed voor hem zal zijn en of hij dan zo maar eetlust krijgt? Dat is zeker een mogelijkheid. We proberen dhr. ook te stimuleren om meer uit bed te komen maar dat wil hij zelf niet. Hij vindt het zelf prima zo, hij wil zijn laatste jaren lekker rusten. Echtgenote begrijpt dat we hem niet kunnen dwingen.

Nog enkele andere vragen beantwoord.”

3.2 De SO heeft hierna - voor zover relevant - in het dossier genoteerd:

- op 30 december 2020:

“Echtgenote telefonisch gesproken (op haar verzoek)

Maakt zich zorgen over haar man.

Heeft het idee dat haar man mogelijk zorg te kort komt op de afdeling, speelt weer met de gedachtes om weer naar huis te halen. Opnieuw mevr. op het hart gedrukt dat dit niet mogelijk is en niet verstandig is. Mevr. vindt het moeilijk, wil graag voor hem zorgen.

Slecht eten besproken, gewicht blijft toch stabiel. Daar is ze wel blij mee.

Mevr. heeft wel het idee dat dhr. het naar zijn zin heeft hier. Hij kan goed zelf aangeven wat hij wil. (...)"

- 6 januari 2021:

"Subjectief:

Rapportage verpleging 3-1-2020 (afgeschermd):

Zoon van dhr kwam na de broodmaaltijd naar me toen om te vragen of hij de vochtlijsten mocht zien. Aangegeven dat er 1 dag een vochtlijst is bijgehouden en dat dit alleen in opdracht van arts of diëtist gedaan wordt. Ook gevraagd wat de familie wil doen met het feit dat dhr, volgens hen, te weinig intake heeft. Zij willen dat dhr dan vocht extra gaat krijgen en sondevoeding. Graag woensdag met de arts bespreken om in een gesprek bijvoorbeeld duidelijke afspraken te maken. Het gaat dan om gedwongen eten en drinken wat de dhr absoluut niet wil

Evaluatie:

Zorgen/onrust bij familie over de intake van dhr.

Ik heb hierover al regelmatig contact gehad met echtgenote en daarbij aangegeven dat we dhr. niet kunnen en mogen dwingen om te eten. Dhr. geeft zelf heel duidelijk aan niet meer te willen eten, deze wens moeten we respecteren. Ook in eerdere zorgleefplangesprek dit besproken, maar familie lijkt dit niet te willen horen.

Ondanks de regelmatige (telefonische) gesprekken met echtgenote blijven de zorgen van familie bestaan. Zij hebben eerder ook al aangegeven dat ze willen dat dhr. nog sondevoeding krijgt, mocht hij te weinig intake hebben. Toen hij nog op de [vorige instelling] was is deze vraag zelfs aan de geriater voorgelegd: zij heeft sondevoeding toen ook afgeraden.

Er is op dit moment ook zeker geen indicatie voor sondevoeding. Gezien de dementie, leeftijd, comorbiditeit en geen overbrugbaar probleem zelfs een contra-indicatie.

Plan:

- Samen met de nieuwe zoco [naam] op korte termijn een afspraak plannen met familie om bovenstaande te bespreken.

- Ik overleg met diëtiste over haar bevindingen

- Een ding is wel duidelijk: we gaan dhr. niet dwingen tot eten en drinken."

- op 27 januari 2021:

"Gesprek met echtgenote, zoon, dochter samen met zoco [naam] en SO. Het volgende werd besproken:

- Familie maakt zich zorgen om de psyche van dhr. zij merken dat hij veel terug denkt aan vroeger. Heeft een traumatische jeugd doorgemaakt. Bang dat hij door psychische problemen daarom nu zo slecht eet. Mogelijk dat een geestelijk verzorger hierin iets kan betekenen. Aangegeven dat zij op de afdeling geen aanwijzingen hebben voor somberheid of een depressie. Mogelijk dat hij wel in deze levensfase meer terugdenkt aan jeugd en gebeurtenissen in zijn leven.

- Daarnaast geeft familie aan dat zij soms schrikken hoe er op de afdeling met het eten wordt omgegaan. Soms is er te weinig aandacht voor de maaltijden en wordt het zomaar neergezet. Als dhr. een slechte dag heeft, heeft hij hulp nodig. Familie verwacht dat de zorg dit hem dan ook biedt. Hierin hen gelijk gegeven. Er moet zeker aandacht zijn voor het eten en hulp moet gegeven worden. Wel duidelijk aangegeven dat er ook momenten zijn dat dhr. echt niet wil eten en weigert. Dan moeten we dit

accepteren. Dit kan per dag en zorgmedewerker verschillen.

- Dhr. ligt graag op bed. Dit willen we accepteren en familie geeft aan dat zij willen dat hij het naar zijn zin heeft, als hij zich hierbij fijn voelt moeten we dat accepteren. Echter door het lange liggen op bed in dezelfde houding krijgt dhr. decubituswonden. Dus wenselijk dat hij wel een paar uurtjes uit bed komt op de dag. Dit om de stuit te ontlasten. Daarnaast is hij nu het dagnachtritme aan het omgooien, dit is niet wenselijk. Er zal een schema worden opgesteld om hem overdag uit bed te halen. Hierin zullen we dhr. directief moeten aanspreken aangezien hij zelf niet altijd inziet waarom dit nodig is.

- Bloeduitslagen: BSE iets verhoogd, AF iets verhoogd. Geen bloedarmoede (Hb 8.3), nierfunctie is goed; geen tekenen van uitdroging. Uitslagen zijn vergelijkbaar met die van 3 maanden terug. indicator dat er mogelijk wel wat onderliggend speelt. Kanker als mogelijkheid benoemd. Nu geen duidelijk focus bij lichamelijk onderzoek en uit de anamnese. Alleen dan de vermoeidheid en verminderde eetlust. We hebben afgesproken dit even af te wachten en geen verder onderzoek in het ziekenhuis te laten doen (ook niet mijn voorkeur). Bij achteruitgang kunnen we altijd nog kijken, ik zal regelmatig het bloed controleren.

(...)

- Zorgbeleid: Niet reanimeren verder actief inclusief insturen naar het ziekenhuis en IC-opname. Dit opnieuw bevestigd door familie.

- Sondevoeding besproken (ik heb dit zelf ter sprake laten komen omdat ik weet dat dit de wens nog was van familie). Uitgelegd dat dit geen meerwaarde heeft omdat het niet om een overbrugbaar probleem gaat en de risico's groot zijn bij demencie (aspiratiepneumonie, niet kunnen verdragen). Daarbij heeft dhr. bij zowel arts als zoco aangegeven dit niet te willen. Familie geeft aan dat als hij echt te weinig eet en gewicht gaat verliezen wel sondevoeding te willen voor dhr. Ze "strijden" voor hem, zij zijn ervan overtuigd dat hij met sondevoeding langer zal leven. Heel duidelijk benoemd dat ik geen sondevoeding zal starten (en mijn collega's ook niet) omdat ik er niet achter sta. Ze zullen dan zelf een arts/instelling moeten zoeken die dat wel doet. Familie leek hierin mij mening te respecteren maar waren het er niet mee eens. Omdat sondevoeding nu niet aan de orde is zijn we er nu niet verder op ingegaan. Voor nu hebben we afgesproken dat als dit aan de orde komt we opnieuw in gesprek gaan. We zullen dan de kwestie ook aan de geriater voorleggen (evt. dmv poli-afspraak). Familie heeft m.b.t. de sondevoeding meer vertrouwen in het oordeel van de geriater.

Conclusie:

We zien allemaal de algehele achteruitgang maar zijn het over eens dat hij het wel naar zijn zin heeft op de afdeling. Eten is wisselend, maar over het algemeen slecht. Wij moeten als afdeling erop zien dat we het wel aanbieden, maar er zullen dagen zijn dat dhr. echt niet wil. Het personeel zal hem niet dwingen te eten.

Duidelijk benoemd dat ik niet weet hoe het gaat verlopen, hij kan langzaam achteruitgaan maar we moeten er ook rekening mee houden dat hij ineens verslechterd en wij (en ook in het ziekenhuis) hier weinig aan kunnen doen. Familie wil tot het uiterste gaan om dhr. niet te verliezen (sondevoeding, ziekenhuisopname etc). Mocht dit aan de orde komen gaan we opnieuw in gesprek over de opties. (...)"

- op 7 maart 2021:

"5-3 telefonisch gesproken met echtgenote:

Haar gebeld omdat we elkaar al een tijd niet hadden gesproken en een update te geven rondom dhr. Dit stelde ze op prijs.

Aangegeven dat we dhr. achteruit zien gaan (zoals ook in laatste familiegesprek is

besproken). We zien hem zowel lichamelijk als cognitief bij zijn dementie achteruitgaan. Wil vaker op bed liggen, eten nog steeds niet veel (met name pap). Weegt op dit moment 75 kilo, hij valt dus een kilo per maand af. WE doen ons best maar dhr. wil echt niet meer eten. Dit ziet mevr. ook maar maakt zich hier ook erg veel zorgen om. Ze wil hem niet kwijt.

Mevr. vindt ook dat als hij op bed wil blijven liggen dat dit best wel eens kans. Hier ben ik het mee eens. Ivm voorkomen decubites proberen we hem wel zoveel mogelijk uit bed te halen.

Mijn zorgen geuit over de achteruitgang van dhr. Maar hij heeft het naar zijn zin en is op dit moment comfortabel. Op dit moment geen veranderingen in medisch beleid en gaan we zo door. (...)

Mevr. heeft nog wat ongenoegen geuit over verloop van bepaalde zaken op de afdeling. Zoco zou haar bellen deze week, dat was niet gedaan. Ik zal haar mailen om te vragen contact op te nemen. (later bleek dat de afspraak voor gesprek voor dinsdag gepland stond, dit was echtgenote vergeten)."

- Op 17 maart 2021:

"Hoestbui, verkouden??"

Op verzoek van echtgenote bij dhr. langsgeweest, mevr. was hierbij aanwezig.

Echtgenote vertelt dat dhr. gisteravond een hele erge hoestbui had. Hij kwam hier heel moeilijk uit en had het op dat moment heel erg benauwd. Hoestte daarbij sputum op, mevr. moest dit zelfs uit de mond verwijderen. Ze was er erg van geschrokken. Hij is verkouden en mogelijk is er wel een longontsteking! Ze wil dat ik iets van een slijmoplosser voorschijf zodat hij niet meer zo hoeft te hoesten.

Dhr. gevraagd welke klachten hij op dit moment heeft: moe! Op de vraag of hij verkouden is geef hij aan dat zijn neus altijd verstopt zit, op dit moment ook. Hoesten doet hij al heel erg lang. Verder geen pijnklachten, nu niet benauwd.

Vanochtend heeft hij goed zijn medicatie, eten en drinken op

Zowel dhr. als mevr. beamen nu dat het vandaag weer een stuk beter gaat dan gisteren.

Dhr. helemaal lichamelijk onderzocht: over de longen geen afwijkingen. Dhr. laten hoesten, daarbij niets van slijm te horen. Neusgaten zijn beiderzijds goed doorgankelijk.

Temp (oor): 36.7

Echtgenote gerustgesteld. Nu geen aanwijzingen voor verkoudheid en zeker niet voor een longontsteking. Waarschijnlijk is de hoestbui het gevolg geweest van minder goed slikken waarbij er wat in de luchtpijp is gekomen. Dat hij zo hard moest hoesten is in dit geval goed geweest, hij heeft alles goed opgehoest.

Conclusie

Hoestbui bij verslikking. Nu geen aanwijzingen voor verkoudheid/longprobleem. (...)"

- op 18 maart 2021

"Sinds gisteravond acute verslechtering (gisterochtend dhr. nog gezien, toen was hij helder, bij lichamelijk onderzoek geen afwijkingen)

Hij is suffer, slikken gaat moeizamer, praat zeer zacht. Slapen+++ . Controles niet afwijkend. Sinds gistermiddag geen urineproductie waarop contact met MZT, hierop is er met hypodermoclyse gestart.

Vanochtend waren de controles niet afwijkend, dhr. uit geen klachten. Slaapt veel, hallucinaties?

Dhr. rond 16.00u in bijzijn van echtgenote en zoon beoordeeld (zoco [naam] was hierbij aanwezig): Inderdaad een hele andere man dan gisterochtend. Suf, houdt ogen gesloten, reageert vertraagd. Zachte stem, moeilijk verstaanbaar. Herkent mij wel,

glimlacht.

Labuitslagen: geen nieuwe afwijkingen. Nierfunctie goed, geen verhoogde infectiewaarden, BNP iets verhoogd bij lager dan hij normaal heeft.

Uitgebreid met familie gesproken en mijn zorgen geuit. Ik kan geen duidelijke oorzaak vinden van de knik in functioneren. Dhr. lijkt "op" te zijn. Door zwakte eten/drinken bijna niet mogelijk waarbij verwacht wordt dan hij alleen maar verder achteruit zal gaan. Ik heb op dit moment geen mogelijkheden om hem te behandelen (infectie oid).

Zij vinden de situatie heel erg lastig. Willen hem echt niet kwijt.

Zoon geeft aan dat hij zeker wil weten dat er echt niets meer te doen is. Wil niet dat we zomaar opgeven. Als dhr. overlijdt waarbij de zoon niet zeker weet of hij er alles aan heeft gedaan zal zoon zich altijd schuldig blijven voelen. Wil zeker weten dat hij er goed aan doet om afwachtend beleid in te zetten.

Hij kan bijvoorbeeld niet begrijpen waarom zijn vader niet wil eten? Pap lust hij altijd goed, waarom nu niet? Kan hij geen slang krijgen waarbij hij het eten toch binnen krijgt??

Daarnaast denkt zoon dat er mogelijk ook stemmingstoornissen spelen. In verleden bekend met depressie. Daarnaast is hij ook erg bang dat zijn vader door eigenwijsheid nu niets meer wil. Uitgelegd dat wij geen tekenen van depressie zien hier. Dhr. is goed gehumeurd, maakt grapjes. Vindt het fijn om lekker tv te kijken in bed. Nav familiegesprek in januari is hier extra aandacht aan besteed.

Nogmaals uitgelegd dat sondevoeding alleen bedoeld is voor overbrugbare problemen, dat is nu niet aan de orde.

Aangegeven dat ik als arts adviseer een comfortbeleid in te zetten en te zorgen dat dhr. samen met familie zo goed mogelijk de laatste levensfase doorkomen.

Familie letterlijk gevraagd of ze vertrouwen in mij hebben als arts, en wat ik eraan kan doen om hen mee te nemen in mijn beleid? Daarbij ook gezegd dat ik het gevoel heb gehad dat ik altijd goed alles kon bespreken met familie in de tijd dat ik zijn arts was. Dit beaamt zoon en echtgenote ook.

Uiteindelijk geeft zoon aan dat hij graag van geriater wil horen dat afwachtend beleid passend is. Wil geriater zelf persoonlijk spreken (...)."

- op 19 maart 2021

"Evaluatie/overleggen van vandaag

Geriatric

Vanochtend telefonische terugkoppeling van geriater [naam] gehad. Het was een lang gesprek geweest tussen haar, zoon en echtgenoot. Alle zaken besproken die eerder hier met mij ook zijn besproken. Geriater heeft labuitslagen bekeken en uitgelegd achter mijn beleid te staan. Opname ziekenhuis is geen meerwaarde aangezien er geen behandelbare problematiek is. Zoon heeft aangegeven dat dhr. op de afdeling niet altijd voldoende hulp/aanbod van eten heeft gehad. Daarnaast denkt hij dat er mogelijk een depressie speelt. Advies van geriater om hiervoor psycholoog in te schakelen. Zeer lang gesprek geweest maar ook geriater leek familie niet te kunnen overtuigen dat er geen genezing mogelijk is en comfortbeleid nu passend is. Ook bij geriater heeft familie aangegeven dhr. naar huis te willen halen. (...)

Zorgadviseur

[naam zorgadviseur] gebeld. Situatie uitgelegd en wens voor terugkeer naar huis besproken. Zij kent dhr. en familie nog goed vanuit thuissituatie en [vorige instelling]. Terugkeer naar huis niet wenselijk gezien de zorg die dhr. nodig is en hij nu op de juiste plek ligt. Hier ben ik het mee eens, maar ik ben bang dat ik de familie hierin niet kan overtuigen.

Bij terugkeer naar huis moet zijn (oude) huisarts de zorg op zich willen nemen, dit is

de vraag of zij dat wil doen. Daarnaast moet er gekeken worden of zijn WLZ omgezet kan worden naar ELV-palliatief. Weet nu zo niet of dat zomaar kan.

Advies: familie afraden om hem naar huis te halen. Blijft wens bestaan dan, zorgadviseur op de hoogte brengen zodat ze na het weekend kan zien of ze een en ander kan regelen. Daarnaast verstandig om huisarts alvast in te lichten.

Zijn oude huisarts [naam] gebeld:

Is uitgebreid bekend met de familie [naam]. Toen hij nog thuis woonde al veel problematiek. Deed veel appel op de huisarts.

Situatie en mogelijke wens tot terugkeer naar huis besproken. Daarbij de vraag of huisarts hierin iets kan betekenen. Ze vertelt gelijk dat terugkeer naar huis onverstandig is en familie die zorg niet aan kan. Bij aanmelding bij haar praktijk zou ze hem niet aannemen. Ze heeft de tijd niet om hem de juiste zorg te bieden. Ze beaamt dat het moeilijk te overleggen is met deze familie en had ik in het verpleeghuis problemen verwacht. Advies van huisarts was om terugkeer naar huis af te raden. Was blij dat ik haar op de hoogte bracht aangezien ze mogelijk de vraag van familie kan verwachten.

Gesprek met zoon en echtgenote, verpleegkundige [naam] was hierbij aanwezig

- Dhr. zelf lag te slapen, rode bloes op de wangen, opende even de ogen, sliep daarna weer.

- Heeft vandaag wel wat gedronken en iets gegeten

- Hypodermoclyse besproken: mijn advies om het te stoppen omdat er geen overbrugbaar probleem speelt en je zo (onnodig) het leven rekt. Zoon is het hier absoluut niet meer eens. Eist dat de hypodermoclyse wordt gegeven, hij kan immers volgende week weer vooruit gaan. Voor nu afgesproken hypodermoclyse 1L dagelijks te geven sowieso t/m dinsdag en dan te evalueren hoe verder. Familie benadrukt dat ik alleen doe op hun wens. Als hypodermoclyse niet loopt, of vochtophopingen ontstaan, dan wordt dit gestopt. Er zijn geen andere opties dan voor vochttoediening meer.

- Echtgenote geeft aan dat hij het verdikte drinken niet lekker vindt. Wil dat hij weer vloeibaar drinken krijgt; uitgelegd dat dit kan maar dat dan de kans op verslikkingspneumonie zeer groot is. En een longontsteking zal hij in deze conditie niet overleven.

- Gesprek met geriater kort besproken. Echtgenote en zoon snappen dat dhr. zal komen te overlijden en dat ze zich hierbij neer moeten leggen. Daarom hebben ze besloten om dhr. naar huis te willen halen. Ze willen niet dat hij hier dood gaat. Dit ten sterkste afgeraden omdat ze zorg die hij nodig heeft thuis niet geleverd kan worden. Dat maakt ze niet uit: hij gaat naar huis. Benadrukt dat dit dan tegen mijn medisch advies in is. Dat accepteren ze.

- Uitgelegd dat terugkeer naar huis niet zo makkelijk geregeld is: een huisarts moet dan de zorg op zich nemen. Zijn oude huisarts heeft aangegeven dit niet kunnen doen (...). Zoon en echtgenote geven aan dat ze dat wel hadden verwacht. Aangegeven dat ze zelf een huisarts moeten zoeken die de zorg wil leveren. Ze zeiden na het weekend hier gelijk mee aan de slag te gaan. Ik zal [naam], zorgadviseur, vragen om naar de mogelijkheden te kijken en contact met hen op laten nemen.

(...)

Hoofd medische dienst

Gehele casus en problematiek die ik voel hierbij besproken (ook om het te delen en om te sparren). Uitgelegd dat ik helemaal achter mijn beleid sta en dat ik vind dat ik de juiste stappen heb ondernomen. Ik kan helaas familie niet meekrijgen in mijn beleid. Er blijft onvrede bij de familie. Samen tot de conclusie gekomen dat ik goed heb

gehandeld. Second opinion dmv geriater is ingezet. Ik zal collega's op de hoogte brengen van de situatie zodat zij tijdens diensten weten wat er speelt in deze. (...)"

3.3 Op 20 maart 2021 heeft de zorgcoördinator onder meer in het dossier genoteerd:

"(...)

Zojuist heb ik een gesprek gehad met echtgenote en dochter, dit om de situatie rondom dhr te bespreken. Familie ziet ook dat dhr erg achteruit gaat, hypo niet meer wordt opgenomen door dhr zijn lichaam, geen kracht meer heeft om te slikken of te hoesten, verminderde kracht om te praten.

Ik heb aangegeven dat dhr duidelijk aangeeft niet meer te willen eten, medicatie niet meer wil innemen. Familie gaat nadenken over het zorgbeleid van dhr, komen hier morgen bij mij op terug. Familie neemt de argumenten die we besproken hebben mee in het gesprek.

Ik zal morgen contact met [de SO] opnemen zodra ik meer informatie van de familie heb vernomen."

3.4 Op 21 en 22 maart is door de SO en anderen onder meer in het dossier genoteerd:

- verpleging en verzorging 12:24:

"Dhr nam de medicatie vanmorgen goed in met appelmoes. Dhr houdt hapje appelmoes wel lang in de mond voordat dhr doorslikt"

- woonondersteuner 13:04:

"vanochtend heeft dhr half glas thee op . dhr hoesten regelmatig.

dhr pap aangeboden , hiervan maar 4 lepels op dhr kreeg het niet goed weggeslikt. dhr gaapte veel tussendoor"

- zorgcoördinator 14:20:

"Om 12.00 uur dhr aardappelpuree met jus en appelmoes willen geven, dhr deed zijn mond open, maar slikt niet.

Dhr viel in slaap & was op geen enkele mogelijkheid wakker te krijgen, uiteindelijk een handschoen aangedaan & de puree uit dhr zijn mond gehaald zodat hij daar niet in zou gaan stikken.

Dhr heeft vandaag niets gegeten doordat dhr niet kan slikken. Het klinkt of er veel slijm in dhr zijn keel zit, dit kan dhr niet op hoesten."

- zorgcoördinator 14.27

"Zojuist een gesprek met echtgenote, dochter & collega gehad.

Aangegeven bij familie dat dhr niet eet & drinkt, wel heeft dhr zijn medicatie met veel moeite op, doordat er geen voeding & vocht in dhr zijn lichaam komt maar wel medicatie kan dhr een vergiftiging krijgen. Mijn zorgen hierin geuit naar familie.

Ik heb contact met [de SO] opgenomen omdat ik me zorgen maak om dhr, dhr oogt erg slecht, ingevallen gezicht, dhr zijn li-oog is erg glazig, reageert weinig tot niet op aanspreken, slaapt continue, eet & drinkt niets.

Dochter geeft aan dat zij vanuit dhr moeten gaan beslissen, echtgenote is hier nog niet aan toe. Ook aangegeven bij echtgenote dat zij er waarschijnlijk nooit aan toe zal zijn maar dat we in het belang van dhr moeten gaan denken. Familie gaat het hier samen nog over hebben, dit word vandaag besproken met [de SO] erbij. [De SO] komt naar de afdeling."

- SO 18:30

"DIENST

Medicatie-inname lukt niet meer bij slechte slikfunctie en algehele zwakte. Verpleging geeft aan dat het hen niet lukt en dat ze de verantwoordelijkheid niet kunnen nemen om de medicatie te geven (i.v.m. verslikingsgevaar). Vraag om stop van orale

medicatie.

Zoco heeft met echtgenote (1e CP) en dochter uitgebreid gesproken waarbij er aan is gegeven dat in belang van patiënt er over moet gaan op comfortbeleid. Dit houdt oa in dat er geaccepteerd moet worden dat hij achteruit gaat en geen drinken/eten te geven als het verslikingsgevaar te groot is. Daarnaast behandelen met als doel symptoombestrijding. Zowel echtgenote als dochter waren het hier mee eens.

Naar de aanleiding van bovenstaande naar de afdeling gekomen om dit ook met zoon te bespreken (i.v.m. verwachting dat hij hier vragen over zal hebben).

Bij de mededeling tot stoppen medicatie laat zoon gelijk weten het hier niet mee eens te zijn. Ook niet naar mijn uitleg (verslikingsgevaar en gevaar bij verminderde intake/uitdroging van opstapeling medicatie). Daarbij ook aangegeven dat dhr. geen medicatie heeft waarbij bij stoppen dhr. niet acuut in levensgevaar is of zal overlijden. Hij wil een second opinion, wil van een ander arts horen dat de medicatie gestopt moet worden.

Aangegeven dat dit op zondag niet te realiseren is. Aangeboden om collega erbij te roepen, hier voelde hij niets voor. Daarna aanbod gedaan voor (opnieuw) overleg met de geriater, hierbij zegt hij dat die toch naar mijn hand spreekt. Aangegeven dat ik dan geen verdere opties heb. Duidelijk aangegeven dat het medisch gezien onverantwoord is om de medicatie nu te geven en dat ik daarom de medicatie zal stoppen. Hierop liep zoon boos de kamer uit en zegt dat hij rond gaat bellen.

Hierna gesprek voortgezet met echtgenote en nichtje van dhr. die ook aanwezig was. Nogmaals belang uitgelegd en doel van comfortbeleid/symptoombestrijding besproken. Beiden snaptten wat ik bedoeld en gaven aan met mijn beleid eens te zijn. Benoemen wel dat zoon het er erg moeilijk heeft met de situatie en mogelijk hier anders over denkt.

Ook mijn grenzen hierbij aangegeven: het raakt mij ook persoonlijk. Ik wil het beste voor dhr. maar heb het gevoel dat zoon mij niet vertrouwd en bij elk voorstel/plan in discussie gaat. Echtgenote geeft aan dat haar zoon het er heel moeilijk mee heeft. Wens tot terugkeer naar huis niet aan de orde op dit moment. Dhr. wil alleen naar huis als hij dan weer opknapt, dit is niet het geval. Familie geeft aan dat ze dus beseffen dat terugkeer naar huis niet in zijn belang is.

Gezien de discussie met zoon en vraag/eis om second opinion, waarbij ik ook het gevoel had vast te lopen en niet veilig voelde bij zoon, heb ik [naam] (hoofd medische dienst) om hulp gevraagd. Hij is naar de afdeling gekomen en heeft uitgebreid met zoon besproken. Het volgende is ook in overleg met dhr. zelf nu afgesproken:

- Alleen de noodzakelijke medicatie blijft op de medicijnlijst staan
- Ander medicatie worden gestopt (zoals Simvastatine, Foliumzuur en vitamine D).
- Medicatie wordt aangeboden maar als verpleging/verzorging ziet dat het slikken niet gaat wordt het niet gegeven.
- Als dhr. verzorgd wordt dan zal familie van de kamer afgaan.

Teammanager [naam] is ook naar afdeling geweest en heeft een aparte rapportage gemaakt.”

- Senior verpleegkundige 18:15

“Rapportage namens [teammanager]:

Vanmiddag op verzoek van zorg team en dienstdoende arts is hoofd medische dienst geweest om een gesprek te voeren met zoon.

Situatie omtrent communicatie zoon, zorgteam, arts verliep moeizaam. Zelfs dusdanig dat het beangstigend ervaren werd. Daarom is ook Idg gekomen.

Als volgt afgesproken;

Als zorg dhr. moet verzorgen zal zoon het appartement verlaten, na zorg moment

zoon laten weten als hij in de buurt is dat hij weer binnen kan komen. Houd de zoon zich niet aan deze afspraak, kun je aangeven dat er vervolgstappen genomen zullen worden.

Als de situatie er zich toe leent mag je benoemen dat er dan een verbod op bezoek komt, vind je dit zelf niet fijn om te zeggen, uit te voeren. Zal ik [teammanager] dit uiteraard overnemen.

Medicatie, enkele medicijnen zijn gestopt die geen aanvulling geven in huidige situatie. Overige medicatie zal aangeboden worden aan dhr. kan hij dit niet aannemen of wegslikken dan wordt medicatie weer meegenomen en volgt er rapportage hieromtrent.

Verzoek om situaties die zich voordoen niet mee naar huis te nemen, maar te delen. Of rechtstreeks met collega's of via de mail.

Aan eind van dienst dag afsluiting kan hier ook voor gebruikt worden."

- Hoofd medische dienst 22 maart 08:31:

"zondagmiddag gesproken met zorgteam, (dd) arts, zoon T, echtgenote en [de patiënt]. Voor team en arts is er onwerkbaar situatie ontstaan doordat zoon bepaalde eisen blijft stellen aan de behandeling en second opinion eist. Mijn inzet was er om collega bij te staan en oplossing te zoeken.

In gesprek met zoon blijkt dat hij veel moeite heeft met het loslaten van zijn vader. Daarnaast in het verleden slechte ervaringen op eerdere zorgplek waardoor hij het niet als vanzelfsprekend aanneemt dat het beste voor zijn vader wordt gedaan. Uiteindelijk afgesproken dat hij bij zorg en behandelmomenten uit de kamer gaat. Daarnaast over het geven van medicijnen, min of meer zinvolle medicatie wordt na 1x niet lukken niet meteen gestaakt maar volgende keer weer aangeboden.

Echtgenote gebeld, heeft ook moeite met het loslaten maar staat wel achter het beleid.

Dhr gesproken uitgelegd dat team blijft proberen hem eten en drinken en medicatie te geven maar als het niet (meer) lukt dat het dan ophoudt. Knikt dat hij het snapt en het er ook mee eens is.

Opgemerkt moet worden dat bovenstaande geen second opinion is maar rol van mediator om zorg voor dhr mogelijk te maken/ te houden."

3.5 Vanaf 23 maart 2021 heeft de SO - voor zover relevant - nog het volgende genoteerd in het dossier:

- op 23 maart 2021:

"Echtgenote gebeld omdat ik vanuit verzorging hoorde dat er een wens was voor opnieuw een (familie)gesprek

Gevraagd wat het doel was voor een eventueel gesprek aangezien de situatie tav het weekend niet veranderd is. Mevr. geeft aan dat ze het moeilijk heeft en toch nog alles wil doornemen ten aanzien van het ingezette beleid. De familie heeft een aantal telefoontjes/overleggen gehad. Horen van meerdere mensen andere verhalen. Zo heeft ze gehoord dat je ook vocht kan toedienen via de aderen. Is dit geen optie? Uitgelegd dat intraveneuze vochttoediening niet kan in het verpleeghuis (want we hebben de zorg/middelen niet in huis) daarbij is dit alleen bedoeld is voor overbrugbare problemen. Dit is zoals eerder besproken nu niet aan de orde, geriater heeft ook hierbij aangegeven dat zij dit niet doen in het ziekenhuis.

Echtgenote wil ook weten wat er nu precies is gestopt aan medicatie: uitgelegd dat dit om de preventieve medicatie gaat zoals cholesterol en calcium. Bloedverdunningsmiddelen bijvoorbeeld staan nog op de lijst. Nogmaals benoemd dat als door weigering en slikstoornissen medicatie-inname niet lukt we dit accepteren en hij de tabletten niet krijgt.

Echtgenote geeft aan toch nog eens een second opinion te willen hebben. Aangegeven dat de geriater vrijdag al uitgebreid met zoon in gesprek is geweest. Familie wil toch nog liever ook nog van een andere arts de mening te willen hebben. Aangegeven dat familie dan zelf een arts moeten zoeken voor deze opinion. Ik ben altijd beraad de medische gegevens aan te leveren. Voor nu heb ik geen reden voor een nieuw gesprek aangezien de situatie niet is veranderd. Ik zal bij dhr. langsgaan mocht dit nodig zijn, op dit moment is daar geen reden voor omdat het beeld stabiel is. In principe ga ik dus morgenochtend niet bij dhr. langs.

Ik heb met echtgenote besproken dat ik vragen/gesprekken rondom het medisch beleid met haar zal voeren omdat zij 1e contactpersoon is. Ik ga niet met zoon in gesprek omdat ik naar mijn gevoel alleen maar weerwoord krijg en ik dan niet goed kan uitleggen waarom er voor bepaald beleid wordt gekozen. Op zo'n moment voel ik me dan niet altijd veilig.

Echtgenote zegt dat ik ook moet begrijpen dat haar zoon het heel moeilijk heeft met de situatie, hij wil er alles aan doen om hem te houden. Dit begrijp ik, maar door zijn gedrag/communicatie kan ik mijn werk en zorg voor dhr. niet goed uitvoeren.. (...)"

- 24 maart 2021:

"Vanochtend met dhr. in gesprek gegaan (er was geen familie aanwezig), door vermoeidheid en geen gebit was dhr. wel moeilijk te verstaan. Hij moest eerst even kijken wie ik was maar herkende mij als zijn arts. Op dit moment ervaart dhr. geen klachten. Hij was lekker aan het slapen.

Gevraagd hoe het verder met hem gaat: "zo zijn gangetje". Vraagt aan mij of hij nu aan het dood gaan is? Aangegeven dat hij wel in zijn laatste stuk van het leven zit en dat overlijden eraan zit te komen. Wanneer dat is, kan ik moeilijk voorspellen. Mij verwachting is niet dat dit vandaag of morgen zal zijn.

Gevraagd of hij bang is voor de dood? Dat is niet het geval. Vertelt over zijn broers en zussen die al zijn overleden (oa door suïcide) en dat hij daaraan denkt. Ik verder niet duidelijk krijgen wat hij hierover nog meer wil vertellen.

Gevraagd of hij misschien een gesprek wil met de geestelijk verzorger. Hierop antwoordt hij dat hij hem een aardige man vindt, maar geen behoefte heeft over gesprekken over het "bovennatuurlijke".

Gevraagd wat ik nu voor hem kon betekenen?:

Expliciet gevraagd of hij zelf er alles aan wil doen om nu langer te leven (naar wens van familie), hier reageert hij ontkennend op. Dhr. wil het liefste nu lekker slapen.

Weet dat het overlijden er een keer aan zit te komen."

- 30 maart 2021:

"Huisarts [huisarts van klaagster] op haar verzoek teruggebeld.

Zij heeft de vraag van echtgenote gekregen om de zorg op zich te nemen voor dhr. [naam] omdat de wens is dat hij naar huis toe komt. HEeft bij echtgenote aangegeven dit niet zomaar te kunnen toezeggen en dit eerst met zijn behandeld SO te willen bespreken.

Medische gegevens en algehele situatie besproken. Daarbij aangegeven dat ik familie heb ontraden dhr. naar huis toe te halen gezien de zorgzwaarte. Daarbij eet/drinkt hij nog steeds, dus kan ook nog wel een tijd duren tot overlijden. Daarnaast ook kort aangegeven dat familie moeilijk kan omgaan met de achteruitgang van dhr. Ik verwacht dat er veel vragen voor de behandeld arts zullen komen (dit is nu bij ons ook al aan de orde). Ook benoemd dat zijn eigen (oude) huisarts de zorg niet op zich wilde nemen.

Het aan de huisarts overgelaten om op basis van deze informatie een beslissing te nemen over wel/niet overnemen van de zorg.

Huisarts geeft aan, gezien het verhaal, de zorg niet over te gaan nemen. Zij bespreekt dit met echtgenote.”

- 31 maart 2021:

“(…)

Mondinspectie: aft binnenzijde onderlip rechts. Dit heeft een wittig aspect. Geen tekenen van ontsteking, geen pus, geen roodheid. Pijnlijk bij aanraking.

Dhr. heeft nu enkele weken zijn gebit niet meer in (past ook niet meer). In de onderkaak heeft hij een stangetje zitting voor zijn klikgebit. Dit stangetje steekt nu uit waarbij het dus irritatie geeft aan de zinnenzijde van de lip.

Plan:

- Lidocaine gel (pijnstillend) 4xdaags voor aanstippen van de aft. Zo nodig extra aanstippen voordat hij gaat eten.

- Ik zal met tandarts contact opnemen over mogelijkheden tav stangetje/gebit.

- Volgende week evaluatie”

- op 2 april 2021:

“(…) Tandprotheticus die verbonden is bij [het verpleeghuis] gevraagd voor adviezen/oplossing. Hier krijgen we nog bericht van. In de tussentijd is een oplossing om wax op het uitstekende deel van de implantaat te bevestigen.

(…)

Plan:

- Lidocaïne mag ook tussen de maaltijden aangebracht worden, mocht dhr. pijnklachten hebben.

- Echtgenote neemt (orthodontic) wax mee vanuit de drogist, dit kan dan op de implantaat worden aangebracht zodat het niet meer in de onderlip prikt”

- op 21 april 2021:

“Op verzoek van echtgenote gesprekje gehad (ze was op de kamer):

- Ze vertelt dat haar huisarts eerst positief stond tegen terugkeer naar huis maar nadat de huisarts mij had gesproken wilde ze opeens niet meer de zorg overnemen. Ze vroeg zich af wat ik dan met die huisarts had besproken? Uitgelegd dat ik zijn medische voorgeschiedenis heb doorgesproken en de zorg die hij op dit moment nodig heeft. Daarnaast aangegeven dat ik niet weet wat de levensverwachting is, zolang hij nog eet en drinkt kan dit nog wel even duren. Duidelijk gemaakt dat ik de beslissing bij de huisarts heb gelaten, als zij de zorg wilde overnemen zou ik daarmee akkoord gaan.

- Mevr. wel laten weten dat ik het niet verstandig vindt om dhr. naar huis te nemen. Dit heb ik al vaker met mevr. besproken, ze weet dat dit mijn mening is.

- Het gaat nu weer een stuk beter met dhr. Hij is minder vermoeid, maakt gevatte opmerkingen en eten/drinken gaat redelijk. Mevr. is het hiermee eens.

- Mevr. geeft nog wel aan dat ze moeite heeft met de gemaakte afspraken (tijdens verzorging familie niet op de kamer). Ze vindt het onterecht dat haar zoon niet op de kamer mag zijn. Ze weet goed te benoemen dat deze afspraken door zoon met [hoofd medische dienst] zijn gemaakt. Aangegeven dat het wel wenselijk is om aan deze afspraken te houden zodat we de samenwerking/communicatie zo goed mogelijk houden zo.

(…)”

- op 21 april 2021:

“Gebit/tanden

Ik was bezig om tandarts/protheticus te regelen vanuit onze organisatie: dit ging

helaas niet zo snel omdat ze pas in mei op de planning stonden voor [het verpleeghuis] en er weer apart formulier voor spoedbehandelingen op locatie moest geregeld worden.

Inmiddels heeft familie zelf met de tandarts een beschermer voor de brace geregeld. De aft is inmiddels bijna genezen, dhr. heeft geen pijn.

Uit de rapportages lees ik terug dat de tandarts binnenkort langskomt.

(...)"

3.6 De huisarts van klaagster heeft in haar dossier genoteerd dat zij op 30 maart 2021 telefonisch gesproken heeft met de zorgcoördinator en de SO. Van het gesprek met de zorgcoördinator heeft zij genoteerd:

"Wens vanuit familie sondevoeding/vocht: geen optie, drinkt matig, eet kleine beetjes vla, niet zelfstandig mogelijk. Verslikken. Medicatie gestopt, noodzakelijke medicatie hestart op uitdrukkelijk verzoek familie, wordt zo mogelijk ingenomen. Ligt enkele weken continu op bed. Second opinion geriater heeft idem beleid laten zien. SOG naar huis gaan afgeraden."

Van het gesprek met de SO heeft zij genoteerd:

"1,5 jaar op chronische afdeling, advies niet naar huis gezien complexiteit van zorg. Fam. niet altijd tevreden over zorg, wensen t.a.v. sondevoeding. Verminderde mobiliteit wv opname: CVA, vasculaire dementie, coronairlijden. Sinds 2-3 wkn vermoeid, slechte intake, onderzoek: geen verklaring, geen invasief onderzoek gedaan.

Eerdere huisarts: [naam]"

3.7 Vanaf 2 mei 2021 wordt gerapporteerd dat het met de patiënt opeens sneller achteruit gaat. Op 6 mei 2021 is de patiënt overleden. De SO was in deze laatste dagen niet aanwezig.

4. De klacht en de reactie van de specialist ouderengeneeskunde

4.1 De specialist ouderengeneeskunde wordt door klagers verweten:

- 1) het niet meewerken aan en/of zelfs tegenwerken om de patiënt naar huis te halen, gebrek aan begeleiding;
- 2) handelen in strijd met het behandelplan, onzorgvuldig handelen;
- 3) zonder zwaarwegende redenen weigeren mee te werken aan een second opinion;
- 4) het onjuist voorlichten van een collega-arts, onzorgvuldig handelen;
- 5) privacyschending door de collega-arts toegang tot het patiëntendossier te geven;
- 6) het niet dulden van klager sub 2 op de kamer van de patiënt tijdens de verzorging;
- 7) gebrek aan begeleiding en zorgvuldigheid;
- 8) het onjuist voorlichten van de huisarts van klaagster sub 1;
- 9) gebrek aan zorg;
- 10) gebrek aan toetsbaarheid.

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 9) gebrek aan zorg

5.2 Klagers zijn ontevreden over de verzorging van de patiënt in het algemeen gedurende zijn verblijf in het verpleeghuis. Zij realiseren zich enerzijds dat de SO als hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor de medische behandeling en verzorging van de patiënt en voor de regievoering over het multidisciplinaire team, maar dat dit niet zover gaat dat zij verantwoordelijk kan worden gesteld voor alle zaken die met de verzorging van de patiënt te maken hebben. Anderzijds stellen zij dat een eventueel verweer van de SO in deze zin moeilijk te rijmen is met de mededeling van de SO op 21 maart 2021 dat zij achter haar team moet staan. Als zij meent de inbreng van 'haar team' te moeten volgen bij haar beslissing om de medicatie van de patiënt te stoppen, dan moet ze ook de verantwoordelijkheid nemen als dat team bij herhaling tekort schiet, zeker na de op 21 januari 2021 gemaakte afspraken over de behandeling en verzorging, aldus klagers.

5.3 Het college overweegt dat de SO inderdaad verantwoordelijk is voor het medische beleid en de medische behandeling. Zij dient erop toe te zien dat verzorgenden en verplegenden - zoveel mogelijk - handelen conform dat beleid en hen erop aanspreken als zij daarin tekort schieten. Die verantwoordelijkheid gaat echter niet zo ver dat de SO erop aangesproken kan worden als een verzorgende een keer vergeet een bepaalde pil aan de patiënt te geven of er een pil op de grond onder het bed wordt aangetroffen. Interventie indien blijkt dat de patiënt de voorgeschreven medicatie niet blijkt te kunnen doorslikken en een beslissing nemen of de medicatie dan nog wel gegeven moet worden valt juist wel binnen de medische verantwoordelijkheid van de SO en die verantwoordelijkheid heeft zij ook genomen (zie hierna bij de klachtonderdelen 2), 3) en 10)). Het college is voorts van oordeel dat de SO gedaan heeft wat binnen haar mogelijkheden lag toen zij constateerde dat de patiënt een pijnlijke aft op zijn onderlip had door het implantaat. Zij heeft een pijnstillende zalf voorgeschreven, die meerdere keren per dag mocht worden gegeven, zowel voorafgaand aan de maaltijden als tussendoor indien de patiënt pijnklachten had. Ook heeft zij de tandarts en de tandprotheticus ingeschakeld en (kennelijk op hun advies) aan klaagster voorgesteld orthodontische was te kopen die op het implantaat kon worden aangebracht. Dat kennelijk noch de tandarts, noch de tandprotheticus op korte termijn zelf de situatie konden komen bekijken valt de SO niet te verwijten.

5.4 De SO is voorts niet (eind)verantwoordelijk voor de uitvoering van de algehele verzorging van de patiënt met betrekking tot tijdstippen en wijze waarop de patiënt eten en drinken krijgt, de concrete momenten waarop de patiënt al dan niet uit bed wordt gehaald of in bed wordt gelegd, of zaken als de hygiëne en schoonmaak of het voor de patiënt intoetsen van een telefoonnummer. Het college ziet in het dossier geen aanknopingspunten voor een tekortschieten door de SO, waar het de verzorging van de patiënt in het algemeen betreft en voor zover zij daarvoor uit hoofde van haar regiefunctie verantwoordelijk is. Dat betekent dat klachtonderdeel 9 kennelijk ongegrond is.

Klachtonderdelen 1), 8) en 10) wens om de patiënt naar huis te halen, overleg huisarts en toetsbaarheid

5.5 Het college heeft hiervoor bij de feiten een gedeelte van het zeer omvangrijke dossier overgenomen. Daaruit blijkt onder meer dat door de SO (en anderen) regelmatig is gesproken met klagers over hun wens om de patiënt naar huis te halen.

De SO heeft dat klagers steeds nadrukkelijk en gemotiveerd afgeraden, met name vanwege de kwetsbaarheid van de patiënt door diens comorbiditeit en de vereiste zorg die dat met zich meebracht. Uit het dossier blijkt dat niet alleen de SO er zo over dacht, maar onder anderen ook de zorgadviseur, de zorgcoördinator en de vroegere huisarts van de patiënt. Desondanks heeft de SO zich bereid verklaard (tegen haar uitdrukkelijke medisch advies in) om mee te werken aan een terugkeer naar huis van de patiënt, indien er een huisarts bereid was om de patiënt in zijn praktijk op te nemen. De vorige huisarts van de patiënt was daartoe niet bereid. De huisarts van klaagster was bereid om het te overwegen, maar wilde eerst met de SO spreken om beter in beeld te krijgen wat opname van de patiënt in haar praktijk voor haar zou betekenen. Uit de verslagen van de SO en de huisarts van het telefoongesprek van 30 maart 2021 blijkt wat er besproken is.

5.6 Het college is van oordeel dat het de SO vrij stond om de huisarts mee te delen dat haar advies was om de patiënt niet naar huis te laten gaan. Zij heeft niet voor de huisarts beslist, maar de beslissing bij de huisarts gelaten. Klagers verschillen met name van mening met de SO over de zorg die de patiënt nodig had. Zij vonden en vinden dat de zorg die in het verpleeghuis gegeven werd heel goed door hen thuis kon worden gegeven. Daarom menen zij dat de SO de huisarts over de vereiste zorg van de patiënt onjuist heeft ingelicht. Het college volgt klagers daar niet in. Het enkele feit dat de SO en klagers van mening verschillen betekent nog niet dat de visie van de SO onjuist is. De zorg voor een patiënt omvat uiteraard niet alleen de dagelijkse gang van zaken met eten, drinken, verplaatsing, verzorging en verschoning, maar ook de medische behandeling en het op de juiste momenten kunnen ingrijpen bij incidenten en complicaties. Vooral dat laatste is in een thuissituatie veel moeilijker te realiseren dan in het verpleeghuis. De SO heeft naar het oordeel van het college terecht gewezen op de complexiteit van de zorg voor deze kwetsbare patiënt. Zij heeft daarover meerdere malen met klagers gesproken en getracht hen uit te leggen waarom zij vond dat de patiënt beter in het verpleeghuis kon blijven. Dat de SO in het eindgesprek met klagers (oorspronkelijk) de inhoudelijke discussie over wat de zorg voor de patiënt nu wel of niet inhield niet nogmaals wilde aangaan, acht het college daarom begrijpelijk en geen gebrek aan toetsbaarheid. De hier besproken klachtonderdelen zijn op grond van het voorgaande kennelijk ongegrond. Klachtonderdelen 2), 3) en 10) beslissing medicatie te stoppen, weigeren second opinion en toetsbaarheid

5.7 Deze klachtonderdelen zien op de gebeurtenissen van 21 maart 2021. De verzorgenden constateerden al op 20 maart 2021 dat de patiënt slikproblemen had bij eten en drinken en ook bij de medicatie-inname. Op 21 maart 2021 heeft de zorgcoördinator moeten ingrijpen om verstikkingsgevaar te voorkomen, doordat de patiënt met een hap eten in zijn mond in slaap gevallen was. De zorgcoördinator heeft op 20 en op 21 maart 2021 over deze problemen met de familie gesproken voordat de SO op 21 maart 2021 bij de patiënt kwam. Kennelijk was alleen klager bij die gesprekken niet aanwezig geweest en was het dus aan de SO om dit ook aan klager uit te leggen. Dit heeft tot een onaangename confrontatie geleid tussen de SO en klager. Het college kan uiteraard niet vaststellen hoe de discussie precies is verlopen (is daarvan immers geen getuige geweest), maar kan klager niet volgen in zijn stelling dat de SO zonder overleg of uitleg besloten heeft om de medicatie te stoppen. De patiënt had immers al twee dagen problemen met het slikken en de zorgcoördinator had daarover al twee keer met in ieder geval klaagster (die eerste contactpersoon was) gesproken. Daar doet niet aan af dat klager zelf deze problemen kennelijk niet had ervaren. Verder blijkt uit het verslag van de SO dat zij getracht heeft om haar

beweegredenen aan klager uit te leggen. Het college is van oordeel dat de SO, gelet op de omstandigheden waarbij de zorgcoördinator al een keer had moeten ingrijpen, niet onzorgvuldig heeft gehandeld door op dat moment het besluit te nemen de medicatie te staken. Ook heeft zij naar het oordeel van het college voldoende zorgvuldig gehandeld in haar poging deze beslissing naar klager toe te lichten. Dat het behandelplan maximaal behandelen inhield, betekent nog niet dat daarop geen aanpassing mogelijk is als daartoe aanleiding of noodzaak bestaat. Die aanleiding was op 21 maart 2021 aanwezig. Dat later besloten is om een deel van de medicatie - onder voorwaarden - te hervatten maakt dat niet anders.

5.8 Klager stelde zich lijnrecht tegenover de SO op in de daarop volgende discussie en eiste een second opinion. De SO heeft vervolgens diverse voorstellen aan klager gedaan, die alle niet acceptabel waren voor klager. Uiteindelijk heeft zij besloten het hoofd van de medische dienst (ook specialist ouderengeneeskunde) in te schakelen om te proberen de ontstane impasse te doorbreken. Naar het oordeel van het college heeft de SO hiermee de juiste beslissing genomen. Niet alleen is hierna een oplossing gevonden, maar ook heeft de SO zich bij uitstek toetsbaar opgesteld door een ander naar de situatie te laten kijken. Daarbij heeft het college onder meer in overweging genomen dat het op een zondag niet eenvoudig is een second opinion te krijgen en dat op verzoek van klager net twee dagen daarvoor al een second opinion van een geriater was verkregen, die het tot dusverre gevoerde beleid van de SO ondersteunde. De SO heeft naar het oordeel van het college correct gehandeld en het op dat moment bestaande beste alternatief voor een (externe) second opinion gekozen. Toen klaagster op 23 maart 2021 meldde dat de familie alsnog een second opinion wenste, heeft de SO zich ook bereid verklaard daaraan mee te werken. Het stond haar daarbij vrij om de familie, die niet opnieuw de eerder ingeschakelde geriater wilde benaderen, te melden dat zij dan zelf een andere arts daarvoor moesten inschakelen. Ook deze klachtonderdelen zijn kennelijk ongegrond. Klachtonderdelen 4) en 5) en 6) Hoofd medische dienst betrokken

5.9 Zoals hiervoor overwogen is het college van oordeel dat de SO correct heeft gehandeld door het hoofd van de medische dienst in te schakelen. Uit het dossier blijkt dat zij enige dagen eerder al met hem gesproken had over haar gevoel van onmacht bij de onvrede van de familie met haar beleid, zodat hij al enigszins van de situatie op de hoogte was. Door hem op 21 maart 2021 in te schakelen heeft de SO het hoofd van de medische dienst bij de behandeling van de patiënt betrokken. Alleen al daardoor stond het hem vrij kennis te nemen van de inhoud van het medisch dossier van de patiënt, overigens zonder dat de SO hem daartoe toegang moest verschaffen of toestemming moest verlenen. De SO heeft de privacy van de patiënt niet geschonden door het hoofd medische dienst in te schakelen en dus ook niet doordat hij kennis heeft genomen van het dossier.

5.10 Het hoofd medische dienst heeft buiten aanwezigheid van de SO uitgebreid met klager gesproken. De inhoud van dat gesprek en de wijze waarop dat gesprek is verlopen is vanzelfsprekend de verantwoordelijkheid van het hoofd medische dienst en niet van de SO. De aanleiding voor het gesprek was de botsing tussen de SO en klager en hun meningsverschil. In dat kader is het niet onlogisch dat de SO het hoofd medische dienst gezegd heeft - zoals ook door haar erkend is - dat zij klager veeleisend vond en dat hij op haar onredelijk overkwam. Dat klager anders tegen de situatie aankeek dan de SO betekent nog niet dat de SO door haar visie te geven onjuiste informatie verstrekt heeft aan het hoofd medische dienst, hooguit dat gaat om informatie waarmee klager het niet eens was. En juist daarom heeft het hoofd medische zaken een gesprek met klager gevoerd, om te bemiddelen en te bezien of

een oplossing gevonden kon worden. Van hetgeen in dat gesprek aan de orde is geweest valt de SO tuchtrechtelijk niets te verwijten. Klager stelt dat de SO hem in een kwaad daglicht wilde stellen, maar het college ziet daarvoor in het dossier geen aanknopingspunten. Integendeel, uit de aantekeningen van de SO in het medisch dossier valt op te maken dat zij zich realiseerde dat klager bezorgd was om zijn vader, dat zij daar begrip voor had en dat het haar juist daarom raakte dat het niet lukte om met klager(s) op één lijn te komen over het medische beleid.

5.11 Uit het dossier blijkt dat het gesprek tussen klager en het hoofd medische dienst geleid heeft tot afspraken. Daarbij is uiteindelijk ook de teammanager betrokken geweest. Die afspraken hadden ten eerste betrekking op de medicatie. De meest relevante medicatie zou alsnog aan de patiënt aangeboden worden, maar bij weigering of slikproblemen teruggenomen en de volgende keer opnieuw aangeboden worden. Ten tweede is afgesproken dat klager zich voortaan bij de verzorging van de patiënt even zou terugtrekken. Bij het maken van deze afspraken is de SO niet betrokken geweest. Ze zijn de uitkomst van het gesprek van klager met het hoofd medische dienst en de teammanager. Klager heeft zich daarmee dus op dat moment akkoord verklaard. Daarvan valt de SO geen verwijt te maken. Ook ziet het college niet in dat het de SO te verwijten valt dat zij naderhand niet op deze (niet door haar gemaakte) afspraken heeft willen terugkomen.

5.12 De klachtonderdelen 4), 5) en 6) zijn op grond van het voorgaande kennelijk ongegrond.

Klachtonderdeel 7) gebrek aan begeleiding en zorgvuldigheid

5.13 De kern van dit klachtonderdeel begrijpt het college aldus dat de SO klagers niet zou hebben meegenomen in haar overwegingen. Klagers benoemen in het bijzonder de plotselinge verslechtering van de patiënt op 17 en 18 maart 2021, die tot een second opinion van een geriater heeft geleid, de slikproblemen op 20 en 21 maart 2021, die tot een interventie van en afspraken met het hoofd medische dienst hebben geleid en het feit dat de SO de patiënt niet (zonder meer) naar huis wilde laten gaan. Klagers verwijten de SO ook dat zij op 18 maart 2021 onverhoeds en uit het niets tegen de patiënt gezegd heeft dat “het einde er nu echt” aankwam.

5.14 Het college ziet op basis van het medisch dossier en de over en weer door klagers en de SO aangevoerde argumenten een enorme discrepantie in de wensen van klagers om hun echtgenoot en vader met alle mogelijke middelen zolang mogelijk bij zich te houden enerzijds en de middelen anderzijds die de SO als medisch zinvol en nodig beschouwde om het de patiënt gedurende de laatste fase van zijn leven zo comfortabel mogelijk te maken. Klagers leefden in de hoop en verwachting dat echtgenoot en vader zo mogelijk nog zou genezen, maar in ieder geval naar huis kon komen. De SO zag een patiënt in zijn laatste levensfase, zonder mogelijkheden tot genezing. Uit de uitgebreide verslaglegging door de SO van haar bevindingen, overwegingen en gesprekken met zowel klagers als de patiënt blijkt naar het oordeel van het college zonder meer dat de SO voortdurend het belang van de patiënt voor ogen heeft gehouden en dat haar beslissingen en adviezen steeds ingegeven zijn door het belang van de patiënt. Ook is het college van oordeel dat de SO zich veel moeite getroost heeft om klagers juist wel mee te nemen in haar overwegingen. Dat is haar in een aantal gevallen gelukt, zeker bij klaagster, maar helaas niet op alle punten.

5.15 De SO heeft onder verwijzing naar haar rapportage betwist dat zij de patiënt vanuit het niets heeft gezegd dat het einde er nu echt aankwam, maar dat zij besproken heeft dat het erop leek dat de patiënt “op” leek te zijn. Het college kan gelet op deze betwisting niet vaststellen wat er precies gezegd is en hoe dat gegaan is,

maar dat zij eerlijk heeft gezegd hoe de patiënt ervoor stond, kan haar in redelijkheid niet worden verweten.

5.16 Ook dit klachtonderdeel is kennelijk ongegrond.

Slotsom

5.17 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 De klacht die klagers bij het Regionaal Tuchtcollege hebben ingediend bestaat uit tien klachtonderdelen. Het Regionaal Tuchtcollege heeft de klacht in alle onderdelen ongegrond verklaard. Klagers zijn het niet eens met de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege. Het Centraal Tuchtcollege leidt uit het beroepschrift af dat klagers alle klachtonderdelen met uitzondering van klachtonderdeel vijf aan het Centraal Tuchtcollege willen voorleggen. Dit betekent dat klachtonderdeel vijf in beroep niet meer aan de orde is. Klagers willen met hun beroep bereiken dat de overige negen klachtonderdelen alsnog gegrond worden verklaard.

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.

Inhoudelijke beoordeling

4.3 Het Centraal Tuchtcollege is net als het Regionaal Tuchtcollege van oordeel dat de klacht van klagers ongegrond is. Het Centraal Tuchtcollege licht dat oordeel hierna toe.

4.4 Het Centraal Tuchtcollege heeft kennisgenomen van de inhoud van de aan het Regionaal Tuchtcollege voorgelegde klacht en het debat dat partijen daarover bij dat tuchtcollege hebben gevoerd. Het door het Regionaal Tuchtcollege opgebouwde zaaksdossier is naar het Centraal Tuchtcollege gestuurd. 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 gegeven beschouwingen en beslissingen. Tijdens de mondelinge behandeling op 17 april 2024 is dat debat voortgezet.

4.5 Op grond van de stukken en dat wat op de zitting in beroep nog naar voren is gebracht, is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat het Regionaal Tuchtcollege de klacht van klagers terecht in alle onderdelen ongegrond heeft verklaard. Het Centraal Tuchtcollege sluit zich aan bij wat het Regionaal Tuchtcollege onder 5. “De overwegingen van het college” heeft overwogen en neemt dat hier over. Hieraan voegt het Centraal Tuchtcollege nog het volgende toe.

4.6 Ten aanzien van de beslissing van de specialist ouderengeneeskunde om de medicatie te stoppen benadrukt het Centraal Tuchtcollege dat de specialist ouderengeneeskunde, op basis van de informatie die zij op dat moment had, op goede gronden tot deze beslissing is gekomen. Het Centraal tuchtcollege merkt daarbij op dat dezelfde dag nog, op basis van nieuwe informatie, is besloten om alleen preventieve medicatie te stoppen en de noodzakelijke medicatie wel te geven tenzij het slikken niet zou gaan. In dat geval zou de betreffende medicatie op een later moment nogmaals worden aangeboden.

4.7 Met betrekking tot het verwijt van klagers dat de specialist

ouderengeneeskunde heeft geweigerd om mee te werken aan een second opinion overweegt het Centraal Tuchtcollege dat een arts een verwijzingsverzoek voor een second opinion in beginsel moet honoreren. Dit betekent echter niet dat de arts zelf op zoek moet naar iemand die de second opinion kan uitvoeren. Het Centraal Tuchtcollege is met het Regionaal Tuchtcollege van oordeel dat de specialist ouderengeneeskunde, in het licht van de wijze waarop de situatie tussen de specialist ouderengeneeskunde en klagers zich ontwikkelde, adequaat heeft gehandeld naar aanleiding van het verzoek van klagers om een second opinion.

4.8 De specialist ouderengeneeskunde geeft aan dat zij het gevoel had vast te lopen in de discussie met de tweede klager (de zoon) naar aanleiding van voornoemd verzoek. De specialist ouderengeneeskunde voelde zich bedreigd door de houding van de tweede klager en zijn wijze van communiceren. Het getuigt, anders dan klagers menen, juist van grote professionaliteit dat de specialist ouderengeneeskunde heeft besloten om een stap terug te doen en het hoofd van de medische dienst in te schakelen. Op die manier kon zij voorkomen dat zij zich in haar beleid mogelijk (mede) zou laten leiden door haar negatieve persoonlijke ervaringen met de tweede klager.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

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.