

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: 011/2010

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE**

Beslissing d.d. 9 juni 2011 naar aanleiding van de op 27 januari 2010 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,  
bijgestaan door mr. A. van Tol, SRK Rechtsbijstand,

k l a a g s t e r

-tegen-

**C**, verpleeghuisarts, werkzaam te D,  
bijgestaan door prof. mr. J.G. Sijmons, Nysingh Advocaten-Notarissen,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Klaagster heeft een klaagschrift ingediend. Verweerder heeft een verweerschrift ingediend. Partijen hebben vervolgens gerepliceerd respectievelijk gedupliceerd. Op verzoek van het college heeft verweerder het medisch dossier toegestuurd. Klaagster en verweerder hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De klacht is - gelijktijdig met een door klaagster tegen een collega van verweerder ingediende klacht (zaaknummer 012/2010) - behandeld ter openbare zitting van 29 april 2011, waar klaagster is verschenen, bijgestaan door mr. Van Tol en verweerder is verschenen, bijgestaan door prof. mr. Sijmons.

2. DE FEITEN

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

De klacht betreft de moeder van klagster, geboren op 26 oktober 1936, verder aan te duiden als patiënte. Patiënte heeft op 2 juni 2009 een CABG-operatie (coronary bypass operatie) ondergaan in het E te F. Postoperatief ontwikkelde zij op 22 juni 2009, tijdens haar opname op de intensive care, een CVA. Eveneens tijdens haar opname op de intensive care heeft patiënte een klaplong en een longontsteking gehad. Ze heeft, omdat sprake was van een respiratoire insufficiëntie, aan de beademing gelegen. Patiënte was bekend met atriumfibrilleren, waarvoor zij onder andere Sintrom kreeg. Ten gevolge van het staken van de sintromitis kreeg patiënte een CVA met als restverschijnsel een hemiparese links.

Na ontslag van de intensive care is patiënte op 27 juli 2009 overgeplaatst naar het G te H. Op 5 augustus 2009 is patiënte voor multidisciplinaire revalidatie overgeplaatst naar het verpleeghuis I (verder 'het verpleeghuis'), onderdeel van de J.

Bij binnenkomst in I had patiënte in verband met slikproblemen sondevoeding en in verband met mictieproblemen een urinekatheter. Patiënte was geregeld in meer of mindere mate incontinent voor feces en had wisselend diarree. Bij opname in het verpleeghuis is verweerder betrokken geweest. Op verzoek van patiënte heeft hij een actief reanimeren beleid afgesproken en in haar status genoteerd. Patiënte is vervolgens geplaatst op de afdeling van een collega van verweerder in hetzelfde verpleeghuis.

Op 5 september 2009 is op advies van de longarts - preventief - een sputumkweek afgenomen, waarvan de uitslag op 9 september 2009 positief was.

Op 30 september 2009 is de urinekatheter van patiënte verwijderd. Voorts is door de diëtist op 5 oktober 2009 besloten om te stoppen met de sondevoeding en patiënte volwaardige dik vloeibare voeding per os te geven.

Op 6 oktober 2009 bedroeg de door het G geprikte en bepaalde INR-waarde 1.2. Omdat deze waarde niet binnen de - algemeen geldende - bandbreedte van 2.5 en 3.5 lag, is deze uitslag conform het destijds gebruikelijke beleid schriftelijk aan de J medege-deeld. Alleen te hoge INR-waardes, groter dan 3.5 werden destijds volgens afspraak doorgebeld. Te lage en adequate waardes werden per post verstuurd. Eerst op 12 oktober 2009 heeft verpleeghuisarts K, collega van verweerder, kennis genomen van de schriftelijk aan hem toegezonden uitslag. K heeft het Sintromschema vervolgens bijge-steld om de voor patiënte gewenste streefwaarde tussen 2.5 en 3.5 te bereiken. Hij heeft er - in verband met de bijstelling van de medicatie op 12 oktober 2009 - van afge- zien om volgens het gebruikelijke organisatieschema in het verpleeghuis, de dag erop, te weten op 13 oktober 2009, wederom de INR-waarde te laten prikken. Hij heeft bepaald dat de eerstvolgende INR-controle op 20 oktober 2009 zou plaatsvinden.

Op 11 oktober 2009 is in de Rapportage Verpleging en Verzorging gerapporteerd dat de urine van patiënte troebel zag en sterk rook. Naar aanleiding daarvan is op 12 oktober 2009 een urinetest gedaan met als uitslag: PH 8; glucose 100; leuco 10-25; nitriet neg; eiwit neg; haemoglobine ca. 10.

In de week van 12 tot en met 20 oktober 2009 voelde patiënte zich niet goed. Zij had last van diarree en braken. Op 19 oktober 2009 is in de Rapportage Verpleging en Verzorging gerapporteerd dat patiënte erg afwezig was en helder bloed met stolsels urineerde. Verweerder, die op dat moment waarnam voor K, heeft lichamelijk onderzoek verricht en geconstateerd dat sprake was van een hematurie en wat bloed in de onder-steek. Bij verder onderzoek constateerde hij geen bijzonderheden aan hart, longen en buik. Verweerder heeft tensie noch bloeddruk bepaald. Verweerder heeft vervolgens

in verband met het bloedverlies besloten de Sintrom stop te zetten en een uitgebreid laboratoriumonderzoek (waaronder bepaling van de INR-waarde) aan te vragen voor de volgende dag, 20 oktober 2009.

Op 20 oktober 2009 is in de Rapportage Verpleging en Verzorging om 8.00 uur gerapporteerd dat patiënte die ochtend flink had gebraakt en dat sprake was van veel bloedverlies in de urine. Bij controles, uitgevoerd door de verpleegkundige, bleek dat de temperatuur 37 graden was. Verweerder is tijdens zijn ochtendronde om ongeveer 8.30 uur door de verpleging gebeld. Hij arriveerde bij patiënte na zijn ochtendronde om ongeveer 9.15 uur. Tensie en pols waren, zo bleek hem toen hij bij patiënte arriveerde, niet te meten. Na overleg met en op verzoek van klaagster (en na overleg met de cardioloog) heeft verweerder patiënte ingestuurd naar de SEH van het G. Op het moment van insturen waren circulatiestoornissen zichtbaar op de benen. Patiënte was minder aanspreekbaar.

Kort na aankomst op de SEH is patiënte overleden.

De resultaten van het laboratoriumonderzoek waren als volgt: Hb 5.8; leucocyten 20.1; trombocyten 534; CRP 20 en INR>12.

Volgens het obductieverslag van 28 december 2009 was sprake van een ouder infarct in de hersenen, tekenen van bronchopneumonie en status na een hartoperatie. Patholoog L is in het verslag tot de conclusie gekomen dat de oorzaak van het overlijden niet geheel zeker is maar dat de aanwezigheid van een bronchopneumonie waarschijnlijk van betekenis is geweest.

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder:

- dat hij op 19 oktober 2009 de oorzaak van het bloedverlies en de aanhoudende klachten van braken, diarree en algemeen ziek zijn, niet nader heeft onderzocht en/of patiënte niet voor nader onderzoek heeft ingestuurd naar het ziekenhuis, maar heeft volstaan met het stopzetten van Sintrom en het aanvragen van uitgebreid laboratoriumonderzoek voor de volgende dag;
- dat hij patiënte later die dag niet opnieuw heeft gezien om het bloedverlies en haar klinische toestand te beoordelen;
- dat hij na het telefoontje van de verpleging op 20 oktober 2009 in de ochtend niet meteen een ambulance heeft laten komen en patiënte heeft ingestuurd naar het ziekenhuis maar, ondanks duidelijke afspraken over het te voeren beleid, eerst overleg heeft gevoerd met de familie van patiënte waardoor er onnodig veel tijd verloren is gegaan.

Klaagster heeft ter onderbouwing van haar standpunt het advies van M, anesthesioloog en medisch adviseur van SRK Rechtsbijstand, van 13 juli 2010 in het geding gebracht.

### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder heeft geconcludeerd dat van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen geen sprake is geweest en verzocht de klacht af te wijzen.

Verweerder heeft daartoe, kort en zakelijk weergegeven, het navolgende aangevoerd. Verweerder heeft patiënte na haar opname in het verpleeghuis voor het eerst weer gezien tijdens de waarneming op 19 oktober 2009, in de ochtend. Er was toen geen

aanleiding voor een spoedbepaling van de INR-waarde of andere waarden en evenmin was er reden patiënte in te sturen naar het ziekenhuis. Er was geen sprake van koorts, bij lichamelijk onderzoek waren er geen bijzonderheden, er was geen sprake van groot bloedverlies, maar van wat bloed bij de ontlasting dat door aambeien veroorzaakt kon worden en waarmee patiënte bekend was. Er waren geen andere signalen die direct ingrijpen noodzakelijk maakten. In deze omstandigheden is, gelet op het bloedverlies adequaat gereageerd door de Sintrom stop te zetten en uitgebreid laboratoriumonderzoek aan te vragen voor de volgende dag.

Verweerder heeft patiënte die dag niet nogmaals bezocht omdat de toestand van patiënte, zoals hij die had waargenomen tijdens de visite, niet acuut was en van de verpleging later die dag ook geen signalen zijn vermeld dat dit veranderd was.

Op 20 oktober 2009 was verweerder ongeveer drie kwartier nadat hij geïnformeerd was over de toestand van patiënte bij haar gekomen. De situatie was toen wel alarmerend en ook ernstiger dan verweerder uit het telefonisch contact met de verpleging/verzorging, toen hij werd opgeroepen, had begrepen. Verweerder heeft niet direct de ambulance laten komen omdat hij, ondanks het afgesproken actief reanimeren beleid, eerst met de familie van patiënte wilde overleggen. Hij schatte de situatie in als terminaal en gaf patiënte gezien haar voorgeschiedenis - hartfalen, status na hartoperatie, pulmonale hypertensie, status na CVA, cognitieve stoornissen en algehele matige toestand - geen reële overlevingskans. Om haar een rit naar het ziekenhuis, die zij waarschijnlijk niet zou overleven, te besparen vond verweerder het noodzakelijk eerst te overleggen met klaagster, als eerste contactpersoon.

## 5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

### 5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het er bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen 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 houdend 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

Verweerder heeft patiënte op 19 oktober 2009 in de ochtend niet in een kritieke of acuut verslechterende toestand aangetroffen. Er was sprake van bloedverlies maar niet van grote, alarmerende hoeveelheden. Patiënte was wel ziek, maar niet gebleken is dat patiënte op dat moment zo ziek was of er zodanige signalen waren dat van verweerder op dat moment ander ingrijpen verwacht had mogen worden dan hetgeen hij gedaan heeft, te weten het stoppen van de Sintrom en het aanvragen van uitgebreid labonderzoek voor de volgende dag. Uit het medisch dossier, waaronder het verpleegkundig dossier, blijkt dat patiënte niet zozeer in de nacht van 18 op 19 oktober maar juist in de loop van 19 oktober 2009 steeds verder achteruit is gegaan en er in toenemende mate sprake is geweest van bloedverlies. Dat lijkt ook te passen bij de situatie zoals klaagster die op 18 oktober 2009 waarnam. Zoals zij ter zitting vertelde was haar moeder weliswaar niet lekker, maar klaagster had geen reden zich toen zorgen te maken. Zo ernstig leek de situatie op dat moment nog niet.

In de nachtdienst van 18 op 19 oktober 2009 wordt wel gesproken over incontinentie voor dunne feces, maar niet van bloedverlies. Verweerder heeft bij zijn visite wel wat bloed bij de ontlasting aangetroffen in de ondersteek, maar geen grote hoeveelheden. In het verpleegkundig dossier staat bij de dagdienst genoteerd 'urineerde helder bloed met stolsels'. Niet is komen vast te staan dat dit reeds het geval was voordat verweerder patiënte bezocht. De aantekeningen worden immers tegen het einde van een dienst genoteerd en verweerder bezocht patiënte aan het begin van de dagdienst. Ook in het verslag van de late dienst wordt door de verpleging/verzorging melding gemaakt van veel helder bloedverlies en een zeer zieke indruk. Verweerder is daarvan niet op de hoogte gesteld. Toen hij patiënte in de ochtend had gezien was er geen aanleiding om haar later nog een keer 'spontaan' te bezoeken. Het was wellicht beter geweest indien verweerder met de verpleging/verzorging een paar objectieve controles voor de loop van de dag had afgesproken, maar dat hij dat heeft nagelaten is niet tuchtrechtelijk verwijtbaar, nu verweerder er in beginsel op mag vertrouwen dat bij een vergaande achteruitgang van patiënte gewaarschuwd wordt.

Op 20 oktober 2009 is verweerder nadat hij is gewaarschuwd, binnen drie kwartier, bij patiënte gekomen. Dat is, gegeven de mededelingen die hij kreeg, snel genoeg. Dat neemt niet weg dat bij aankomst de toestand van patiënte ernstiger bleek te zijn dan verweerder uit het telefonisch contact met de verpleging/verzorging had begrepen. Of verweerder had moeten begrijpen dat de situatie alarmerend was kan het college niet vaststellen, omdat uit de stukken noch anderszins is komen vast te staan wat er precies tegen verweerder is gezegd en in hoeverre hij al dan niet voldoende heeft doorgevraagd naar de toestand van patiënte. Gelet op de uiterst slechte situatie waarin patiënte verkeerde, heeft verweerder terecht eerst met klaagster, de dochter van patiënte, gebeld teneinde te overleggen wat te doen. Het feit dat een actief reanimeren beleid was afgesproken, doet daaraan niet af nu patiënte feitelijk op dat moment al stervende was. Het per ambulance vervoeren van een stervende naar een ziekenhuis is in het algemeen niet aangewezen.

Hoezeer, zoals hiervoor overwogen, op 19 oktober 2009 wellicht een wat actiever controlebeleid met verpleging/verzorging door verweerder had kunnen worden afgesproken is van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen geen sprake. De klachten zullen worden afgewezen.

## 6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. E.W. de Groot, voorzitter, mr. dr. J.C.J. Dute, lid-jurist, en J.M. Komen, J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens en M.J.T. Tijkotte, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. M. Willemse, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 9 juni 2011 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. 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.