

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2009 O 228

Datum uitspraak: 18 januari 2011

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

A,
wonende te B,
klaagster,

tegen:

C, specialist ouderengeneeskunde,
wonende te D,
de persoon over wie geklaagd wordt,
hierna te noemen de arts.

1. Het verloop van het geding

Het klaagschrift is ontvangen op 30 november 2009. Namens de arts heeft mr. S. Colsen, advocaat te Zwolle op de klacht gereageerd, waarna klagster heeft gerepliceerd. Mr. Colsen voornoemd heeft het College laten weten dat de arts geen behoefte heeft om nader te reageren op de repliek. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de gelegenheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord. De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare zitting van 23 november 2010. Partijen zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. De arts werd bijgestaan door mr. Colsen voornoemd die een pleitnotitie heeft overgelegd. Een verzoek van mr. Colsen om het bij verweer in het geding gebrachte medisch dossier van de overleden vader van klagster, verder te noemen patiënt, op basis van art. 67 lid 3 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van patiënt niet toe te staan aan klagster, maar uitsluitend aan een gemachtigde, die arts, advocaat of procureur is, dan wel van de voorzitter bijzondere toestemming heeft gekregen, is door de voorzitter van het College gehonoreerd.

2. De feiten

Na een langdurige opname in het ziekenhuis in verband met persisterende decompensatie cordis werd patiënt met een uitgebreide medische voorgeschiedenis op 12 december 2007 opgenomen in het verpleeghuis E, verder te noemen E, waar hij verbleef tot 18 februari 2008. De arts die werkzaam is als een van de drie specialisten ouderengeneeskunde van het verpleeghuis, was de behandelend arts van patiënt.

Bij opname in het verpleeghuis was bij patiënt onder andere sprake van een ulcus cruris beiderzijds waarvoor hij onder behandeling was bij de dermatoloog, moeilijk instelbare diabetes, status na een CVA, een wisselend eetpatroon, vitamine D deficiëntie, longproblemen, hartfalen (een geleidelijk progressieve decompensatio cordis met een wateroverschot van 25 liter), ernstige diarree, een trombosebeen en open been rechts, een blaar op de linker hiel, een open plek op de linker wreef, een perianale fistel, slechthorendheid, een kunsttoog rechts en een bijna blindheid aan het linker oog. Op 12 december 2007, de dag van opname in het verpleeghuis, werd patiënt door de arts gezien. De arts bepaalde dat het gewicht van patiënt wekelijks moest worden gecontroleerd, maandelijks bloeddruk en pols moesten worden gemeten en twee keer per week een bloedsuikerdagcurve moest worden bepaald.

De arts was in verband met vakantie afwezig van 14 december tot en met 26 december 2007.

Op 17 december 2007 bezocht patiënt poliklinisch de dermatoloog in verband met de hiervoor beschreven wonden aan beide voeten. In het verpleeghuis werden de wonden vanaf die datum overeenkomstig de instructies van de dermatoloog verzorgd.

De arts zag voornoemde wonden van patiënt voor het eerst op 4 januari 2008, na zijn vakantie. De wond op de linker wreef zag zwart en produceerde veel pus. Uit de wond op de rechter hiel kwam ook veel pus. De arts continueerde vooralsnog de door de dermatoloog voorgeschreven wondbehandeling tot 8 januari 2008. Die dag besloot de arts tijdens de wekelijkse wondenronde samen met de verpleegkundige en de ergotherapeut tot aanpassing van de wondbehandeling.

De arts heeft nadien wekelijks tijdens de wondenrondes de wonden gecontroleerd op 15, 22, 28 januari 2008 en 5 en 12 februari 2008 en indien nodig het behandelplan aangepast. In het bijzonder werd op 15 en 28 januari en 4 februari 2008 necrotisch weefsel verwijderd en op 6 en 7 februari 2008 besloten tot respectievelijk het achterwege laten van het zwachtelen van het linker- en het rechter been. De wondverzorging werd feitelijk uitgevoerd door de dienstdoende verpleegkundigen van het verpleeghuis en vond vanaf 4 februari 2008 dagelijks plaats.

Op 18 februari 2008 werd patiënt overgeplaatst naar het verpleeghuis F, verder te noemen F. F was het verpleeghuis waar patiënt in eerste instantie zijn voorkeur voor had uitgesproken maar vanwege plaatsgebrek pas op 18 februari een kamer voor hem beschikbaar was.

In F werden de wonden op 18, 19 en 22 februari gezien door G, specialist ouderengeneeskunde aldaar. G constateerde op 18 februari 2008 dat er sprake was van zeer lelijke wonden op de linker voet die er rood en geïrriteerd uitzagen en necrose bevatten. Hij verwijderde die dag de necrose op de linker voet. Op 22 februari 2008 verwees G patiënt door naar de chirurg omdat de wond op de linker hiel er naar zijn mening vreselijk uitzag. Op 25 februari 2008 constateerde de chirurg dat er sprake was van een bedreigd linker been. Op vrijwel de gehele voet was er sprake van necrose. Naar de mening van de chirurg behoorde een bovenbeensamputatie niet meer tot de mogelijkheden en werd door hem geadviseerd over te gaan tot het toedienen van pijnstilling. De familie van patiënt stemde daar mee in. Op 26 februari 2008 is patiënt overleden in F.

Diezelfde dag heeft klaagster een klacht ingediend bij de klachtenfunctionaris van de beide verpleeghuizen om haar ongerustheid en boosheid te uiten over de gang van zaken met betrekking tot de behandeling van patiënt in beide verpleeghuizen.

3. De klacht

Klaagster verwijt de arts dat hij tijdens de opname van patiënt in het verpleeghuis nalatig is geweest en niet de zorg heeft betracht van een goed hulpverlener. Bovendien heeft

de arts patiënt niet doorgestuurd naar een chirurg ter beoordeling en eventuele behandeling van de wonden aan zijn beide voeten, ondanks een verzoek daartoe van klaagster.

4. Het standpunt van de arts

De arts heeft op alle punten verweer gevoerd, dat hierna voor zover nodig zal worden besproken.

5. De beoordeling

De arts erkent dat hij behandelaar was van patiënt tijdens diens opname vanaf 12 december 2007 totdat deze op 18 februari 2008 werd overgeplaatst naar F.

Op de dag van opname in het verpleeghuis heeft de arts een behandelplan opgesteld voor patiënt dat bestond uit wekelijks gewicht bepalen, maandelijks bloeddruk en pols meten, twee keer per week een bloedsuikerdagcurve bepalen, de hielen vrijleggen en een waffelmatras in bed plaatsen, AD-maatregelen treffen en een consult bij de fysiotherapeut, de ergotherapeut en de diëtiste. De arts heeft een beperkt lichamelijk onderzoek uitgevoerd, heeft de wonden aan de voeten niet bekeken en heeft besloten vooralsnog ten aanzien van deze wonden het beleid van de dermatoloog te continueren.

Uit het medisch dossier heeft het College opgemaakt dat de arts vanaf 28 december 2007, na zijn vakantie, weer betrokken was bij de zorg voor patiënt. De arts die ten aanzien van zijn diabetes en voedingstoestand patiënt beoordeelde en diverse afspraken maakte tijdens visites op 28 december 2007, 1, 2 en 3 januari 2008 heeft tot 4 januari 2008 gewacht met het beoordelen van de wonden aan de voeten van patiënt. Het college kan op basis van het medisch dossier en hetgeen de arts ter zitting naar voren heeft gebracht niet tot een andere conclusie komen dan dat met uitzondering van het dermatologisch consult op 17 december 2007, de wonden aan de voeten van patiënt vanaf 12 december 2007 tot 4 januari 2008 niet door een arts zijn beoordeeld en niet zijn gezien in de wekelijkse wondenrondes, in tegenstelling tot hetgeen volgens de arts gebruikelijk is binnen het verpleeghuis. Gezien de slechte algemene conditie en de uitgebreide comorbiditeit van patiënt is het College van oordeel dat bij uitstek in deze casus wondbeoordeling en behandeling door een arts niet voor een periode van drie weken achterwege kon blijven. De arts heeft niet alleen nagelaten in desbetreffende periode zelf de controle op de behandeling van de wonden te volgen maar heeft ook tijdens zijn afwezigheid in verband met vakantie geen opdracht gegeven de wonden door een collega-arts te laten beoordelen, hetgeen hem moet worden verweten.

Uit hetgeen ter terechtzitting door de arts naar voren werd gebracht werd duidelijk dat de arts op 4 januari 2008 is geconfronteerd met pussende wonden op de linker wreef en rechter hiel en necrose op de linker wreef. Aangezien de arts de wonden niet eerder had gezien, had hij geen vergelijkingsmateriaal. Duidelijk was echter dat er sprake was van een verslechtering in vergelijking met de omschrijving van de wonden bij de overdracht uit het ziekenhuis naar het verpleeghuis. Er werd toen "slechts" een decubitusblaar links vermeld en een ulcus cruris beiderzijds. De arts besloot vooralsnog het beleid van de dermatoloog voort te zetten en de voeten, voorzien van verband, eerst voor drie dagen en vervolgens na hernieuwde beoordeling op 8 januari 2008 weer voor vijf dagen ingepakt te laten zitten.

Het College volgt de arts niet in deze redenering. De arts heeft op 4 januari 2008 verzuimd adequaat te reageren op de verslechterde wondsituatie gepaard gaande met

pus en temperatuursverhoging (38.6 graden Celsius op 4 januari 2008) waarbij drainage van de pus aangewezen was. Ook heeft de arts achterwege gelaten het febrile temperatuurverloop bij patiënt adequaat te volgen. Uit het medisch dossier maakt het College op dat pas op 11 januari 2008 de registratie van het temperatuurverloop is hervat.

De arts wiens beleid met betrekking tot de wonden was gericht op herstel had voorts in ieder geval vanaf eind januari 2008, na diverse pogingen de wondgenezing te verbeteren door necrose te verwijderen en de wondbehandeling aan te passen - hetgeen niet tot verbetering leidde onder ander blijkende uit optredende koortspieken - advies moeten inwinnen over verdere behandelopties waaronder een onder- of bovenbeen-samputatie.

In het verlengde hiervan had het op de weg van de arts gelegen om een gesprek met de familie te entameren. Volgens verweerder heeft een verzoek van klaagster tot beoordeling van de wonden door een chirurg hem nooit bereikt. Het College is evenwel van oordeel dat de arts zelf het initiatief had moeten nemen. Hij was als behandelaar immers het centrale aanspreekpunt voor de patiënt en diens familie. Het valt de arts aan te rekenen dat hij gedurende de twee maanden dat de patiënt op zijn afdeling verbleef en diens toestand verslechterde geen enkel gesprek met de familie heeft gevoerd over de gezondheidssituatie van patiënt, de behandelplannen en doelen en de mogelijke consequenties van het insturen van patiënt, hoewel de familie regelmatig aanwezig was.

Zoals uit het voorgaande volgt heeft de arts op alle klachtonderdelen tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld en wel in die mate dat de maatregel van berisping aangewezen wordt geacht.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage beslist als volgt:

Legt de arts de maatregel op van berisping.

Deze beslissing is gegeven door: mr. P.A. Offers, voorzitter, mr. C.C. Dedel- van Walbeek, lid-jurist, P.C.L.A. Lambregts, J. Edwards van Muijen en R.A. Christiano, leden-artsen, bijgestaan door mr. G.G.M.L. Huntjens, secretaris en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 18 januari 2011.

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, voorzover de klacht is afgewezen, of voorzover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aangelegenheid 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 's-Gravenhage, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.