

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 028/2011

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 29 maart 2012 naar aanleiding van de op 25 januari 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
gemachtigde: E.M.L. Verschuur,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, neuroloog, werkzaam te D,
gemachtigde mr. C.W.M. Verberne, advocaat te Eindhoven,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift;
- het verweerschrift;
- de repliek;
- de dupliek;
- het medisch dossier.

Partijen hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 17 februari 2012, alwaar is verschenen verweerder bijgestaan door zijn gemachtigde. Klaagster is niet verschenen maar heeft zich doen vertegenwoordigen door haar gemachtigde. Ter zitting is eveneens behandeld de klacht tegen een collega van verweerder, mevrouw E. In die zaak bekend onder nummer 027/2011 wordt afzonderlijk uitspraak gedaan.

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.

Klaagster is de echtgenote van de heer F, verder patiënt te noemen geboren op 20 januari 1954 en overleden op 2 april 2009.

Op 24 juli 2007 werd patiënt, na verwijzing door de huisarts, gezien op de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis te D, in verband met een acuut ontstane slikstoornis tijdens vakantie op

19 juli 2007. Op de SEH vond een neurologische beoordeling plaats door verweerder, die patiënt sinds 2005 kende wegens passagère slik- en spraakstoornissen en een hemihyphaesthesie rechts toen geduid als multiple infarctjes in het linker arteria cerebri media gebied. Tevens werd in 2005 vastgesteld dat patiënt leed aan diabetes mellitus type 2. Het beleid ten aanzien van de diabetes mellitus werd in 2005 aan de huisarts overgedragen. Bij presentatie op 24 juli 2007 gebruikte hij geen bloedsuiker verlagende middelen.

Bij het neurologisch onderzoek werd een niet nader te objectiveren slikparese gevonden en een lichte coördinatioestoornis bij het lopen. Er is oriënterend bloedonderzoek uitgevoerd. Daaruit kwam een glucosewaarde van 11.3 naar voren.

Verweerder heeft patiënt opgenomen voor observatie en verdere diagnostiek. Op het opnameformulier, waar verweerder als hoofdbehandelaar staat genoemd, staat vermeld dat patiënt al zeker drie dagen niets meer heeft kunnen drinken en eten. Tevens staat daarop vermeld dat hij bekend is met `lichte DM`. Wegens dreigende uitdroging werd opdracht gegeven te starten met 3 liter NaCl 0,9% per 24 uur. Op het afsprakenblad staat evenwel vermeld 3 liter zoutglucose. Er werd een MRI van de hersenen aangevraagd.

Op 25 juli 2007 vond overplaatsing van patiënt plaats naar de afdeling neurologie. De logopedist werd in medebehandeling gevraagd. Tevens volgde er die dag een consult van de KNO-arts. Die heeft een maagsonde onder fiberoscopie ingebracht zodat gestart kon worden met sondevoeding. De KNO-arts zag bij fiberoscopisch onderzoek geen faryngeale slikbewegingen en stelde als differentiaal diagnose een neurologische aandoening of een lokale maligniteit.

Bij het multidisciplinaire overleg op 26 juli 2007 werd gesproken over mogelijke spasmen van de larynx-musculatuur als oorzaak van de slikklachten. Na de aangevraagde MRI-scan zou overleg met de KNO-arts volgen over het eventueel plaatsen van een PEG-sonde. Ondertussen vond oefentherapie ten behoeve van het slikken plaats.

Vanaf maandag 30 juli 2007 was E de verantwoordelijke neuroloog op de afdeling neurologie. Vanwege het hoesten van patiënt werd door haar een X-thorax aangevraagd. De X-thorax liet op 30 juli 2007 geen afwijkingen zien.

Op de uitslag van de gemaakte MRI-scan werd het beeld beschreven van mogelijk een al wat ouder staminfarct en supratentorieel periventriculaire witte stof afwijking. E heeft op 31 juli 2007 met de KNO-arts overlegd. Tijdens dit overleg is in verband met eenzijdige stemband paralyse en het beeld bij de MRI-scan een MRI-scan van de hals aangevraagd.

Tijdens de ochtendvisite op 31 juli 2007 heeft E de uitslag van de MRI meegedeeld aan patiënt. Die bevond zich op dat moment in de badkamer. De dag erna is er een gesprek geweest op de polikliniek tussen E en patiënt en zijn echtgenote, waarbij is gesproken over de uitslag van de MRI en over het verdere beleid. In overleg met de KNO-arts is een MRI-scan van de hals aangevraagd. Omdat op korte termijn geen verbetering van de gestoorde slikfunctie werd verwacht werd een plaatsing van een PEG-sonde aangevraagd. Patiënt heeft in een vlaag van verwardheid zijn maagsonde eruit getrokken. Er is toen met behulp van een scopie een nieuwe ingebracht in afwachting van de plaatsing PEG-sonde.

Op 2 augustus 2007 werd in overleg met de internist een PEG-sonde geplaatst. De plaatsing van de PEG-sonde verliep ongecompliceerd. Wel leek patiënt lichte cognitieve stoornissen te ontwikkelen en vertoonde hij geagiteerd gedrag. Patiënt werd die dag ook op het MDO besproken. E heeft een neuropsychologisch onderzoek aangevraagd.

Op 3 augustus 2007 vond de MRI van de hals plaats. Deze was slecht te beoordelen tengevolge van bewegingsartefacten. Er was een verdenking op een pathologisch vergrote lymfeklier links in de hals met afmetingen van 1,8 bij 1 cm. Tevens werden er kleinere lymfeklieren beiderzijds in de hals gezien. De radioloog adviseerde een consult met de KNO arts en een CT hals/larynx en CT-thorax.

Op 5 augustus 2007 is patiënt op dagverlof naar huis gegaan. Op 6 augustus 2007 had E een ontslaggesprek met patiënt en klaagster. Ontslag werd gepland op 8 augustus.

Op 7 augustus 2007 was patiënt overdag suf en verward. Hij was ook meer instabiel bij het lopen. Het ontslag werd op verzoek van klaagster uitgesteld door neuroloog E. In de avond werd de dienstdoende arts-assistent door de verpleging bij de patiënt geroepen in verband met verwardheid, sufheid en vermoeidheid zonder pijn. Bij lichamelijk onderzoek waren er geen bijzonderheden. Bloedonderzoek leverde een Hb op van 10.2 mmol/l, Kreat 126 mmol/l, Na 162 mmol/l, K_{4,5} mmol/l, Calc 2,66 mmol/l, en Glucose 47.0 mmol/l. Verweerder had die avond dienst en gaf het advies direct te overleggen met de dienstdoende internist. Deze adviseerde een actrapid-infuus en regelde het vochtbeleid. Er bleek sprake van hyperosmolair-pre-comadiabeticum bij een patiënt bekend met diabetes mellitus. In het medisch dossier staat tevens vermeld `nu ook infecteus` en dat augmentin is voorgeschreven.

Op 9 augustus 2007 werd de patiënt klinisch slechter. Hij was suffig, had een lage bloeddruk en irregulaire trage hartactie. Het ECG toonde een zeer traag ritme met mogelijk atriumfibrillatie. De internist overlegde met verweerder. Ook de cardioloog werd in consult gevraagd. Die heeft patiënt overgeplaatst naar de ICU. Daar werd een externe pacemaker ingebracht. Op de ICU is de intensivist hoofdbehandelaar.

Op 10 augustus 2007 werd een CT-thorax en hals gemaakt. Daarop is een lymfeklier-vergroting links in de hals te zien en een asymmetrie ter hoogte van de stemband links zonder duidelijke massa op halsniveau of mediastinaal. Er is een infiltraat in de linker onderkwab.

Op 11 augustus 2007 gaf klaagster aan dat zij graag overplaatsing van patiënt wilde naar de IC van een academisch ziekenhuis. G kon patiënt niet overnemen, ook H had

geen plaats. E heeft tevens gebeld met het ziekenhuis in I. Daar werd aangegeven dat wanneer sprake was van een arteria basillaris trombose patiënt in aanmerking zou kunnen komen voor intra-arteriële trombolysie. Om 23.00 uur die avond was er bij patiënt sprake van toenemende verwardheid en heeft de intensivist een gesprek met de familie gehad. Van dat gesprek heeft klaagster begrepen dat de situatie somber werd ingeschat. Tijdens dit gesprek heeft de familie ingestemd met een niet reanimeren beleid. In het medisch dossier staat door de intensivist genoteerd: `Gesprek met echtgenote gehad, deze wil geen overplaatsing, wel een NTBR-beleid`.

Op 12 augustus 2007 werd een MRI-scan gemaakt en een MRI-angio van het cerebrum en cerebropetale vaten. Er waren atheromateuze plaques in cerebrale vaten te zien. De arteria basillaris was open. De rechter arteria vertebralis wordt niet afgebeeld. Er waren geen nieuwe infarcten en er was geen hersenoedeem. Er waren vele microvasculaire stoornissen.

E overlegde die dag met een neuroloog uit G. Die gaf aan dat er geen indicatie was voor een intra-arteriële trombolysie. Op verzoek van de familie, die overleg had gevoerd met een nicht die arts-assistent is, werd het aanvankelijk overeengekomen NTBR-beleid door de dienstdoende intensivist weer omgezet in een actief beleid met zo nodig reanimatie en beademing.

In de loop van de middag werd patiënt respiratoir insufficiënt en werd hij geïntubeerd en beademd en werd het sepsis protocol opgestart omdat het waarschijnlijk werd geacht dat een verslikpneumonie was opgetreden. Er vond overleg met de IC van het UMC I plaats, als er plaats was zou patiënt worden overgeplaatst.

Op maandag 13 augustus 2007 was verweerder consulent neuroloog op de afdeling ICU en werd patiënt door hem neurologisch beoordeeld. Hij constateerde isocore pupillen en beiderzijds was er matige lichtreactie. Patiënt kniep op verzoek links beter dan rechts. Er was een paraparese, de VZR was beiderzijds indifferent. Verweerder concludeerde tot toename van de hersenstamdysfunctie en noteerde in zijn differentiaal diagnose:

- toename door ischemie?
- metabool-toxische beïnvloeding vanwege de hyperglycemie
- hypernatriemie
- koorts door pneumonie

Er werd een EEG gemaakt dat een subklinische status epilepticus uitsloot. Wel werd een diffuus traag tracé gezien ten teken van diffuse cerebrale hypnofunctie. Verweerder had een gesprek met de familie en heeft telefonisch met nog een ander familielid gesproken. Die avond werd patiënt overgeplaatst naar I. Daar kon hij na drie dagen van de beademing af. Er volgden vele complicaties.

Patiënt is op 2 april 2009 overleden aan een schimmelinfectie in zijn longen.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- het volgende.

Klaagster stelt dat ten onrechte niet is onderkend dat er sprake was van een extreme hyperglycemie bij een patiënt die leed aan diabetes mellitus. Het glucose dat bij opname was geprikt had een waarde van 11,3 mmol/l en had als een nuchtere glucose moeten worden aangemerkt nu patiënt al dagen niet meer gegeten en gedronken had. Deze waarde was derhalve te hoog. Voorts was het verweerder ook bekend dat patiënt aan diabetes mellitus leed.

Bij een patiënt die bekend is met diabetes mellitus dient in het geval via een maagsonde, danwel via een PEG-sonde hoog calorisch voedsel wordt toegediend, controle van de suiker plaats te vinden. De symptomen die patiënt ontwikkelde, zoals cognitieve stoornissen, toenemende sufheid, en, zoals uit het verpleegkundig dossier blijkt, veel plassen, continue dorst en de verwardheid, pasten ook bij het beeld van een te hoog suikergehalte in het bloed. Klaagster heeft dit meermalen aangegeven bij de verpleging. Ten onrechte is niet onderkend dat er bij patiënt sprake was van metabole verstoringen. Na de opname is pas op 7 augustus 2007, en wel mede na aandringen van de familie, de bloedsuikerwaarde weer bepaald. Die bleek toen extreem verhoogd. Verweerder heeft het diabetisch subcoma volledig gemist. Ten onrechte is meerdere keren aangegeven dat patiënt een nieuw infarct had meegemaakt. Doordat in het ziekenhuis te laat is opgemerkt dat er sprake was van een te hoog bloedsuikergehalte, heeft patiënt zich verslikt waardoor een longontsteking ontstond.

Klaagster acht het voorts onjuist dat patiënt zonder monitor bewaakt werd op de afdeling neurologie bij een hyperglycemisch subcoma terwijl hij aan de insulinepomp lag. Hij hoorde niet meer op de verpleegafdeling thuis.

In het weekeinde van 11 en 12 augustus 2007 werd aan klaagster medegedeeld dat zij er rekening mee moest houden dat het niet goed zou aflopen met patiënt. Volgens E zou patiënt er klinisch zo slecht aan toe zijn door een slechte doorbloeding in de hersenstam ten gevolge van een nieuw infarct, waarbij bijna de hele hersenstam eruit zou liggen. Op basis van deze informatie is klaagster akkoord gegaan met het niet reanimeren beleid. Deze informatie was onjuist. Patiënt bleek metabool ontregeld te zijn. Klaagsters nicht heeft geadviseerd dit beleid te staken. Uit onderzoek dat op advies van de neuroloog uit I is uitgevoerd, bleek dat er geen sprake was van een nieuw infarct en dat de aan klaagster verstrekte informatie onjuist was. Als het niet reanimeren beleid niet was herroepen was patiënt in het weekeinde van 11 en 12 augustus 2007 al overleden. Klaagster acht het tevens tuchtrechtelijk verwijtbaar dat de uitslag van de MRI-scan patiënt op 31 juli 2007 is medegedeeld terwijl hij zich in de badkamer bevond en stond af te drogen na het douchen. Dit is onjuist, temeer daar klaagster had aangegeven bij dit gesprek aanwezig te willen zijn.

Voorts is de communicatie met verweerder niet goed verlopen. Op 12 augustus 2007 heeft verweerder onbehoorlijk gereageerd aan de telefoon richting een familielid van patiënt.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- het volgende aan.

Verweerder heeft de patiënt opgenomen ter observatie en heeft de nodige onderzoeken in gang gezet. Verweerder geeft aan dat de glucosewaarde van 11.3 niet geïnterpreteerd is als een nuchtere waarde op dat tijdstip van de middag. Aan de hand van de uitkomst van de ingezette onderzoeken werd vastgesteld dat er bij patiënt sprake was van een infarct(je) in de hersenstam. Dit is door E aan de patiënt meegedeeld en is later nog

door haar met patiënt en zijn echtgenote besproken. Nadat op 7 augustus 2007 de hyperglycemie werd gediagnosticeerd, is in opdracht van verweerder direct de internist ingeschakeld. Op basis van het klinische beeld werd gedacht aan een mogelijke uitbreiding van het staminfarct. Om die reden heeft verweerder dat dan ook in de differentiaal-diagnose opgenomen. Zekerheid daarover had hij niet. Verweerder heeft inderdaad telefonisch gesproken met een familielid van patiënt. Verweerder weer niet mee precies waar het gesprek over ging. Het staat hem vaag bij dat er verwijten werden gemaakt aan de eerdere behandelaren. Verweerder was toen niet bij de behandeling betrokken en zal wellicht tegen het familielid gezegd hebben dat een dergelijk gesprek nu niet zinvol was, temeer daar net duidelijk was geworden dat patiënt naar I overgeplaatst zou worden. Verweerder kan zich niets herinneren van een volgend telefoongesprek. Met betrekking tot het niet onderkennen van de hyperglycemie is verweerder van mening dat deze klacht niet tegen hem is gericht, evenals de klacht over het verkeerd inlichten van de familie.

Verweerder is niet betrokken geweest bij het afspreken van het NTBR-beleid, dan wel bij het terugdraaien daarvan. Verweerder heeft op 13 augustus 2007 geconcludeerd tot toename van de hersenstamdisfunctie door mogelijke toename van ischemie op klinische gronden bij een flink metabool ontregelde patiënt. Dat hij daarbij geen nieuwe beeldvorming heeft gebruikt is niet juist. Reeds op de MRI-scan die was aangevraagd bij opname werd een ponsinfarctje gezien. Verder onderzoek, zowel MRI als CT als röntgenfoto's leverde geen ander duidelijk beeld op. Verweerder, noch de internist, noch de dienstdoende arts-assistent hebben destijds een indicatie gezien om de patiënt over te plaatsen naar een intensive care. Toen verweerder werd gebeld was patiënt niet in een hyperglycemisch coma. Hij verkeerde in een ernstige hyperglycemie met hypernatriëmie. Dit dient door een internist behandeld te worden en die is er ook direct bijgeroepen. In het ziekenhuis is het beleid dat de internist kan besluiten een patiënt over te plaatsen naar een IC als de patiënt cardio-respiratoir of hemodynamisch instabiel is. Daar was geen sprake van.

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 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 was in de periode van opname van de patiënt tot 30 juli 2007 hoofdbehandelaar. Bij opname is patiënt door verweerder gezien en heeft verweerder opdracht gegeven de bloedwaarden te meten. De in de middag, rond half vier, gemeten glucosewaarde van 11,3 is naar het oordeel van het college ten onrechte aangemerkt als een niet-nuchtere glucosewaarde. Gegeven het feit dat patiënt verweerder had medegedeeld dat hij drie dagen niet gegeten en gedronken had, hetgeen ook op het opnameformulier staat vermeld, had verweerder de labwaarde van de glucose moeten combineren met de mededeling van patiënt en zich moeten realiseren dat er sprake was van een

nuchtere glucose en derhalve van een patiënt met een te hoog suikergehalte in zijn bloed. Daarbij komt dat verweerder, uit het verleden ook bekend was met het feit dat patiënt aan diabetes mellitus leed. Dit staat ook op het opnameformulier aangetekend en verweerder heeft desgevraagd ter zitting aangegeven dat hij met dit gegeven bekend was.

Nu er sprake was van een bekende diabetes mellitus patiënt, was bij het geven van sondevoeding controle van de bloedsuiker geïndiceerd. Dit geldt ook als het een patiënt betreft die geen medicijnen gebruikt voor zijn diabetes. Verweerder is als hoofdbehandelaar er voor verantwoordelijk dat deze controle wordt uitgevoerd. Controle van de bloedsuikerspiegel heeft in de periode van de opname totdat E op 30 juli 2007 hoofdbehandelaar werd niet plaatsgevonden. Eerst op 7 augustus 2007 heeft controle daarvan plaatsgevonden. Indien bij een patiënt met diabetes mellitus, die ziek is en sondevoeding krijgt, geen controle plaatsvindt bestaat het risico dat patiënt ongemerkt metabool ontregeld raakt, hetgeen op enig moment ook gebeurd is. Het college is van oordeel dat de klacht op dit punt gegrond moet worden verklaard.

5.3

Op 7 augustus 2007 is verweerder door de dienstdoende arts-assistent gebeld in verband met het toestandsbeeld van patiënt. Verweerder heeft toen terecht opdracht gegeven de internist in consult te roepen. Die heeft een bloedsuiker verlagend beleid ingesteld. Het college acht het niet verwijtbaar dat patiënt op dat moment door verweerder niet is overgeplaatst van de afdeling neurologie naar de intensive care nu er op dat moment geen sprake van was dat patiënt cardio-respiratoir of hemodynamisch instabiel was.

5.4

Wat betreft de communicatie die klaagster verweerder verwijt overweegt het college dat partijen over de inhoud van de telefoontjes van mening verschillen zodat de juiste toedracht niet kan worden vastgesteld. Derhalve kan niet vastgesteld worden of verweerder op dit punt tekort is geschoten. Dit klacht onderdeel wordt ongegrond verklaard.

5.5

De overige klachten hebben betrekking op de periodes dat verweerder niet als hoofdbehandelaar kon worden aangemerkt, dan wel op handelingen of gedragingen die niet door verweerder zijn verricht, zodat deze klachten ten aanzien van verweerder niet gegrond zijn.

5.6

Nu de klacht deels gegrond is, is het college van oordeel dat het opleggen van een maatregel aangewezen is. Het college acht de maatregel van waarschuwing passend. Het college acht voorts termen aanwezig, aan het algemeen belang ontleend, om deze uitspraak voor publicatie aan te bieden.

6. DE BESLISSING

Het college:

- waarschuwt verweerder;
- bepaalt verder dat deze beslissing nadat deze onherroepelijk is geworden in geanonimiseerde vorm geheel in de Nederlandse Staatcourant zal worden bekend

gemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften "Medisch Contact", "Tijdschrift voor Gezondheidsrecht" en "Gezondheidszorg Jurisprudentie".

Aldus gedaan in raadkamer door mr. D.M. Schuiling, voorzitter, mr. dr. Ph.S. Kahn, lid-jurist, en dr. R.B. van Leeuwen, dr. R.H. Boerman en dr. P.J.M. van Gorp, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. K.M. Dijkman, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 29 maart 2012 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. M. Willemse, plv. 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 aanleggenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

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