

- Home no. 1 | Themanummer Huidziekten | April 2017
- Eerdere edities
- Verenso.nl

Bespreking uitspraak tuchtrecht

Niet te delegeren verantwoordelijkheden als behandelend arts



Roy Knuiman

rknuiman@verenso.nl

Op 15 november 2016 deed het RTG Amsterdam (zaak 16/055) een interessante uitspraak over onder andere 'het onvoldoende persoonlijk communiceren met patiënt en onvoldoende controle en nauwkeurigheid te hebben besteed ten aanzien van de gezondheidstoestand van de patiënt'. In meerdere opzichten interessant.

De uitspraak zegt iets over de verantwoordelijkheid die je als behandelend arts in een zorginstelling hebt en stelt daarbij een soort minimumnorm.

Verantwoordelijkheid bij de behandeling van een patiënt, bij het inzetten van een actief beleid en controleren daarvan, maar het tuchtcollege wijst ook op de verantwoordelijkheid om de patiënt en zijn vertegenwoordiger regelmatig op de hoogte te houden en de communicatie met hen niet alleen maar aan anderen over te laten. Interessant dus ook in het kader van het thema taakherschikking.

De feiten

Patiënt is geboren in 1936. Zijn echtgenote heeft de klacht ingediend. Patiënt is aanvankelijk eind augustus 2013 opgenomen met een Bopz-indicatie op de psychogeriatrische afdeling van het verpleeghuis, waar verweerster de afdelingsarts en behandelend specialist ouderengeneeskunde was. Patiënt had een dementieel syndroom, valgevaar wegens Parkinson en diabetes met insuline-afhankelijkheid. Daarnaast at hij moeizaam, was incontinent, weigerde regelmatig medicatie en had wisselende stemmingen. In de overdracht werd gemeld dat echtgenote niet tevreden was over de zorg en dat zij van alle wijzigingen op de hoogte gebracht wilde worden.

Op de afdeling is patiënt een paar keer gevallen. Na de derde keer is er een valrisico-inventarisatie gedaan. Op 15 oktober 2013 is patiënt wederom gevallen en heeft daarbij een fractuur opgelopen. Als valpreventie werden bedhekken en een tafelblad ingezet. Eten en drinken ging beter bij de aanwezigheid van de echtgenote of zoon. Er is een mondzorgplan opgesteld waarbij geadviseerd werd om bij het poetsen Corsodyl te gebruiken. Vanwege een rode plek op zijn stuit kreeg patiënt wisselligging en een antidecubitus matras.

Op 28 oktober 2013 heeft verweerster patiënt onderzocht, waarbij de bloedsuiker verhoogd bleek. Op 29 oktober 2013 bleek patiënt suf te zijn. Verweerster heeft hem toen lichamelijk onderzocht. Er is gestart met parenteraal vocht, er is cito bloed bepaald en er is urineonderzoek gedaan. Enkele uren later is patiënt naar het ziekenhuis vervoerd. Na ontslag uit het ziekenhuis is patiënt enige maanden later thuis overleden.

De klacht

De klacht heeft betrekking op meerdere zaken:

- Klaagster stelt dat verweerster onvoldoende met haar heeft gecommuniceerd en de communicatie steeds heeft laten lopen via het afdelingshoofd.
- Er zou onvoldoende controle en nauwkeurigheid daarbij zijn geweest ten aanzien van de gezondheidstoestand van de patiënt en er zou onvoldoende aandacht zijn besteed aan het valrisico;
- Er was onvoldoende oog voor het toedienen van voeding en vocht aan de patiënt;
- Er is te lang gewacht met het insturen van de patiënt naar het ziekenhuis;
- Er is onvoldoende zorggedragen voor adequate mondzorg;
- Er is onvoldoende zorggedragen dat de wonden aan de voeten van patiënt voldoende werden verzorgd.

De beoordeling

Op 15 oktober 2013 is patiënt gevallen waarbij hij een fractuur opliep. Zijn situatie ten aanzien van de voorgeschreven bedrust veranderde ingrijpend. Pas twaalf dagen later heeft de verweerster patiënt onderzocht, waarbij de nierfunctie is gemeten en de suikerwaarden van de aan diabetes lijdende patiënt werden bepaald. In de dagen na de val van patiënt op 15 oktober zijn er bovendien geen duidelijke instructies gegeven aan de verpleegkundigen over de wijziging in het beleid bij het volgen van de gezondheidstoestand van patiënt. Dit wordt verweerster aangerekend, te meer daar er sprake is van diabetes en er bovendien een actief behandelbeleid was afgesproken.

Enkele klachtonderdelen zijn niet of gedeeltelijk gegrond. Zonder op elk klachtonderdeel afzonderlijk in te gaan, geef ik de kern van de beoordeling weer. Het tuchtcollege merkt op dat verweerster de behandelend arts was van een zeer broze patiënt met meerdere aandoeningen. Uit hoofde van die rol dient zij als behandelend arts beleid uit te zetten, de uitvoering daarvan te monitoren en actief contact te onderhouden met de familie van de patiënt. Dat heeft zij onvoldoende gedaan.

Verweerster heeft slechts enkele malen persoonlijk contact gehad met klaagster of haar zonen: in ieder geval bij het kennismakingsgesprek en tijdens het insturen naar het ziekenhuis. Klaagster had meestal contact met de verpleegkundigen en verweerster liet het op haar beurt aan de verpleegkundigen over om zo nodig contact met haar op te nemen. Het tuchtcollege stelt dat zij daarin heeft verzaakt. Van de behandelend arts mag worden verwacht dat zij ook zelf contact houdt met de naasten van de patiënt en bovendien niet alleen op de verpleegkundigen vaart bij de inschatting van de gezondheidstoestand van patiënt. Dit geldt zeker nadat patiënt op 15 oktober 2013 een fractuur had opgelopen en immobiel was geworden. Verweerster had in elk geval niet alleen mogen varen op de rapportage van de verpleegkundigen.

Het tuchtcollege oordeelt verder dat ook de dossiervoering niet erg inzichtelijk is. Door de splitsing van het dossier in meerdere onderdelen is het totaalbeeld van de gezondheidstoestand niet volledig in kaart gebracht. Van verweerster kan worden verwacht dat zij zorgvuldig en duidelijk voor iedereen haar beleid in het dossier noteert. Ook dat heeft zij nagelaten. Daar komt bij dat de wettelijk verplichte afzonderlijke registratie van de vrijheidsbeperkende maatregelen ontbreekt. Het beleid ten aanzien van de behandeling is in het dossier niet duidelijk vastgelegd. Alleen uit het leefplan blijkt dat een actief beleid werd gevoerd.

Het tuchtcollege concludeert dat een patiënt erop moet kunnen vertrouwen dat een arts die verbonden is aan een zorginstelling haar verantwoordelijkheid neemt. Dit betekent in elk geval dat zij beleid ontwikkelt, dat uitvoert en controleert. Bovendien dient zij daar uiting aan te geven door voldoende contact te houden met de naasten van de aan haar toevertrouwde patiënt. Dat heeft verweerster nagelaten. Het tuchtcollege legt de maatregel van berisping op.

Leerpunten samengevat

Het delegeren of herschikken van taken is bijzonder actueel. Het aan andere professionals overlaten van niet-dokterstaken kan tijds- en efficiencywinst opleveren. Het tuchtcollege wijst echter ook op de keerzijde hiervan en benadrukt dat de behandelend arts een duidelijke verantwoordelijkheid houdt die hij of zij niet aan anderen kan overlaten.

Bij medische taken moet er hoe dan ook supervisie door een specialist ouderengeneeskunde zijn, maar het tuchtcollege geeft daarnaast de grenzen aan van taken die een behandelend arts minimaal moet doen.

Voor de patiënt die aan haar is toevertrouwd moet de behandelend arts:

- Een duidelijk beleid (behandelbeleid) ontwikkelen;
- Ervoor zorgdragen dat dit beleid wordt uitgevoerd;
- De uitvoering controleren en monitoren;
- Het beleid ten aanzien van de behandeling duidelijk in het eigen –medisch- dossier vastleggen en niet alleen in een samengesteld overkoepelend dossier als het leefplan;
- Het medisch dossier mag weliswaar onderdeel uitmaken van een breder dossier of document zoals het (zorg)leefplan, maar moet daarbinnen wel zichtbaar zijn en afgeschermd kunnen worden;
- Voldoende persoonlijk contact houden met de patiënt en zijn naasten. Hij mag dit contact in elk geval niet geheel overlaten aan verpleegkundigen of EVV-ers. Als behandelend arts moet je ook voor patiënten en hun naasten zichtbaar zijn en blijven, zeker bij wijzigingen in de gezondheidstoestand van de patiënt.

Klik [hier](#) voor de uitspraak zaak 16/055 Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam.

Auteur(s)

Mr. Roy B.J. Knuiman, juridisch beleidsmedewerker Verenso

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM**

Beslissing naar aanleiding van de op 23 februari 2016 binnengekomen klacht van:

A,

wonende te B,

k l a a g s t e r,

gemachtigde: mr. C.J.M. Wever, advocaat te Wognum.

tegen

C,

specialist ouderengeneeskunde,

destijds werkzaam te D,

v e r w e e r s t e r,

gemachtigde: mr. J.W.A. van Dommelen, advocaat te Veenendaal.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- de op 26 oktober 2016 binnengekomen brief van de gemachtigde van klagster en de op 31 oktober 2016 binnengekomen brief van de gemachtigde van verweerster met bijlagen.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

De klacht is op een openbare zitting behandeld. Partijen en hun gemachtigden waren aanwezig. Klagster werd vergezeld door haar zoon. Beide gemachtigden hebben een toelichting gegeven aan de hand van aantekeningen die aan het college en de wederpartij zijn overgelegd.

2. De feiten

2.1. Klagsters echtgenoot (geboren op oktober 1936) en hierna ook te noemen patiënt) is op 23 augustus 2013 vanuit verpleeghuis E te F opgenomen met een BOPZ-indicatie op de (gesloten) psychogeriatrische afdeling van het Verpleeghuis G te D afdeling H. Verweerster was daar afdelingsarts. In de opnamememo gedateerd 23 augustus 2013 is vermeld dat

klaagster heeft aangegeven betrokken te willen zijn bij de zorg van patiënt en zal helpen bij de zorg. Voorts is vermeld dat goede afstemming wenselijk is over wat klaagster wel en niet wil/kan doen. Bij de overdracht werd de toestand van patiënt omschreven als: dementieel syndroom, valgevaar wegens Parkinson, diabetes met insuline-afhankelijkheid, moeizaam eten, incontinent, regelmatig medicatie weigeren en wisselende stemmingen.

In de decursus van 23 augustus 2013 is onder het kopje telefonische overdracht onder meer vermeld: "Mw was slecht tevreden over zorg in F. Is zeer betrokken. Wil van alle wijzigingen op de hoogte worden gebracht."

2.2. In de G is naast een ergotherapeut en de diëtiste een fysiotherapeut ingezet. Naar inschatting van de fysiotherapeut diende patiënt te lopen met een stok. Spoedig bleek dat hij daarmee medebewoners en verplegend personeel sloeg. Het inzetten van een rollator bleek niet mogelijk.

Patiënt is op de afdeling een paar keer (op 3, 10 en 18 september 2013) gevallen en er is op 25 september en 9 oktober 2013 valrisico-inventarisatie gedaan. Op 17 september is een Rivap score opgesteld. Tevens is patiënt meermalen in het structurele valoverleg besproken en is er een vrijheid beperkende maatregel (sensorbel) ingezet. Op 15 oktober 2013 is patiënt weer gevallen en bleek hij een trochanter fractuur rechts te hebben. Daarna zijn de beddekken omhooggegaan en werd nog een vrijheid beperkende maatregel (tafelblad) ingezet. Er is naar aanleiding van de valpartij een prisma analyse gedaan.

Eten en drinken ging beter bij de aanwezigheid van klaagster en/of zoon; dat gebeurde ook dagelijks. Afsproken werd dat hij bij de broodmaaltijd tomaat en paprika kreeg en fruit in plaats van een toetje.

2.3. Er is op 13 oktober 2013 een mondzorgplan opgesteld. Tweemaal per dag zijn de tanden van patiënt –als hij dat toestond- gepoetst. De geconsulteerde praktijkverpleegkundige adviseerde Corsodyl te gebruiken.

2.4. Vanwege een rood plekje op zijn stuit en linkerenkel kreeg patiënt wisselligging. Voor zijn stuit kreeg hij Hydrocolloid plak. Er is een antidecubitus matras gebruikt.

2.5. Wegens ontlastingsproblemen heeft verweester patiënt op 28 oktober 2013 onderzocht. De bloedsuiker bleek verhoogd (op 27 oktober 2013 was die 17,2). Naar aanleiding daarvan is een glucose dagcurve afgesproken en de diëtiste in consult gevraagd, omdat patiënt was afgevallen. Op 29 oktober 2013 bleek patiënt suf te zijn. Verweester heeft hem toen lichamelijk onderzocht, er is gestart met het toedienen van parenteraal vocht, cito bloed is bepaald, er is urineonderzoek gedaan en de Fentanyl(pleister) is gestopt. Enkele uren later is patiënt naar het ziekenhuis vervoerd.

2.6. In maart 2014 is patiënt, na enige tijd thuis te zijn verpleegd, overleden.

3. De klacht en het standpunt van klaagster

De klacht, zoals nader geformuleerd ter zitting, houdt zakelijk weergegeven in dat verweerster:

- a. onvoldoende controle en nauwkeurigheid heeft betracht ten aanzien van de gezondheidstoestand van patiënt- zo is onvoldoende aandacht besteed aan het valrisico;
- b. onvoldoende oog heeft gehad voor de voeding van en het toedienen van vocht aan patiënt;
- c. patiënt op 29 oktober 2013 een infuus met een zoutoplossing heeft gegeven;
- d. te lang heeft gewacht met het insturen van patiënt naar het ziekenhuis en onjuiste informatie heeft verstrekt aan het ambulancepersoneel;
- e. onvoldoende heeft zorg gedragen voor adequate mondzorg;
- f. niet of onvoldoende heeft gezorgd dat de wonden aan de voeten van patiënt voldoende werden verzorgd;
- g. onvoldoende met klagster heeft gecommuniceerd en de communicatie steeds heeft laten lopen via het afdelingshoofd.

Klaagster voert aan dat zij vanwege het valrisico in diverse gesprekken heeft verzocht het risico op letsel te verminderen; daar kwam geen antwoord op en er werd niets mee gedaan. Pas nadat patiënt een fractuur had opgelopen door een val vernam zij over het bestaan van een valbroek etc. Er werd niet voldoende hulp met eten en drinken geboden. Er werd een zoutinfuus aangelegd zonder bloedtest of controle vooraf, terwijl patiënt aan diabetes leed. Op de ochtend van de opname bleek dat patiënt zwaar was uitgedroogd en ook toen kostte het nog moeite om een ambulance te laten komen. Aan de ambulancebroeders meldde verweerster ten onrechte dat patiënt 's morgens plotseling erg suf was geworden en dat er daarvoor niets aan de hand was. In het ziekenhuis bleek dat patiënt gevaarlijk was uitgedroogd en men weet dat aan het zoutinfuus; tevens bleek daar dat de urine etterig was. Ook bleek ten gevolge van de opname dat het gebit langdurig met Cordysol was verzorgd, dat alleen voor kortstondig gebruik is bedoeld. Tevens bleek in het ziekenhuis dat er onverzorgde wonden aan zijn voeten, heupen en billen waren.

4. Het standpunt van verweerster

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

5. De beoordeling

5.1. Ter toetsing staat of verweerder bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klager klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep terzake als norm was aanvaard. Bij de tuchtrechtelijke beoordeling van beroepsmatig handelen gaat het niet om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de aangeklaagde beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, rekening hou-

dend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in zijn beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard.

5.2 Alvorens de afzonderlijke klachtonderdelen te bespreken merkt het college het volgende op. Verweerster was de behandelend arts van een zeer broze patiënt met meerdere aandoeningen. Uit hoofde van die rol dient verweerster beleid uit te zetten, de uitvoering daarvan te monitoren en actief contact te onderhouden met de familie van patiënt. Dat heeft zij nagelaten.

Gebleken is dat verweerster slechts enkele malen (in ieder geval bij het kennismakingsgesprek op 24 september 2013 en bij gelegenheid van het insturen naar het ziekenhuis op 29 oktober 2013) persoonlijk contact heeft gehad met klaagster en/of haar zonen. Klaagster had meestal contact met de verpleegkundigen en verweerster liet op haar beurt het aan de verpleegkundigen over om, zo nodig, contact met haar op te nemen. Daarin heeft zij verzaakt. Dit zeker gelet op de wensen van klaagster als vermeld in 2.1. Van verweerster kan worden verwacht dat zij ook zelf contact houdt met de naasten van de patiënt. Voorts kan van verweerster worden verwacht dat zij niet enkel op de verpleegkundigen vaart ten aanzien van de inschatting van de gezondheidstoestand van patiënt, zeker nadat hij op 15 oktober 2013 een fractuur had opgelopen en – als suikerpatiënt - immobiel was geworden. Voorts is gebleken dat de dossiervoering niet erg inzichtelijk is. Door de splitsing van het dossier in meerdere onderdelen is – door het niet steeds volledig invullen van alle onderdelen - het totaalbeeld van de gezondheidstoestand niet volledig in kaart gebracht. Van verweerster kan des te meer worden verwacht dat zij zorgvuldig en duidelijk voor een ieder haar beleid in het dossier noteert. Ook dat heeft zij nagelaten. Daar komt nog bij dat de – wettelijk verplichte- afzonderlijke registratie van de vrijheid beperkende maatregelen ontbreekt.

Tenslotte is in het dossier niet duidelijk vastgelegd welk beleid ten aanzien van de behandeling van patiënt werd gevolgd en wat er precies met de familie is besproken. Alleen uit het leefplan blijkt dat een actief beleid werd gevoerd; na de val van 15 oktober 2013 werd dit beleid mede gericht op revalidatie. Evenmin blijkt dat na 15 oktober 2013 duidelijke instructies over de wijziging in het beleid ten aanzien van het volgen van de gezondheidstoestand van patiënt aan de verpleegkundigen zijn gegeven.

Alle klachtonderdelen, behalve die onder c., dienen mede in het in 5.2 geschetste kader te worden beoordeeld.

5.3.1 ad a.

Nadat patiënt op 15 oktober 2013 was gevallen en zijn situatie in verband met de voorgescreven bedrust ingrijpend was gewijzigd had het in de rede gelegen, zoals verweerster ter zitting ook heeft erkend, om eerder dan op 27 oktober 2013 de suikerwaarden van patiënt - die aan diabetes leed en insulineafhankelijk was - te bepalen.

Op 27 oktober 2013 is de nierfunctie gemeten; naar het oordeel van het college had dit ook eerder dienen te geschieden gezien diabetes gereguleerd met insuline en metformine en in het kader van het geldende actieve behandelbeleid.

Op 28 oktober 2013 is gebleken dat patiënt 6 kg was afgevallen. Ook ten aanzien hiervan geldt dat, gezien de ingrijpende wijziging in zijn situatie sinds 15 oktober 2013, hij eerder gewogen had moeten worden. Bekend is immers dat suikerpatiënten ontregeld kunnen raken als gevolg van de voorgeschreven bedrust. Het feit dat verweerster op 28 oktober 2013 nogmaals de diëtiste heeft geraadpleegd, doet er niet aan af dat verweerster reeds eerder tot actie had dienen over te gaan.

Het voorgaande brengt met zich mee dat het college van oordeel is dat verweerster patiënt, in ieder geval vanaf 15 oktober 2013, nauwkeuriger had dienen te controleren en te volgen.

Om het valrisico te beperken zijn een sensorbel, en later bedhekken en een tafelblad ingezet. Het inzetten van deze maatregelen acht het college op zichzelf juist. Evenwel is onvoldoende gebleken dat verweerster het nemen van deze maatregelen met klaagster heeft besproken; evenmin blijkt dat zij met klaagster heeft gedeeld dat er een zeker valrisico bij patiënt bestond en of klaagster dat aanvaardde. Dat behoorde wel tot haar taak.

Dat de heupbeschermer niet is ingezet acht het college in de gegeven omstandigheden, waarin patiënt zichzelf ontkleedde en bij het bestaan van incontinentie begrijpelijk.

Gezien het voorgaande is dit klachtonderdeel deels gegrond.

5.3.2 ad b.

Al bij de overdracht van patiënt op 23 augustus 2013 was bekend dat hij een matige eter was en aan diabetes leed. Gezien de gewijzigde omstandigheden na de val van patiënt op 15 oktober 2013 had verweerster hem in dit opzicht zelf actiever dienen te volgen, althans tenminste duidelijker instructies aan de verpleegkundigen dienen te geven, en hem – zoals hiervoor onder 5.2 al overwogen – eerder moeten (doen) wegen. Het enkel bijhouden van een aparte vocht- en voedingsregistratie vanaf 18 oktober 2013 is niet voldoende. Het had, mede gezien het voorgestane actieve beleid, gericht op revalidatie, in de rede gelegen dat verweerster na de val zich proactief had opgesteld en niet enkel zou hebben gevaren op de rapportage van de verpleegkundigen.

Ook dit klachtonderdeel is derhalve gegrond.

5.3.3 ad c.

Ten aanzien van dit klachtonderdeel overweegt het college dat gezien de situatie op 29 oktober 2013 waarin terecht onderzoek is gestart, maar de uitslagen van het gedane onderzoek nog werden afgewacht, de subcutane toevoeging van een zoutoplossing aan patiënt, ook al was hij diabeet, te billijken is. Een dergelijke toevoeging is gelet op de op dat moment bestaande situatie niet ongebruikelijk en brengt geen onaanvaardbare risico's met zich.

Dit klachtonderdeel slaagt niet.

5.3.4 ad d.

Nu verweerster onvoldoende actief beleid heeft gevoerd, heeft nagelaten met klaagster overeen te komen dat een actief behandelbeleid niet meer aan de orde was en dat niet heeft gemonitord, heeft zij niet eerder dan 29 oktober 2013 's morgens kunnen constateren

dat patiënt suf was. De informatie dat hij al eerder (bijvoorbeeld op 27 oktober 2013) suf was, zoals blijkt uit de voortgangsrapportage, was haar kennelijk niet bekend. Dit dient voor rekening van verweerster te komen omdat zij heeft nagelaten de verzorging te instrueren haar daarover te informeren dan wel op andere wijze te organiseren dat zij op de hoogte zou blijven van de gezondheidstoestand van deze patiënt. Als zij vinger aan de pols had gehouden, passend in het kader van een actief beleid, dan had patiënt wellicht eerder naar het ziekenhuis vervoerd dan wel was hij in een betere conditie geweest dan nu het geval is geweest. Er kan haar daarvan een verwijt worden gemaakt.

Ten aanzien van de verstrekte informatie bij het insturen van patiënt naar het ziekenhuis lopen de lezingen van partijen uiteen. Volgens klaagster heeft verweerster onder druk van haar zoon de ambulance gebeld; volgens verweerster heeft zij aan de hand van de labuitslagen besloten dat patiënt moest worden ingestuurd. Voorts stelt klaagster dat verweerster onjuiste informatie aan het ambulancepersoneel heeft verstrekt; verweerster voert aan dat zij adequate en volledige informatie heeft gegeven. Wat hiervan zij, in gevallen waarin de lezingen van partijen over de feitelijke gang van zaken uiteenlopen en niet kan worden vastgesteld welke van beide lezingen aannemelijk is, kan een verwijt dat is gebaseerd op de lezing van klaagster in beginsel niet gegrond worden bevonden. Dit berust niet op het uitgangspunt dat het woord van klaagster minder geloof verdient dan dat van verweerster, maar op de omstandigheid dat voor het oordeel dat een bepaalde gedraging of bepaald nalaten verwijtbaar is eerst moet worden vastgesteld dat er een voldoende feitelijke grondslag voor dat oordeel bestaat.

Dit klachtonderdeel is derhalve gedeeltelijk gegrond.

5.3.5 ad e.

Het mondzorgplan is onderdeel van het behandelplan en valt dus onder verantwoordelijkheid van verweerster. Niet is gebleken dat de mondzorg zou zijn overgedragen aan een andere bevoegde hulpverlener (zoals mondzorgassistent of tandarts). Het college heeft uit het medische dossier niet kunnen constateren dat verweerster zelf voldoende aandacht aan de mondverzorging van patiënt heeft besteed.

Ook dit klachtonderdeel is derhalve gegrond.

5.3.6 ad f.

Onder verwijzing naar hetgeen hiervoor onder 5.3.5 ten aanzien van de mondzorg is overwogen dient te worden geconcludeerd worden dat ook de wondbehandeling onder verantwoordelijkheid van verweerster valt.

Gebleken is evenwel dat hetgeen klaagster stelt over de wonden van patiënt (volgens haar besloegen de wonden op de voeten 40 tot 60% van de oppervlakte) geen steun vindt in hetgeen na opname in het ziekenhuis is geconstateerd. Daar stuit dit klachtonderdeel op af.

5.3.7 Ad g.

Zoals al eerder overwogen heeft de communicatie tussen verweerster en klaagster, zeker nadat patiënt op 15 oktober 2013 was gevallen, te wensen overgelaten. Verweerster had

zelf regelmatig contact dienen te onderhouden met de familie en dit niet aan de EVP-er mogen overlaten. Dat zij slechts enkele malen persoonlijk contact heeft gehad met de naasten van patiënt acht het college in de gegeven omstandigheden onvoldoende.

Dit klachtonderdeel is derhalve gegrond.

5.4 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. Verweerster heeft gehandeld in strijd met de zorg die zij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens patiënt en zijn naasten had behoren te betrachten.

5.5. Bij de beantwoording van de vraag welke maatregel passend is overweegt het college dat uit het hierboven overwogene blijkt dat sprake is van verwijtbaar tekortschieten van verweerster. Een patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat een arts, verbonden aan een zorginstelling, haar verantwoordelijkheid neemt, beleid ontwikkelt, dat uitvoert en controleert. Bovendien dient zij daar uiting aan te geven door voldoende contact te houden met de naasten van de aan haar toevertrouwde patiënt. Dat heeft verweerster nagelaten. Een en ander klemt te meer nu -blijkens hetgeen verweersters gemachtigde ter zitting heeft opgemerkt- het voornemen bestond de lat voor wat betreft zorg en communicatie met de familie juist bij deze patiënt zo hoog mogelijk te leggen.

Derhalve acht het college de oplegging van na te melden maatregel passend.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart klachtonderdelen a,b, d gedeeltelijk, e en g gegrond;
- legt aan verweerster de maatregel van berisping op;
- wijst de klacht voor het overige af;
- bepaalt voorts dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan de tijdschriften Medisch Contact en het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde (Verenso) ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus beslist op 15 november 2016 door:

mr.J. Brand, voorzitter,

drs. A.J.J.M. Keijzer-van Laarhoven, drs. J. Edwards van Muijen en drs. D.E. de Jong, leden-arts,

en mr. C.E. Polak, lid-jurist,

bijgestaan door mr. C.G.J. Pluijgers, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter zitting van 27 december 2016 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

16/055

w.g. C.G.J. Pluijgers

secretaris

w.g. J. Brand

voorzitter