

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: G2010/78

Rep.nr. G2010/78
20 maart 2012

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
TE GRONINGEN**

Het College heeft het volgende overwogen en beslist over de op 25 augustus 2010 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
klaagster,

tegen

C,
wonende te D,
verweerder,
internist,
BIG reg. nr: -,
advocaat: mr. E.P. Haverkate.

1. Verloop van de procedure

Het College heeft kennisgenomen van

- het klaagschrift van 18 augustus 2010, ingekomen op 25 augustus 2010;
- het verweerschrift van 2 november 2010, ingekomen op 5 november 2010;
- het medisch dossier van E, moeder van klaagster, ingekomen op 9 mei 2011.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden gelegenheid in een mondeling vooronderzoek te worden gehoord.

De klacht is behandeld ter openbare terechtzitting van 24 januari 2012, nadat het verzoek van klaagster tot behandeling achter gesloten deuren is afgewezen, en waar zijn verschenen:

- klaagster,
- verweerder, bijgestaan door mr. E.P. Haverkate.

2. Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van de klacht gaat het College uit van de volgende feiten, die tussen partijen als niet of onvoldoende betwist vaststaan.

2.1

Klaagster heeft de klacht bij het College ingediend betreffende de behandeling door verweerder van haar op 2 november 2008 overleden moeder, E geboren xx-xx-xx (verder: patiënte), in het ziekenhuis F te G (verder: het ziekenhuis).

2.2

Verweerder is ten tijde van de behandeling van de patiënte en in de verder hieromtrent van belang zijnde periode als internist werkzaam in het ziekenhuis.

2.3

Op 29 oktober 2008 wordt de patiënte opgenomen in het ziekenhuis op de afdeling neurologie na verwijzing door de huisarts wegens het vermoeden van een cerebro-vasculair accident. De voorgeschiedenis vermeldt onder andere diabetes mellitus type II (suikerziekte) en angina pectoris NYHA klasse 3/4 (pijn op de borst ten gevolge van cardiale zuurstofnood). Er is bij opname een lage lichaamstemperatuur (30°

C), lage bloeddruk, traag hartritme en een delier (verwardheid). De zuurstofsaturatie bedraagt 100%. Op 30 oktober 2008 wordt zij overgeplaatst naar de afdeling interne geneeskunde. Er is sprake van een onbegrepen beeld dat geleidelijk lijkt te verbeteren. Op 31 oktober 2008 wordt zij, in verband met het delier, gezien door een verpleeghuisarts die een benzodiazepine voorschrijft (lorazepam).

Op 1 november 2008 is verweerder, tijdens zijn dienst als voorwacht, voor het eerst bij de behandeling betrokken, met de cardioloog als achterwacht. Tijdens de visite (tussen 09:00 en 11:00 uur) heeft verweerder patiënte gezien, de laboratoriumuitslagen beoordeeld en de vochttoevoer via het infuus verlaagd van 2½ naar 1½ liter per 24 uur. Na deze visite is verweerder over de lage zuurstofsaturatie van 77% door de verpleegkundige van de afdeling ingelicht. Verweerder heeft aangegeven dit te willen aanzien en gevraagd te waarschuwen als de situatie zou veranderen. In de ochtend van 2 november 2008 (07:45 uur) - de cardioloog heeft inmiddels dienst als voorwacht - wordt er een ernstige kortademigheid gesignaleerd ten gevolge van hartfalen door een hartinfarct. Patiënte overlijdt later die dag om 19:00 uur en verweerder, aanwezig als achterwacht in afwachting van de cardioloog, spreekt met de familie.

Later, op 4 februari 2010, vindt op initiatief van klaagster en haar zuster een gesprek plaats met verweerder in aanwezigheid van de klachtenfunctionaris van het ziekenhuis.

3. De klacht

De klacht bevat, zakelijk weergegeven, de volgende vijf onderdelen.

3.1

In het eerste klachtonderdeel wordt het verwijt gemaakt dat 2½ liter NaCL infuusvloeistof per 24 uur wordt toegediend, terwijl moeder bekend was wegens hartfalen.

3.2

In het tweede klachtonderdeel verwijt klaagster dat verweerder geen actie heeft ondernomen op de zuurstofsaturatie van 77%, de oedeemvorming en de rochelende ademhaling.

3.3

In het derde klachtonderdeel wordt het verwijt gemaakt dat er weinig onderzoek is gedaan naar het delier en dat de onrust werd onderdrukt met behulp van lorazepam.

3.4

In het vierde klachtonderdeel maakt klaagster het verwijt dat er weinig aandacht was voor het defaecatiepatroon.

3.5

In het vijfde klachtonderdeel wordt het verwijt gemaakt dat de familie weinig geïnformeerd werd over de toestand van moeder.

4. Het verweer

Verweerder heeft gemotiveerd verweer gevoerd en stelt alleen te kunnen ingaan op het tweede klachtonderdeel (de zuurstofsaturatie) omdat hij met de feiten en omstandigheden die in de overige klachtonderdelen worden genoemd geen bemoeienis heeft gehad.

Na de visite op 1 november 2008 is verweerder over de lage zuurstofsaturatie van 77% door de verpleegkundige ingelicht. Verweerder heeft aangegeven dit te willen aanzien en gevraagd te waarschuwen als de situatie zou veranderen. Tijdens zijn dienst is hij echter niet meer benaderd over deze patiënte. Hij is van mening patiënte zorgvuldig te hebben behandeld.

5. Beoordeling van de klacht

5.1 *Maatstaf van de beoordeling*

Het College zal beoordelen of de arts terzake van de behandeling van de moeder van klaagster een tuchtrechtelijk verwijt moet worden gemaakt. Daarbij wordt vooropgesteld dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen gaat om het geven van een antwoord op de vraag of de arts 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 klaagster klachtwaardig geachte handelen en met wat toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2

Het eerste klachtonderdeel.

Dit klachtonderdeel treft geen doel. Verweerder heeft het vochtbeleid aangepast en de toediening juist verminderd naar 1½ liter per 24 uur. Voor het eerdere beleid van 2½ liter per 24 uur was hij niet verantwoordelijk.

5.3

Het tweede klachtonderdeel.

Verweerder heeft patiënte tijdens de ochtendvisite op 1 november 2008 gezien en onderzocht. De verslaglegging hiervan in het dossier is uiterst summier. Follow-up van de oedemen en auscultatie van de longen wordt bijvoorbeeld niet aangegeven. Na de ochtendvisite is verweerder door de verpleegkundige van de afdeling geïnformeerd over de lage zuurstofsaturatie van 77%. Hoewel deze meting mogelijk niet paste bij de klinische indruk die hij tijdens de visite had waargenomen, heeft verweerder niet de juiste keuze gemaakt door af te wachten en niet zelf op deze, indien correct gemeten, op zich alarmerende saturatiemeting actie te ondernemen. Verweerder had meer behoren te doen. Het blijven vertrouwen op een eerdere klinische indruk is onvoldoende als een potentieel alarmerende meting van bewakingsapparatuur daarmee niet (meer) correspondeert. Een adequate handelwijze zou onder meer geweest zijn: herhaling van de saturatiemeting gevolgd door bepaling van de arteriële bloedgaswaarden met een hernieuwde klinische beoordeling en/of zuurstoftoediening met het beoordelen van het effect op de saturatiemeting en de klinische situatie van patiënte. Dat op het moment dat verweerder verantwoordelijk was voor patiënte er nog geen diagnose was, terwijl er mogelijke signalen waren, of ontstonden, van een matige hemodynamiek (bloedsomloop) bij een belaste cardiale voorgeschiedenis had een alarmbel bij verweerder moeten doen rinkelen. Dat verweerder tijdens de zitting aangaf normaliter laagdrempelig de cardioloog te consulteren, werpt bij het College de niet meer te beantwoorden vraag op waarom hij bij deze patiënte daar niet naar gehandeld heeft. De vraag of verweerder dat (consulteren van de cardioloog) in deze situatie had behoren te doen beantwoordt het College overigens ontkennend. Van een specialist als een internist kan en mag worden verwacht dat hij een matige hemodynamische situatie of verslechtering daarvan zelf onderkent.

5.4

Het voorgaande brengt mee dat het tweede klachtonderdeel doel treft.

5.5

Het derde klachtonderdeel.

Het onderzoek en de behandeling van het delier werd door de neuroloog en de verpleeghuisarts gedaan en in een stadium voordat verweerder betrokken was bij de behandeling van patiënte. Het derde klachtonderdeel faalt derhalve.

5.6

Het vierde klachtonderdeel.

Uit de verslaglegging in het medisch en het verpleegkundig dossier blijkt niet dat er onvoldoende aandacht door de zorgverleners is geweest voor het defaecatiepatroon. Het vierde klachtonderdeel faalt derhalve.

5.7

Het vijfde klachtonderdeel.

Het oordeel van verweerder dat dit klachtonderdeel hem niet zou regarderen deelt het College niet. Verweerder baseert zijn standpunt op de gang van zaken op 1 november 2008 en gaat uit van de veronderstelling dat zijn handelen ten opzichte van patiënte die dag zorgvuldig was en dat hij de familie derhalve niet heeft behoeven te informeren. Echter onder 5.3 is gemotiveerd dat dit handelen niet zorgvuldig was, zodat niet kan worden volgehouden dat de familie op 1 november 2008 voldoende is geïnformeerd. Overigens gaat het College ervan uit dat indien verweerder wel de juiste zorgvuldigheid

had betracht hij de familie adequaat geïnformeerd zou hebben. Het College leidt dit af uit het latere contact tussen verweerder en de familie na het overlijden van patiënte op 2 november 2008 en ook op 4 februari 2010. Het voorgaande brengt mee dat dit klachtonderdeel faalt.

6. Slotsom

Het tweede klachtonderdeel is gegrond.

De overige (eerste, derde, vierde en vijfde) klachtonderdelen zijn ongegrond.

Het College acht het onzorgvuldig handelen van verweerder, mede in onderling verband en in samenhang bezien, zodanig verwijtbaar dat een waarschuwing moet worden opgelegd. Daarmee kan echter worden volstaan, omdat het hier gaat om niet-professioneel functioneren, waarop geen stempel van laakbaarheid wordt gedrukt.

Het is in het algemeen belang dat deze beslissing in bredere kring bekend wordt. Het College zal dan ook bepalen dat de beslissing in geanonimiseerde vorm wordt gepubliceerd als hierna te vermelden.

7. Beslissing

**Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen:
verklaart het tweede klachtonderdeel gegrond en legt verweerder daarvoor de maatregel van waarschuwing op;
verklaart het eerste, derde, vierde en vijfde klachtonderdeel ongegrond en wijst deze klachtonderdelen af;
bepaalt voorts dat de beslissing, ingevolge artikel 71 van de wet BIG, nadat zij onherroepelijk zal zijn geworden, geheel in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan de tijdschriften Medisch Contact, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Gezondheidszorg Jurisprudentie ter bekendmaking zal worden aangeboden.**

Aldus gewezen door mr. dr. H.L.C. Hermans, voorzitter, mr. drs. W.J. de Boer, lid-jurist, dr. J.Q.P.J. Claessen, dr. C. Halma en mr. drs. A. Felder, leden-geneeskundigen, bijgestaan door mr. F.E. Mobach-Visser, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 20 maart 2012 door de voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris.

De secretaris:

De voorzitter: