

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2023/2041

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE

voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2023/2041 van:

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

C., revalidatiearts, destijds werkzaam in D., verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. E.R. Lam, advocaat te Amsterdam.

1. Verloop van de procedure

A. – hierna klager – heeft op 28 juni 2022 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen C. – hierna de revalidatiearts – een klacht ingediend. Bij beslissing van 18 juli 2023, onder nummer A2022/4483, heeft dat college de klacht in alle onderdelen ongegrond verklaard. Klager is op tijd in beroep gekomen tegen deze beslissing. De revalidatiearts heeft een verweerschrift in beroep ingediend. Op 20 december 2023 heeft het Centraal Tuchtcollege nog een brief ontvangen van klager (ongedateerde brief met bijlagen). De zaak is op de openbare zitting van het Centraal Tuchtcollege van 31 januari 2024 behandeld. Op de zitting zijn verschenen klager, vergezeld door zijn echtgenote, en de revalidatiearts, bijgestaan door mr. A. ten Brummelhuis, kantoorgenoot van mr. Lam. Partijen hebben hun standpunten nader toegelicht. Mr. ten Brummelhuis heeft dat gedaan aan de hand van spreek aantekeningen die zij aan het Centraal Tuchtcollege en de wederpartij heeft overhandigd. Klager heeft het Centraal Tuchtcollege een aantal pagina's overhandigd aan de hand waarvan hij zijn betoog heeft gehouden.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft het volgende overwogen en geoordeeld:

“3. De feiten

3.1 Klager is in mei 2011 gediagnosticeerd met het Guillain-Barré Syndroom (GBS), type AMAN (acute motorische axonale neuropathie). Hij heeft ruim zeven maanden op de IC verbleven. Vanaf 4 januari 2012 is klager in revalidatie gegaan bij E. en onder behandeling gekomen van de revalidatiearts en een team van andere zorgverleners, onder wie fysiotherapeuten, ergotherapeuten en psychologen; dit wordt ook wel het behandelteam genoemd. Deze klinische revalidatie is geëindigd op 25 februari 2013.

3.2 Na de afsluiting van de klinische behandeling bij E. is klager vanaf 6 maart 2013 verder poliklinisch behandeld bij E.. Tijdens de eerste maanden was sprake van neurologisch herstel en functionele vooruitgang bij klager. Ook werd verbetering zichtbaar in de handfunctie van klager, zodat na enige tijd zijn behandeling in de functiehandgroep is gestopt waarna klager zelfstandig, onder begeleiding van een ergotherapeut, kon blijven (door)trainen.

3.3 Op enig moment was de neurologische vooruitgang van klager niet meer meetbaar (objectiveerbaar). Op 30 mei 2013 vond een bespreking in het behandelteam plaats. In het verslag van deze bespreking staat onder meer (alle

citaten weergegeven met eventuele taal- en spelfouten):

“Professionele visie

1. U voelt zelf nog steeds dat u vorderingen maakt wat maakt dat u gemotiveerd blijft om u 200% in te zetten voor de revalidatie. Het idee dat de revalidatie in E. ten einde loopt maakt u verdrietig en boos.
2. Zelf heeft u zich een jaar of vijf gegeven wat geen gekke inschatting is, echter helaas is het afgelopen jaar gebleken dat de vooruitgang nauwelijks zichtbaar is bij het meten van de spierkracht en activeren.
3. Het behandelteam vindt dat het nodig is om langdurig fithied te behouden en daarmee complicaties te voorkomen. Dit kan en moet op een gegeven moment buiten de setting van poliklinische revalidatie van E., want wij zijn er niet voor fitness en dagbesteding. Daarom willen we vasthouden aan de ontslagdatum 1-7-2014.
4. We gaan helpen een goed vervolg te organiseren na het stoppen van de behandeling hier; gericht op: fitness training en dagbesteding.”

3.4 Daarna hebben op 29 januari en 3 april 2014 gesprekken plaatsgevonden tussen klager, zijn vrouw en de revalidatiearts over het beëindigen van de revalidatie bij E.. Er was een eerstelijns fysiotherapieplek gevonden bij F.. Op 17 juli 2014 is de behandeling van klager overgedragen aan F..

3.5 Klager was ontevreden over de mogelijkheden bij F. en wilde terugkeren naar E.. Dit is besproken met de revalidatiearts tijdens een consult op 13 augustus 2014, waarover de revalidatiearts in het medisch dossier heeft genoteerd:

“- Pat meldt via FT 1e lijn dat het hem slechter gaat;

- FT eerste lijn heeft brief geschreven: ‘pat zou recht hebben op behandeling in E.’.

Onze visie:

1. Funct prognose: geen of minimaal herstel nog te verwachten. Zelfstandig lopen is intensief getraind afgelopen 1,5 jaar en heeft zijn ‘plafond bereikt’. O.i. niet zelfstandig haalbaar in de toekomst .
2. Continueren FT wenselijk. Monotherapie. geen doelen meer bij ET, MW. Indicatie voor 1e lijnsbehandeling.
3. ‘Loskomen van E.’ lijkt ons het beste voor pat en zijn gezin. Afgelopen 2 jaar PRB is E. soort van dagbesteding geworden voor pat. Daar zijn we niet voor. Leven opbouwen en participeren in samenleving zal pat en gezin op meerdervlakken ten goede komen.

Overweging: alle inspanningingen van ons om goede vervolgbehandeling te organiseren zijn door pat afgewezen. Hij wil alleen in E. komen. Pat zelf lijkt weinig gemotiveerd om zelf te investeren in het vinden van 1e lijnsvervolg (op ons advies).

Ons advies:

1. Geen indicatie voor PRB E..
2. FT 1e lijn continueren; (...)
3. Meedoen aan handbikebattle (...)?”

3.6 De revalidatiearts heeft ook overleg gevoerd met de fysiotherapeut van het F.. Op 20 augustus 2014 heeft de revalidatiearts in een telefonisch gesprek aan klager uitgelegd dat fysiotherapie bij F. de aangewezen mogelijkheid was voor zijn situatie.

3.7 Klager heeft vervolgens een klacht ingediend bij E.. Op 29 augustus 2014 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen klager, de revalidatiearts en de klachtenfunctionaris van E.. Er werd afgesproken dat de revalidatiearts een vinger aan de pols zou houden en klager tijdens spreekuren zou blijven monitoren. Ook zou de revalidatiearts nagaan of er een fitnessabonnement kon worden afgesloten bij het G..

3.8 Klager heeft vervolgens een second opinion aangevraagd bij H. en is op 3 oktober 2014 gezien door een andere revalidatiearts. Die concludeerde in een brief

van 6 oktober 2013 aan de revalidatiearts als volgt: “Een 56-jarige patient met status na Guillan-Barré- syndroom sinds 2011, langdurige klinische en poliklinische revalidatieperiode, stabiel niveau van functioneren gedurende enkele maanden voor beëindiging poliklinische revalidatie. Patënt loopt nu tegen beperkte mogelijkheden van fysiotherapie in de eerste lijn aan. Ik zie geen indicatie voor revalidatie-behandeling alhier, maar herken het probleem van ontbreken van vergelijkbare mogelijkheden en faciliteiten in de eerste lijn, (...) Daarnaast heb ik het belang van zelfstandig functioneel oefenen benadrukt.”

3.9 Daarna heeft de revalidatiearts nogmaals navraag gedaan bij G. over de mogelijkheden daar voor klager – die er niet bleken te zijn – en hebben er verschillende (telefonische) contacten tussen klager en de revalidatiearts plaatsgevonden. Klager bleef ontevreden over de trainingsfaciliteiten in de eerste lijn en bleef wensen om terug te keren naar E..

3.10 Op 3 februari 2015 heeft de huisarts van klager een hernieuwde revalidatieaanvraag gedaan vanwege ernstige lichamelijke terugval in de benen van klager. Naar aanleiding daarvan hebben op 4 februari en 9 februari 2015 consulten bij de revalidatiearts plaatsgevonden, waarna de revalidatiearts een verzoek om een second opinion heeft gedaan aan een andere revalidatiearts bij I. (verweerderster in de zaak A2022/4484). Het beleid volgens de second opinion luidde:

“(...) Niveau wat bereikt is in juli 2014 is mijns inziens moeilijk opnieuw te bereiken (hier is revalidant het overigens niet mee eens). Ik ondersteun revalidant in zijn mening dat onderhoudstherapie nodig is in de vorm van enkelvoudige fysiotherapie om zijn mobiliteit te behouden. Dit hoeft echter niet persé in een revalidatiesetting plaats te vinden aangezien het alleen om fysiotherapie gaat. Het probleem waar dit vorm te geven kan ik echter niet oplossen.”

3.11 Daarna hebben er op 2 april en 16 juli 2015 consulten plaatsgevonden bij de revalidatiearts. Tijdens het consult op 16 juli 2015 heeft klager de revalidatiearts verzocht of er andere manieren waren om de behandeling binnen E. voort te zetten, omdat hij het gevoel had dat hij achteruit ging in zijn functioneren. Klager had verder een manier gevonden om thuis te trainen en er waren afspraken gemaakt met zijn (nieuwe) fysiotherapeut over de behandeling thuis voor na de poliklinische revalidatie. Op 13 augustus 2015 is dit verzoek van klager binnen het behandelteam besproken, waarna klager acht weken poliklinische revalidatiebehandeling is aangeboden. Klager is vervolgens van 17 november 2015 tot 8 januari 2016 opnieuw bij E. behandeld. Op 29 december 2015 is het traject van klager besproken in het behandelteam, waarover in het medisch dossier is genoteerd:

“Prof. visie:

u bent voor een korte periode (van 6 tot 8 weken) poliklinisch onder behandeling gekomen na een periode thuis waarin u het gevoel had achteruit te gaan in functioneren. Het behandelteam en u verschillen in visie over wat voor u goede therapie is.

U wilt zich richten op herstel en bent van mening dat fitness voor uw spierkracht benen en lange afstand lopen voor uw uithoudingsvermogen essentieel zijn voor uw herstel. U bent zeer boos op E. omdat de fitness niet als therapie voor u beschikbaar is, een eventuele optie om in de avonduren te komen trainen tegen eigen kosten wil u niet gebruiken.

Het behandelteam is van mening dat u aan het plafond bent van uw herstel en dat het voor uw lichamelijk functioneren van belang is zo actief mogelijk te zijn in uw thuissituatie.

In uw thuis situatie bent u onder andere na een val het vertrouwen kwijt geraakt in uw

lichaam en bent u geheel rolstoelgebonden gaan functioneren.

Tijdens de afgelopen weken therapie heeft u ervaren dat veel staande activiteiten nog wel mogelijk zijn, ook heeft u ervaren dat u spierkracht versterkende oefeningen kan doen in huis, bijvoorbeeld met behulp van uw tricepsrollator. Echter, u ervaart deze activiteiten en oefeningen als "lapmiddelen". Voor u bestaat de beste therapie uit meerdere malen per week fitnessen en lange afstand lopen. Tevens lijkt de therapie, waarin u ontdekt dat uw lichaam tot meer in staat is dan u zelf te denkt, u te versterken in uw boosheid op E..

Het behandelteam is van mening dat het verschil in visie tussen u en E. over wat de beste therapie voor u is, niet overbrugbaar is. Daarnaast is uw boosheid van dien aard dat het de behandelrelatie negatief beïnvloed. Het team stopt volgens afspraak op 8 januari de poli behandeling."

3.12 Op 30 december 2015 vond een consult bij de revalidatiearts plaats, waarbij klager heeft aangegeven geen vertrouwen te hebben in de behandeling door de revalidatiearts. Daarna heeft de revalidatiearts de behandeling van klager overgedragen aan de fysiotherapeut van klager en is de behandelrelatie met klager beëindigd.

3.13 Tot januari 2017 is de revalidatiearts werkzaam geweest in E.; thans is hij als revalidatiearts elders werkzaam.

3.14 Op 30 november 2018 heeft klager een klacht ingediend bij de Raad van Bestuur (RvB) van E.. De Klachtenadviescommissie heeft een aantal klachtonderdelen gegrond bevonden in een advies van 18 februari 2019 aan de RvB.

4. De klacht

4.1 Klager heeft in zijn klaagschrift vele (gedetailleerde) verwijten gemaakt aan de revalidatiearts en daarnaast in zijn brief van 18 april 2023 ook flinke beschuldigingen geuit aan het adres van de revalidatiearts (onder andere valsheid in geschrifte (medisch dossier), valse beschuldigingen en zwartmakerij (over de bedreigingen van klager aan het adres van de revalidatiearts), crimineel en grensoverschrijdend gedrag enz. Klager meent dat de revalidatiearts onbetrouwbaar, ongeloofwaardig en onbekwaam is.

4.2 Ter zitting heeft de voorzitter van het college de klachtonderdelen in vier onderdelen samengevat en klager gevraagd of dit juist was weergegeven. Hierop heeft klager aangegeven dat hij ook wilde klagen over het niet toepassen van de richtlijn spierziekten en dat de revalidatiearts bij de klachtencommissie een onjuist/onwaar verweer heeft gevoerd.

4.3 Klager verwijt de revalidatiearts:

1. onvoldoende onderbouwing van het beleid en onvoldoende informatievoorziening aan klager voorafgaand en volgend op zijn ontslag uit de revalidatie op 18 juli 2014;
2. gebrekkige en oneigenlijke dossiervoering en onvoldoende toezicht op professionele dossiervorming van teamleden (psycholoog en fysiotherapeut);
3. gebrek aan expertise als controlerend/coördinerend revalidatiearts in de periode na ontslag, waardoor er een enorme terugval in het lichamelijk en geestelijk functioneren van klager is opgetreden, in het bijzonder heeft de revalidatiearts de richtlijn spierziekten niet gevolgd;
4. onvoldoende zelfreflectie en onvoldoende toetsbare houding in de interne klachtenprocedure naar aanleiding van het ontslag en een onjuist/onwaar verweer gevoerd. (De klacht dat de revalidatiearts onvoldoende opvolging heeft gegeven aan de aanbevelingen naar aanleiding van de klachtenprocedure heeft klager ingetrokken).

De revalidatiearts heeft deze verwijten in het verweerschrift samengevat besproken onder elk van de vier afzonderlijke klachtonderdelen. Het college zal de verwijten in het licht van deze samenvatting beoordelen, zoals ook ter zitting is besproken.

4.4 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 revalidatiearts de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De (tuchtrechtelijke) norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende revalidatiearts. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden.

De behandeling in een revalidatiecentrum

5.2 Een multidisciplinaire behandeling in een revalidatiecentrum (medisch specialistische revalidatie) is van tijdelijke aard. Het doel van de revalidatie is dat de patiënt na de behandeling en de behaalde eindresultaten (er is geen verdere klinische verbetering) thuis verder kan functioneren met zijn beperkingen. Vaak ervaren patiënten/revalidanten na ontslag uit het revalidatiecentrum een terugval in functioneren, niet alleen omdat de revalidant voortaan zonder medisch-specialistische begeleiding moet blijven oefenen maar ook omdat de eerstelijnszorg niet altijd die trainingsmogelijkheden kan bieden die een revalidatiecentrum wel in huis heeft. Binnen een revalidatiecentrum wordt gewerkt met het ICF-model (International Classification of Function, Disability and Health) dat het functioneren beschrijft van de mens en de eventuele problemen die daarbij ervaren worden. De ICF geeft een schema voor de beschrijving van iemands functioneren vanuit drie verschillende perspectieven: functieniveau (zoals anatomische eigenschappen en stoornissen van onderdelen van het lichaam), vaardigheidsniveau (wat kan iemand nog wel of niet doen, zoals lopen, stilstaan, schrijven, boodschappen doen) en participatieniveau (kan iemand nog meedoen aan het maatschappelijk leven en zijn er eventuele problemen). In de revalidatie gaat het met name om de laatste twee perspectieven, omdat deze de kwaliteit van leven bepalen in de thuissituatie.

De weergave van het medisch dossier

5.3 Uit de door klager overgelegde stukken uit het medisch dossier is gebleken dat het door de revalidatiearts overgelegde medisch dossier daarmee verschillen vertoont. De gemachtigde van de revalidatiearts heeft ter zitting uitgelegd (ook in de pleitnota) hoe die verschillen zijn ontstaan. Sinds 2019 kunnen cliënten van E. zelf hun medisch dossier inzien via beveiligde inlogcodes. E. heeft in 2019 meegedaan aan een landelijk programma (VIPP2 programma) met als doelstelling dat patiënten/cliënten veilig en digitaal kunnen beschikken over hun medische gegevens. Tijdens de implementatie van dit programma zijn binnen E. afspraken gemaakt over welke velden uit het medisch dossier wel en welke velden niet zichtbaar zijn voor de cliënt. Er is toen besloten het veld 'overwegingen/differentiaal diagnose' niet meer zichtbaar te maken voor cliënten (de reden hiervoor was dat dit veld bedoeld is/was voor 'vermoedens intern over de aandoening en het verloop van de ziekte'). Omdat klager al vóór 2019 een uitdraai heeft gekregen van zijn medisch dossier, zijn die velden daarin nog wél zichtbaar. In het door de gemachtigde van de revalidatiearts opgevraagde medisch dossier medio 2022 zijn die gegevens niet meer zichtbaar en worden niet meer getoond aan cliënten omdat deze aantekeningen zijn bedoeld voor intern gebruik. Die gegevens zijn echter niet 'verdwenen' en zeker niet door verweerder verwijderd (die overigens sinds 2017 niet meer werkzaam is in E.). E. maakt gebruik van een elektronisch patiëntendossier (EPD) genaamd HIX en al enige

tijd geleden zijn er technologische ontwikkelingen doorgevoerd (de behandeling van klager is ruim zeven jaar geleden geëindigd). Deze ontwikkelingen hebben er ook toe geleid dat bij een pdf-uitdraai vanuit HIX niet alle logging informatie zichtbaar is die in het EPD wel zichtbaar is. De gemachtigde van verweerder heeft in haar pleitnota nog specifiek toegelicht hoe het kan dat data van consulten niet goed lijken te zijn weergegeven (korthedshalve verwijst het college hier naar). Deze uitleg kan het college goed volgen, al is hierdoor het dossier wel onhandig te lezen voor betrokkenen en derden zoals het tuchtcollege; dit kan echter niet de revalidatiearts verweten worden. Kort en goed heeft het college geen enkele aanleiding te veronderstellen dat de revalidatiearts vervalsingen heeft aangebracht in (of passages heeft weggehaald uit) het medisch dossier van klager, zoals klager suggereert. In zoverre volgt het college dan ook niet het oordeel van de klachtenadviescommissie op onderdelen 6 en 7 (gebrekkige dossiervorming), welk oordeel van toen wel begrijpelijk is nu de commissie kennelijk niet de hierboven weergegeven uitleg en toelichting had gekregen over de wijzigingen die in 2019 hadden plaatsgevonden.

Klachtonderdeel 1: onvoldoende onderbouwing van het beleid en informatievoorziening aan klager voorafgaand aan en volgend op het ontslag uit de revalidatie op 18 juli 2014

5.4 De behandeling van klager zoals die kenbaar is uit het medisch dossier, waarin zich ook de correspondentie met betrekking tot de behandeling van klager bevindt en de verslagen van de besprekingen van het multidisciplinaire team, roept bij het college geen vragen op. Wat opvalt is dat klager langer dan gebruikelijk is in behandeling is geweest bij E. en dat hij de revalidatiebehandeling heeft gekregen die passend is in zijn situatie. Klager verwijst naar een richtlijn Spierziekten waarmee hij kennelijk doelt op de (diverse) richtlijnen van Spierziekten Centrum Nederland. Hier is van toepassing de richtlijn voor de behandeling van het Guillan-Barré syndroom (GBS) waarin (vele) aanbevelingen worden gedaan bij de behandeling van GBS-patiënten zoals klager. In aanbeveling 10.2.1 (pag. 142) staat dat de revalidatiegeneeskundige behandeling de eerste keuze van behandeling is voor patiënten met GBS na ontslag uit het ziekenhuis. Deze revalidatiegeneeskundige behandeling richt zich op de motorische en conditionele beperkingen en de sociaal-maatschappelijke re-integratie op korte en lange termijn (het hiervoor genoemde ICF-model). De keuze voor klinische dan wel poliklinische revalidatie wordt bepaald door de zorgbehoefte en belastbaarheid van de patiënt en diens sociale systeem (aanbeveling 10.2.2). Omdat gevoelsstoornissen en krachtvermindering jaren na de diagnose nog voorkomen en beperkend zijn wordt aanbevolen om zowel in de herstelfase als in de late fase van GBS aandacht hiervoor te hebben (aanbeveling 11.1.1). Vermoeidheid is een veelvuldig voorkomend restverschijnsel van GBS; een toename van fysieke fitheid en spierkracht kan waarschijnlijk wel een bijdrage leveren aan het reduceren van vermoeidheidsklachten (aanbeveling 12.1.3). In alle fasen van GBS is het van belang aandacht te hebben voor psychosociale problemen die kunnen optreden als gevolg van stressvolle ervaringen en de verwerking van mogelijk blijvende beperkingen (aanbeveling 17.1.4). Voor het op wetenschappelijke wijze vastleggen van klinische verschijnselen van een ziekte (zoals GBS) wordt gebruik gemaakt van meetinstrumenten (klinimetrie). Er is nog onvoldoende duidelijkheid welke meetinstrumenten bij voorkeur moeten worden gebruikt bij patiënten met GBS. In aanbeveling 18.1.1 worden voor het beoordelen van het effect van de therapie en het beloop van de ziekte in de verschillende fasen van GBS verscheidene instrumenten genoemd. Wat betreft de continuïteit en coördinatie van zorg wordt als aandachtspunten meegegeven (hoofdstuk 22) dat de hoofdbehandelaar

eindverantwoordelijk is voor de zorg en de communicatie binnen de instelling en met de patiënt en zijn naasten. De hoofdbehandelaar is ook verantwoordelijk voor het multidisciplinair overleg en draagt zorg voor dat de gemaakte afspraken worden opgevolgd. De hoofdbehandelaar ziet er ook op toe dat de behandeling wordt overgedragen aan de betrokken disciplines, waaronder ook de eerstelijnszorg.

5.5 De behandeling van klager is verlopen conform de hierboven weergegeven samenvatting uit de richtlijn. Dat wordt op zich ook eigenlijk niet bestreden door klager, maar wel dat hij onvoldoende is geïnformeerd over de wijze van beëindigen van de poliklinische behandeling en de overdracht aan de eerstelijnszorg, waaronder de fysiotherapeutische behandeling. Uit de verslaglegging in het medisch dossier blijkt voldoende dat klager op de drie niveau's van functioneren, vaardigheden en participeren is gerevalideerd en dat het plafond wat betreft het neurologisch herstel was bereikt. Er zijn spierkrachtmetingen gedaan en ook de loopmobiliteit komt terug in de status. Het college verwijst verder korthedshalve naar onderdeel 3.3 van deze beslissing over wat er tijdens een teambespreking van 30 mei 2013 is besproken en geconcludeerd. In januari 2014 is met klager besproken dat de poliklinische periode zou worden afgerond (korthedshalve verwijst het college naar onderdeel 3.4). Uit de verslaglegging in het medisch dossier is wel duidelijk op te maken dat klager niet uit de poliklinische behandeling ontslagen wilde worden. Klager was echter al (veel) langer in revalidatie geweest dan gebruikelijk (mede omdat hij zo gemotiveerd was om te trainen en te verbeteren) en het is hem tijdig en duidelijk genoeg gemaakt dat de behandeling in het revalidatiecentrum beëindigd zou worden en dat hij voor verdere behandeling was aangewezen op de eerstelijnszorg. Dat er een verschil is tussen de behandeling in een gespecialiseerde revalidatiesetting (als E.) en behandeling bij een gespecialiseerde fysiotherapeut is een gegeven (door klager "een gat" genoemd), maar dat maakt niet dat klager dan aanspraak kan blijven maken op verdere behandeling in de gespecialiseerde revalidatiezorg. De revalidatiearts heeft zich behoorlijk ingespannen om voor klager een goede vervolgplek te vinden in de eerstelijnszorg fysiotherapie (korthedshalve verwijst het college naar de onderdelen 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 en 3.9 van deze beslissing). De verwijten in dit klachtonderdeel zijn dan ook onterecht.

Klachtonderdeel 2: gebrekkige dossiervorming

5.6 Hierboven in onderdeel 5.3 heeft het college al geoordeeld over de weergave in het medisch dossier. Er is geen sprake van gebrekkige of oneigenlijke dossiervorming zoals klager aanvoert. Integendeel, uit het medisch dossier is een goed beeld te halen van de behandeling van klager. Gebleken is dat de andere zorgverleners niet zelf in het medisch dossier aantekeningen maakten, maar dat de revalidatiearts hiervoor verantwoordelijk was. Er is geen enkele aanleiding te veronderstellen dat de revalidatiearts aantekeningen heeft gemaakt die niet strookten met de werkelijkheid of waarheid. De zware beschuldigingen die klager dan ook uit (zie onder 4.1) zijn niet alleen ongepast en kwetsend, maar ook misplaatst. Dat er geen aantekeningen in het digitale dossier zijn te vinden van de gesprekken die klager met de psycholoog heeft gehad is een gevolg van de richtlijnen van de NIP met betrekking tot bescherming persoonsgegevens. Aannemelijk is dat de psycholoog gebruik heeft gemaakt van een eigen dossier met daarin haar eigen verslaglegging. Het college verwijst hiervoor naar hetgeen bij de klachtenadviescommissie hierover is opgemerkt over de stukken (onder kopje 3), namelijk dat de verslaglegging psychologie en fysiotherapie (en ergotherapie) buiten het elektronisch patiëntendossier (HIX en de voorloper JIM) ter kennis is gekomen. Het college heeft geen enkel aanknopingspunt om eraan te twifelen dat de (aparte) verslaglegging van de psycholoog in maart en mei 2014

(onderdeel van mapje L van klager) door de psycholoog ook zélf is geschreven. De suggestie/verdachtmaking van klager (in zijn stuk van 18 april 2023) dat de revalidatiearts dit zelf (voor de klachtenadviescommissie) zou hebben geschreven is zonder éne grond. Het tweede klachtonderdeel is ook ongegrond.

Klachtonderdeel 3: gebrek aan expertise als controlerend/coördinerend revalidatiearts in de periode na ontslag (waaronder het niet naleven van de richtlijn spierziekten)

5.7 Gezien al wat hierboven is weergegeven en is geoordeeld kan het college hierover kort zijn: er is geen aanknopingspunt gevonden voor het verwijt dat de revalidatiearts zijn verantwoordelijkheid niet heeft genomen na het ontslag uit de poliklinische revalidatie. Uit het medisch dossier volgt genoegzaam dat de revalidatiearts zich heeft ingespannen om voor klager een goede plek te vinden in de eerstelijnszorg; het college verwijst korthedshalve naar wat in 3.5, 3.6, 3.7 en 3.9 is opgeschreven. De revalidatiearts heeft zich meer dan voldoende en conform de aanbevelingen in de richtlijn GBS ingespannen om voor klager een goede vervolgbehandeling te vinden in de eerstelijnszorg. Klager is zelfs nog een korte periode de gelegenheid gegeven om nog een keer een poliklinische revalidatiebehandeling te ondergaan binnen E., iets wat bepaald niet gebruikelijk is; het college verwijst hiervoor naar wat onder 3.11 is beschreven. Klager is echter steeds boos gebleven omdat hij binnen E. niet verder kon revalideren, zo volgt wel duidelijk uit de verslaglegging van het behandelteam en de revalidatiearts. Er was sprake van verschil in inzicht wat betreft de verdere behandeling en de mogelijkheid voor verder herstel, maar dat verschil van inzicht heeft klager geheel verweten aan de revalidatiearts – ten onrechte. Het behandelteam heeft dan ook in een bijeenkomst van 29 december 2015 geadviseerd en besloten dat de revalidatiebehandeling ten einde moest komen; het college verwijst korthedshalve naar hetgeen onder 3.11 is beschreven. Ten overvloede vermeldt het college dat met het eindigen van de revalidatiebehandeling binnen E. ook de psychologische begeleiding binnen E. zou eindigen (net zoals de behandeling van fysiotherapie en ergotherapie). Klager meent dat dit niet zo is, want er zou nog een vervolgtraject volgen; hiervoor is echter geen énkél aanknopingspunt in de stukken te vinden en het zou ook niet stroken met het beëindigen van de multidisciplinaire revalidatiebehandeling als geheel. Het derde klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

Het vierde klachtonderdeel: onvoldoende zelfreflectie en onvoldoende toetsbare houding in de interne klachtenprocedure

5.8 Het college heeft kennisgenomen van het inhoudelijk verslag van de hoorzitting bij de klachtenadviescommissie. Uit dit inhoudelijk verslag van de klachtenadviescommissie blijkt op geen enkele wijze dat de revalidatiearts zich niet toetsbaar heeft opgesteld of heeft willen opstellen. Opmerking verdient hierbij dat de revalidatiearts toen al bijna twee jaren niet meer werkzaam was bij E. en zich de moeite heeft getroost om toch op al die verwijten van klager serieus te antwoorden/te reageren en op die zitting daar te verschijnen. Dit klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

Slotsom

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

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Het Centraal Tuchtcollege gaat bij de beoordeling van het beroep uit van de feiten die het Regionaal Tuchtcollege heeft vastgesteld, met uitzondering van de feitelijke vaststelling dat op 30 mei 2013 een bespreking in het behandelteam plaatsvond over de vooruitgang van klager, zoals in overweging 3.3. weergegeven. Gebleken is dat het

verslag van de teambesprekingen na iedere bespreking werd aangevuld, waardoor deze datum van 30 mei 2013 meermaals terugkomt in het medisch dossier. Hierdoor kan niet zonder meer worden vastgesteld dat al op die datum met klager is gesproken over (het uitblijven van) neurologische vooruitgang en het einde van de poliklinische revalidatiebehandeling. Het Centraal Tuchtcollege stelt in plaats daarvan vast dat vanaf 29 januari 2014 met klager is gesproken over zijn vooruitgang en dat deze niet meer objectiveerbaar was. Waar het Regionaal Tuchtcollege vermeldt dat een tweede poliklinische revalidatieperiode aan klager is aangeboden in 2014, stelt het Centraal Tuchtcollege vast dat de tweede poliklinische revalidatie in 2015 heeft plaatsgevonden.

4. Beoordeling van het beroep

Omvang van de zaak in beroep

4.1 Klager is het niet eens met de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege. Hij wil met zijn beroep de klacht in volle omvang door het Centraal Tuchtcollege laten beoordelen. Het beroep van klager strekt ertoe dat het Centraal Tuchtcollege de klacht alsnog gegrond verklaart.

4.2 De revalidatiearts heeft in beroep gemotiveerd verweer gevoerd. Hij is van mening dat het beroep van klager moet worden verworpen en de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege moet worden bevestigd.

Inhoudelijke beoordeling

4.3 Het Centraal Tuchtcollege heeft kennisgenomen van de inhoud van de aan het Regionaal Tuchtcollege voorgelegde klacht en het debat dat partijen daarover schriftelijk en mondeling bij dat tuchtcollege hebben gevoerd. Het door het Regionaal Tuchtcollege opgebouwde zaaksdossier is aan het Centraal Tuchtcollege gestuurd en door het Centraal Tuchtcollege bestudeerd. In beroep hebben partijen het debat schriftelijk nog een keer gevoerd. Daarbij heeft ieder van hen standpunten ingenomen over de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten en de door dat college gegeven beschouwingen en beslissingen. Tijdens de mondelinge behandeling op 31 januari 2024 is dat debat voortgezet.

4.4 De behandeling van de zaak in beroep heeft het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten of tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege. Het Centraal Tuchtcollege is het eens met wat het Regionaal Tuchtcollege onder '5. De overwegingen van het college' heeft overwogen en neemt deze hier over. Daarmee sluit het Centraal Tuchtcollege zich aan bij het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat de revalidatiearts niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Het Centraal Tuchtcollege vindt het van belang hieraan toe te voegen dat de revalidatiearts geen betrokkenheid heeft gehad bij het al dan niet toekennen van een sportabonnement bij E.. Daarop had hij geen invloed, ook al betreft het dezelfde instelling.

Naar aanleiding van het gestelde over gebrekkige dossiervorming en dat de revalidatiearts de terugval wijt aan klager zelf, hecht het Centraal Tuchtcollege eraan op te merken dat dit gaat om bevindingen van het resultaat of het gebrek aan resultaat. Het Centraal Tuchtcollege leest hierin geen feitelijke constatering of een verwijt aan klager dat hij niet voldoende zou hebben geoefend thuis.

4.5 Dit alles betekent dat het beroep zal worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: S.M. Evers, voorzitter; Y. Buruma en R.H.

Zuijderhoudt, leden-juristen en M.C. de Rijk en N. Roux-Otter, leden-beroepsge­noten en E. van der Linde, secretaris.
Uitgesproken ter openbare zitting van 6 maart 2024.
Voorzitter w.g. Secretaris w.g.