

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 091/2009

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 18 februari 2010 naar aanleiding van de op 11 maart 2009 ingekomen klacht van

1. **A**, wonende te B,
2. **C**, wonende te D,
3. **E**, wonende te F,

k l a g e r s

-tegen-

**G**, internist te H,  
gemachtigde mr. L. Fenner, VVAA Rechtsbijstand te Utrecht,

v e r w e e r d e r

#### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Klagers hebben een klaagschrift en, op vragen van de secretaris, een aanvullend klaagschrift ingediend. Verweerder heeft een verweerschrift ingediend voorzien van bijlagen. Er is vervolgens gerepliceerd en gedupliceerd. Tot slot is het van belang zijnde medisch dossier overgelegd. Beide partijen hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De klacht is behandeld ter openbare zitting van het college van 8 januari 2010. Klagers zijn niet verschenen. Klaagster sub 1 met bericht van verhindering. Verweerder is verschenen vergezeld van zijn gemachtigde. Zijdens verweerder is ter zitting nog een statusvoering orthopedie van juni tot en met oktober 2008 en het verslag van een CT abdomen van 8 juli 2008 overgelegd.

Klagers hebben twee artsen aangeklaagd, verweerder en de arts-assistent I. De klachten zijn op voornoemde zitting gezamenlijk behandeld en in de andere zaak wordt gelijktijdig met de onderhavige beslissing uitspraak gedaan.

## 2. DE FEITEN

### 2.1

Op grond van de stukken, waaronder het medisch dossier, en van hetgeen ter zitting naar voren is gebracht dient voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

### 2.2

De klacht heeft betrekking op de medische behandeling van de echtgenoot respectievelijk vader van klagers, J, geboren op 12 december 1936, verder patiënt te noemen.

### 2.3

Vanaf april 2008 was patiënt onder behandeling bij de afdeling Orthopedie van het K in verband met ernstige rugpijnen. Op 13 juni 2008 lieten een X-LWK en X-bekken geen duidelijke afwijkingen zien. Gezien de bewegingsbeperking van de linkerheup vond er op 2 juli 2008 een 3-fasen-botscaan plaats, waarbij de verdenking rees op een coxartrose links met secundaire ontstekingskenmerken. Op 29 juli 2008 onderging patiënt hiervoor een lidocaïnisatie van de linkerheup. Op 1 september 2008 werd patiënt weer poliklinisch gezien door de orthopeed en was er nog steeds sprake van pijn. Ter uitsluiting van artritis werd er een poliklinische MRI bekken verricht op 25 september 2008. Het onderzoek was matig beoordeelbaar vanwege bewegingsartefacten van de patiënt, echter liet geen aanwijzingen zien voor artritis of andere pathologie.

### 2.4

Patiënt was eerder van 6 tot en met 16 juli 2008 op de afdeling Interne Geneeskunde in het K opgenomen geweest in verband met analyse van een sinds enkele maanden bestaande slechte eetlust met meer dan 10 kg gewichtsverlies en algehele malaise. Na uitgebreide diagnostiek waaronder CT thorax/abdomen werd hiervoor geen duidelijke oorzaak gevonden. Blijkens het radiologieverslag van de CT abdomen vergeleek men dit met een eerder gemaakte CT abdomen van november 2004. Eveneens werd bij het onderzoek betrokken een CT thorax van november 2006 en een van 6 juli 2008 alsmede de botscaan van 2 juli 2008. Er werden met name geen botmetastasen gevonden. Ook bij laboratoriumonderzoek werd niets gevonden. De eveneens geconsulteerde psychiater concludeerde tot mogelijke anorexie op basis van een depressieve stemming. In verband hiermee werd de voorgeschreven medicatie vervolgens vanwege vermoedelijke bijwerkingen stopgezet. Patiënt ging vanuit de kliniek voor een dotterbehandeling van de kransslagaders naar L. Op 2 oktober 2008 heeft er nog een onderzoek bij een collega internist (second opinion) in het ziekenhuis plaatsgevonden ten aanzien van de progressieve anorexie. Bij anamnese en lichamelijk onderzoek werd geen nieuwe verklaring gevonden. Een aangevraagde PET-scan stond gepland op 16 oktober 2008.

### 2.5

Patiënt werd op 4 oktober 2008 opnieuw opgenomen op de afdeling Interne Geneeskunde in verband met sufheid en hypotensie bij gebruik van Oxycontin en Oxynorm. Op 6 oktober 2008 werd verweerder hoofdbehandelaar en mevrouw I, arts-assistente bij hem in opleiding, verantwoordelijk zaalarts. Verweerder liep met haar 2 keer per week grote visite met voorbespreking en zij hadden dagelijks overleg.

Uit de door verweerder en de arts-assistent gezamenlijk ondertekende ontslagbrief van 16 oktober 2008 blijkt ondermeer dat de aanvankelijke tensie van patiënt normaliseerde na aanpassing van de medicatie maar dat zijn pijnklachten in de rug aanhielden. Aanvullend onderzoek middels röntgenfoto's op 4, 10 en 12 oktober 2008 en een spoed MRI van de wervelkolom op 7 oktober 2008 lieten artrose en een afwijkend beeld van de wervelcorpora zien dat mogelijk bij een M. Kahler zou kunnen passen. Laboratoriumonderzoek liet echter een normaal M-proteïne en Ig-typering zien. De MRI toonde geen aanwijzingen voor osteomyelitis. Met name op thoracaal en lumbaal niveau was er diffuus een verlaagd signaal van de wervelcorpora. Er werd nadere diagnostiek gepleegd door een beenmergpunctie op 9 oktober 2008 en vrije lichte ketens in serum en urine. De cytologie liet geen tekenen van M. Kahler zien, maar mogelijk het beeld van een amyloïdose. De histologie toonde dit laatste echter niet aan.

De orthopeed was op 6 oktober 2008, na opname geconsulteerd waarbij besloten was de geplande spoed MRI af te wachten en op 7 oktober 2008 heeft de zaalarts opnieuw contact met hem gehad. De orthopeed had ook geen verklaring voor de pijn. Hij noteerde ondermeer blijkens zijn statusvoering op 9 en 10 oktober 2008 "*Kahler is uitgesloten. Internist vraagt zich af of er ook een infectieus proces in de wervels speelt of iets anders*". Hij concludeerde "*verder via interne*".

## 2.6

Er was bij opname nog steeds sprake van ernstige anorexie. Bij opname was er geen sprake van dehydratie in de bloedsuitslagen. Na aanpassing van de medicatie kon patiënt ook aanvankelijk beter drinken. De urineproductie werd regelmatig gecontroleerd, deze was voldoende. In het weekend van 11 en 12 oktober 2008 verslechterde de toestand van patiënt. Hij kreeg ondermeer koorts, er was sprake van een verminderde intake en patiënt plaste minder. Er ontstond een beginnende dehydratie wat toen ook bleek uit de laboratoriumuitslagen. Patiënt kreeg op 13 oktober 2008 een vochtinfuus. Patiënt at heel weinig. Sondevoeding is besproken, ook met de familie, maar hiervan is, in overleg met diëtist en verpleegkundigen, afgezien op grond van de onrust van patiënt gezien de kans op complicaties.

## 2.7

Vanaf 13 oktober 2008 namen de onrust, verwardheid en dyspnoe toe. De eveneens geconsulteerde internist ouderengeneeskunde constateerde in diens verslag van 14 oktober 2008 eveneens een "*delier ten gevolge van ernstig onderliggend lijden en hypoxemie*." Deze internistnoteerde "*sombere prognose*". Patiënt werd behandeld met een breedspectrum antibioticum Augmentin (4dd 1200 mg intraveneus) uitgaande van een pneumonie mogelijk op basis van aspiratie. Hij kreeg voorts Prednison, ruime vochtinfusie en Haldol met Lorazepam. In overleg met de familie is op grond van de algemeen verslechterende toestand van patiënt uiteindelijk besloten tot abstinierend beleid, pijnstilling en bestrijding van dyspneu.

## 2.8

Op 15 oktober 2008 is patiënt overleden. De conclusie uit het obductierapport luidt dat patiënt is overleden als gevolg van: "*aspiratiepneumonie bij abstinierend beleid. Bij obductie werd in de wervelkolom op meerdere plekken lumbaal een osteomyelitis gezien. De osteomyelitis van L4 en L5 is doorgebroken met vorming van een psoasabces links (eerder staat hierover in het verslag dat dit een verklaring is voor de (toenemende) rug- en heupklachten.) en aantasting van de aorta. Er was een actieve pneumonie in de*

*rechter long en een organiserende pneumonie in de linker long. Geen aanwijzingen voor amyloidose. Geen maligniteit.”*

2.9

Het obductieverslag is met de familie besproken door een collega van verweerder.

### 3. DE KLACHT

Klagers verwijten verweerder -zakelijk weergegeven- het niet tijdig verlenen van adequate medische zorg aan patiënt. Meer in het bijzonder wordt verweerder verweten dat, hoewel patiënt al voor en ook tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis nauwelijks at of dronk, eerst in een te laat stadium een infuus is toegediend. Hierdoor hadden uitdroging en verzwakking voorkomen kunnen worden zodat patiënt nog had kunnen worden geholpen. Gezien de ernst van de situatie, zeker na ziekenhuisopname, had bovendien de wachttijd voor de PET-scan aanzienlijk bekort moeten worden. Daarop zouden de ontstekingen in de rugwervels ontdekt zijn, volgens een verklaring van de internist bij de bespreking van de sectie, waardoor dan eerder behandeling mogelijk zou zijn geweest.

### 4. HET VERWEER

Het verweer komt er -zakelijk weergegeven- op neer dat verweerder meent dat hij zich tot het uiterste heeft ingespannen om een diagnose te stellen en patiënt beter te maken en toen dit helaas niet ging heeft hij geprobeerd om het lijden van patiënt te verlichten. Hij licht dit als volgt toe.

Bij opname van patiënt was er geen sprake van dehydratie. Er is dagelijks visite gelopen door de zaalarts waarmee verweerder dagelijks contact had. Twee keer per week zag verweerder patiënt samen met de zaalarts in het kader van de grote visite. Er werden meerdaags metingen verricht en bloedbepalingen gedaan die geen aanwijzingen gaven voor uitdroging. Er was pas in tweede instantie op 13 oktober 2008, toen patiënt verslechterde op basis van een optredende pneumonie, reden om een infuus te starten. Ook werd aan orale hydratatie de voorkeur gegeven op grond van de risico's door de onrust van patiënt. Om die reden werd ook afgezien van sondevoeding in nauw overleg met ondersteunende specialismen. De met spoed uitgevoerde MRI-scan van de wervelkolom is voor de differentiaaldiagnose verdenking maligniteit dan wel infectieuze oorzaak het onderzoek van eerste keus en daarnaast was het een beter uitvoerbaar onderzoek in het kader van de onrust van patiënt. Bij een PET-scan dient de patient langdurig stil te kunnen liggen. Een eerder uitgevoerde PET-scan had bovendien geen verschil in de behandeling gemaakt. De PET-scan kan niet differentiëren tussen maligniteit dan wel infectie, in beide gevallen treden hotspots op op de aangedane locaties. Bij de MRI werden geen aanwijzingen gevonden voor osteomyelitis. De beenmergpunctie liet geen aanwijzingen voor een M. Kahler zien. Toen patiënt in het weekend van 11 en 12 oktober 2008 verslechterde en het beeld van een aspiratiepneumonie ontwikkelde werd patiënt behandeld met onder andere een ruim infuus, breedspectrum antibiotica en zuurstof. Helaas verslechterde de toestand van patiënt dusdanig dat besloten werd tot een abstinierend beleid met adequate pijnstilling. Verweerder betreurt het dat klagers geen gehoor hebben gegeven aan het feit dat hij graag een gesprek met klagers had gehad en dat hij ter zitting niet in de gelegenheid is geweest hen het beloop nader toe te lichten.

## 5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

### 5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdende met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

### 5.2

Het college gaat hierbij uit van de kennis op het moment van de behandeling en beoordeelt het handelen van verweerder als volgt. Verweerder werd hoofdbehandelaar op 6 oktober 2008. Tussen verweerder en de zaalarts bestond dagelijks contact en er werd door hen tweemaal grote visite gelopen met vooroverleg. Het college is van oordeel dat verweerder de algehele toestand van patiënt zorgvuldig heeft bewaakt in samenspraak met de verantwoordelijke zaalarts.

Patiënt was niet uitgedroogd bij de opname zoals blijkt uit de bloeduitslagen en begon aanvankelijk na opname ook weer iets meer te drinken. Zoals blijkt uit de bloeduitslagen en de statusvoering is patiënt nauwlettend gevolgd. Op het moment dat daar aanwijzingen voor waren is onmiddellijk gestart met een vochtinfuus voor rehydratie. Het college is van oordeel dat niet blijkt dat een eerder infuus noodzakelijk was en dat sondevoeding eveneens op redelijke gronden achterwege is gelaten. Juist vanwege de onrust van patiënt bestond er immers een groot risico op bloedverlies bij het uittrekken van het infuus of aspiratie bij sondevoeding. Verslechtering van de reeds ernstige toestand van patiënt als gevolg van een handelen of nalaten door verweerder op dit punt is dan ook niet gebleken.

De klacht op dit punt is naar het oordeel van het college dan ook ongegrond.

### 5.3

Daarnaast is uitvoerig onderzoek gedaan, helaas zonder het vinden van de oorzaak van het lijden van patiënt. Het college is echter van oordeel dat hierbij voortvarend en zorgvuldig is gehandeld. Verweerder heeft kennis genomen van de onderzoeken die in de maanden daarvoor waren gedaan. Naast genoemd laboratoriumonderzoek zijn er röntgenonderzoeken, een MRI-scan en een beenmergpunctie gedaan. Bij alles is overleg geweest met de zaalarts of consultants als orthopeed en geriater. De met spoed aangevraagde MRI-scan was, mede gelet op het uitvoerige CT-onderzoek in juli waarbij tevens was vergeleken met eerdere onderzoeken en scans, voor de werkdagnose maligniteit dan wel infectieuze oorzaak een meer voor de hand liggende keus dan een PET-scan, zoals door klagers aangegeven, zeker ook in verband met de onrust van de patiënt: een PET-scan vereist immers een meer coöperatieve patiënt. Het college is bovendien van oordeel dat een PET-scan uiteindelijk geen wezenlijk verschil voor de behandeling had gemaakt. Verweerder heeft op de zitting nog aangevoerd dat de internist met wie de obductie is nabesproken de weergave van zijn uitleg door klagers ook niet onderschrijft. Wat de internist heeft gezegd valt thans niet te verifiëren. Los daarvan echter had de PET-scan mogelijk een activiteit laten zien bij de ontstekingsgebieden maar daarmee zou de vraag nog niet zijn beantwoord of er sprake was van een

ontsteking dan wel een maligniteit. Nu ook hierbij zeker nader onderzoek noodzakelijk zou zijn geweest middels punctie of aanvullende MRI-scan, is een eerdere diagnose en daarmee snellere behandeling onaannemelijk. De klacht op dit punt is eveneens ongegrond.

5.4

De klachten zullen dan ook als ongegrond worden afgewezen.

## 6. BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. J.E. van den Steenhoven-Drion, voorzitter, mr. dr. Ph. S. Kahn, lid-jurist, en dr. A.T. van Rheineck Leyssius, J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens en M.D. Klein Leugemors, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. B.E.H. Zijlstra-Bauer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 18 februari 2010 door de voorzitter mr. A.L. Smit in tegenwoordigheid van H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de gelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.