

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 247/2010

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 3 mei 2012 naar aanleiding van de op 5 oktober 2010 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

**C**, internist, werkzaam te D,  
bijgestaan door mr. S. Steegmans, verbonden aan de VvAA rechtsbijstand te Utrecht,

v e r w e e r d e r

#### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift;
- het aanvullende klaagschrift met het medisch dossier;
- het verweerschrift;
- het proces-verbaal van het op 1 juli 2011 gehouden gehoor in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is gelijktijdig met twee andere klachtzaken behandeld ter openbare zitting van 17 maart 2012, alwaar partijen in persoon zijn verschenen, verweerders bijgestaan door

mr. S. Steegmans. In beide andere zaken heeft het college onder de nummers 246/2010 en 248/2010 een beslissing gegeven.

#### 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 behandeling van de echtgenoot van klaagster, de heer E, geboren op 29 augustus 1942. Klaagster heeft tevens klachten ingediend tegen de internisten F en G die eveneens bij de behandeling van patiënt betrokken waren.

Patiënt werd op 18 april 2010 om 01.34 uur, na verwijzing door de huisarts vanwege een delier, aangemeld bij de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van het H, locatie D. Patiënt had ook pijn in de rug en moeite met de mictie. Patiënt was kort daarvoor een maand in de tropen geweest. Op de SEH is door een arts-assistent, onder verantwoordelijkheid van F als dienstdoende internist, de anamnese afgenomen, lichamelijk onderzoek gedaan, een ECG gemaakt, een X-thorax gemaakt en laboratoriumonderzoek gedaan. F heeft patiënt aan het eind van de nacht op laten nemen op de afdeling interne geneeskunde. In de loop van de morgen heeft F patiënt zelf onderzocht.

In het medische dossier vermeldde F als werkdiagnose : “ 1. *ondertemp uit de tropen, verhoogd kreat, conjunctivitis, verhoogd LE, trombopenie [...], 2. urineweginfectie [...], 1. delier: bij bovenstaande. Gesprek vrouw: tevens alcoholabuses [...]*”.

Als beleid sprak hij af te starten met antibiotica intraveneus, thiamine en een vochtinfuus. Verder werd laboratoriumonderzoek en een echo van lever en nieren afgesproken. Op de kaft van het dossier is vermeld dat patiënt allergisch is voor augmentin en in het dossier is van meet af aan vermeld dat patiënt leverfunctiestoornissen ontwikkelt op het gebruik van augmentin.

F is verder nog betrokken geweest bij de behandeling van patiënt toen deze was opgenomen op de medium care en tijdens nacht- en weekenddiensten.

De verdere periode van opname werd patiënt behandeld door verschillende internisten of arts-assistenten. De arts-assistenten stonden onder supervisie van de internist die op die dag als hoofdbehandelaar was aangewezen. Het hoofdbehandelaarschap kon in die periode per dag variëren.

Op 20 april 2010 werd de psychiater in consult gevraagd om de toestand van patiënt te beoordelen. Deze constateerde ten aanzien van de mentale toestand van patiënt dat hij een delier op basis van alcoholabusus een reële optie achtte. Op 20 april 2011 werden kweekuitslagen bekend: er was sprake van een Salmonellabacterie groep D infectie waarvoor in overleg met de microbioloog een intraveneuze antibiotische behandeling gedurende tenminste twee weken werd geadviseerd onder de werkdiagnose urosepsis.

De neuroloog werd in consult gevraagd omdat patiënt suffer werd. Vervolgens is een lumbaalpunctie gedaan. Liquoronderzoek gaf het beeld dat past bij een meningitis, echter de kweek, afgenomen onder antibiotische behandeling, was negatief. Ook de cardioloog werd geconsulteerd. Patiënt was in een zeer slechte conditie en voedings-toestand en ontwikkelde een stuitdecubitus. Op 26 april 2010 maakte een arts-assistent in de status melding van een blauwe stuit met een blaar. In eerste instantie is deze behandeld met zink door de verpleging, geadviseerd door de decubitusverpleegkundige van de wondpolikliniek. Patiënt kreeg een decubitusmatras en er werd wisselgigging toegepast. Vervolgoverleg met de microbioloog leverde op dat het beleid diende te worden voortgezet. Voortdurend is de vochtbalans van patiënt bijgehouden en een aantal malen is in het dossier vermeld dat hij overvuld was.

Op 3 mei 2010 werd door een arts-assistent geconstateerd dat de stuit van patiënt zwartig was. De wondbehandeling door de wondverpleegkundige werd voortgezet. In overleg met de microbioloog werd de antibiotica op 7 mei 2010 gestopt. Patiënt ging langzaam vooruit en er werd naar een revalidatieplek gezocht. Verweerder heeft op 8 mei 2010 tijdens zijn weekenddienst voor de wond op de stuit een chirurg in consult gevraagd, die op zijn beurt een plastisch chirurg in consult vroeg. Op 19 mei 2010 vond een wondtoilet van de stuit plaats waarbij necrotisch weefsel werd verwijderd. Kweken uit deze wond leverden op 22 mei 2010 een zeer ongevoelige E-coli bacterie (ESBL) op, welke wel gevoelig was voor augmentin en gentamicine. Patiënt heeft van 20 tot 22 mei 2010 augmentin gekregen op voorschrift van G, die op het moment van voorschrijven het medische dossier niet voorhanden had. Vervolgens heeft F, nadat hij op de allergie voor augmentin was gewezen door klaagster, de augmentin beëindigd en patiënt overgezet op meronem intraveneus. Voorts heeft hij een waarschuwing gezet in het elektronisch dossier met betrekking tot de allergie voor augmentin.

Omdat er ook rugpijnklachten waren is er een CT-scan van de buik verricht. Hierbij werd een spondylodiscitis L3-L4 met een epiduraal abces gezien en uitbreiding van het infiltraat naar de psoas, zowel links als rechts. Dit werd bevestigd middels een MRI. In overleg met de neuroloog werd besloten de behandeling medicamenteus te continueren.

Op 16 juni 2010 had verweerder een gesprek met de familie. Klaagster wilde graag dat patiënt werd overgeplaatst naar het I in J. Op 25 juni 2010 is patiënt overgeplaatst naar dat ziekenhuis.

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

Klager verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij niet heeft toegezien op de mogelijke gevolgen van de slechte vochttoestand van patiënt. De daardoor ontstane forse decubitusplekken op de stuit zijn daardoor niet tijdig ontdekt en behandeld. Uiteindelijk heeft de plastisch chirurg operatief moeten ingrijpen omdat ten gevolge van de decubitus lumbaal een spondylodiscitis en een abces is ontstaan.

### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij zorgvuldig heeft gehandeld. Hij had in het weekend van 8 en 9 mei 2010 dienst. Ten tijde van deze weekenddienst was hij verantwoordelijk voor het beleid van de patiënt. Het beleid dat tijdens de opname van patiënt ten aanzien van de vochtbalans en voedinginname was gemaakt behoefde geen wijziging. Voor de voedingstoestand van patiënt is vanaf het begin van de opname een diëtiste ingeschakeld. Daarnaast heeft de vochthuishouding alle aandacht gehad van zowel verpleegkundigen als artsen. De vochtbalans in de weekenddienst was goed. Wel constateerde hij een zeer forse decubitus bij patiënt waarvoor hij de chirurg in consult heeft gevraagd.

### 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

Het college stelt voorop dat verweerder alleen in het weekend van 8 en 9 mei 2010 betrokken is geweest bij het beleid van patiënt voor wat betreft de decubitus. Uit hetgeen uit de stukken en ter zitting naar voren is gekomen, is komen vast te staan dat verweerder geen verwijt kan worden gemaakt van enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij ten aanzien van patiënt behoorde te betrachten.

Toen tijdens de opname van patiënt bleek dat zijn stuit door decubitus was aangetast, is de decubitusverpleegkundige ingeschakeld. Ter zitting is duidelijk geworden dat er geen aanwijzingen zijn dat door het gevoerde vochtbeleid iets gebeurd is dat kan hebben bijgedragen aan het ontstaan of verergeren van de decubitus. Het college ziet dan ook geen reden waarom verweerder het ingestelde vochtbeleid had moeten wijzigen.

Toen verweerder in het weekend van 8 en 9 mei 2010 constateerde dat er sprake was zeer ernstige decubitus heeft hij meteen de chirurg in consult gevraagd. Het college acht de handelwijze van verweerder hierin zorgvuldig. De chirurg heeft op 9 mei 2010 de plastisch chirurg in consult gevraagd die het beleid verder heeft voortgezet samen met de decubitusverpleegkundige. Dat de plastisch chirurg uiteindelijk operatief heeft moeten ingrijpen is verweerder niet te verwijten. De klacht is dan ook ongegrond.

### 5.3

Het college benadrukt andermaal dat het in een ziekenhuis uit oogpunt van continuïteit van de zorg en van duidelijkheid voor de patiënt en diens naaste verwanten noodzakelijk is dat er een hoofdbehandelaar is, belast met de regie van de behandeling van de patiënt door hemzelf en andere specialisten en zorgverleners tijdens het gehele behandelingstraject. Daaraan heeft het in deze zaak ontbroken. Weliswaar is altijd een van de aanwezige internisten verantwoordelijk geweest voor de zorg op dat moment, maar er is niet gebleken dat één van hen een regierol vervulde in de zorg rond patiënt. Voor de vraag hoe dit beter kan worden geregeld, verwijst het college naar de 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg' van de KNMG van 26 januari 2010. Afgezien van het feit dat hierover niet met zoveel woorden is geklaagd, valt evenwel aan verweerder ter zake hiervan persoonlijk niet zozeer specifiek een verwijt te maken, gelet op het feit dat het gaat om de situatie in 2010, waarbij er bovendien sprake was van onderbezetting op de afdeling Interne Geneeskunde.

## 6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. A.L. Smit, voorzitter, dr. R.B. van Leeuwen en J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. G.E.

Bart, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 3 mei 2012 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.