

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 182/2011

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 21 juni 2012 naar aanleiding van de op 15 juni 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A en **B**, wonende te **C**,

k l a g e r s

-tegen-

D, specialist ouderengeneeskunde,
werkzaam te **E**,
bijgestaan door mevrouw mr. L.H. Pomp, advocaat te Apeldoorn,

v e r w e e r s t e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift;
- het aanvullende klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek;
- het schrijven ingediend door klagers d.d. 24 april 2012 voorzien van een bijlage;
- de stukken ingediend d.d. 8 mei 2012.

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 11 mei 2012, alwaar zijn verschenen klagers en verweerster, verweerster bijgestaan door haar raadvrouw.

Klagers hebben een met deze klacht verband houdende klacht ingediend tegen de specialist ouderengeneeskunde **F**, bekend onder nummer 165/2011, die tegelijkertijd

maar niet gevoegd met de onderhavige zaak ter zitting is behandeld. In beide zaken wordt tegelijkertijd uitspraak gedaan.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken, waaronder het als bijlage bij het verweerschrift overgelegde 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 mevrouw G, geboren op 31 januari 1925 en overleden op 7 juni 2011, verder patiënte te noemen. Klagers zijn de dochter en schoonzoon van patiënte.

Patiënte was op 25 februari 2011 op de vloer aangetroffen in haar huis. Zij was waarschijnlijk twee of drie dagen daarvoor gevallen, had een behoorlijk haematoom op haar voorhoofd en was niet bij kennis. Zij is per ambulance naar het H te E, locatie I, gebracht en was de volgende dag weer aanspreekbaar. Patiënte had bij opname in het ziekenhuis blaasretentie, rhabdomyolyse zonder acute tubulus necrose, hyponatriemie, hypokaliemie bij hydrochloorthiazide gebruik. De hydrochloorthiazide was gestopt en er was gestart met amlodipine. Verder kreeg patiënte Haldol voorgeschreven.

Patiënte was in het ziekenhuis uitgebreid onderzocht, inclusief CT-scan van het hoofd. De oorzaak van de val was geduid als vasovagale reactie op de pijn aan de artrotische heup links. Patiënte stond op de wachtlijst voor een heupprothese links. De voorgeschiedenis van patiënte vermeldde verder hypertensie, heupprothese rechts en een cataractoperatie aan het rechteroog.

Op 4 maart 2011 werd patiënte overgeplaatst naar het verpleeghuis J (verder het verpleeghuis). Reden van verwijzing was reactivering na val thuis, mobiliteitsproblemen wegens artrose heup links, blaasretentie waarvoor verblijfskatheter en delier.

Vanwege de troebele urine werd gedacht aan een urineweginfectie. Na afname van een kweek werd op 7 maart 2011 gestart met het antibioticum Furabid. Afgesproken werd de Haldol af te bouwen. Op basis van de kweekuitslag werd Furabid op 10 maart 2011 vervangen door Noroxin met goed resultaat en werd de Haldol op 'zo nodig' gezet. Op 12 maart 2011 werd patiënte onwel tijdens het lopen, liep ze 'vreemd' en sprak ze onsamenhangend. De bloeddruk en pols waren goed. Dit herstelde restloos. Patiënte had toen geen Haldol gehad. Op 13 maart 2011 had patiënte opnieuw een wegraking. De amlodipine werd gestopt.

Op 14 maart 2011 was de urine schoon, kon de katheter worden verwijderd en kon patiënte spontaan plassen. Op 5 april 2011 kreeg patiënte in het H een heupprothese links. Patiënte had postoperatief een delier dat werd behandeld met Haldol. Op 11 april 2011 werd patiënte weer opgenomen in het verpleeghuis ter reactivering. Patiënte stond toen, onder supervisie van verweerster, onder behandeling van de arts-assistent in opleiding tot huisarts K. K heeft op 2 mei 2011 een gesprek gehad met de familie.

Vanaf 9 mei 2011 stond patiënte onder behandeling van verweerster.

Op 4 mei 2011 vond psychologisch onderzoek plaats. De conclusie was dat patiënte een goed georiënteerde dame was bij wie geen evidente cognitieve problemen werden gevonden en sprake leek van een delier.

Op 9 mei 2011 had patiënte hoestklachten en een wisselend delierbeeld. Verweerster schreef onder de werkdiagnose luchtweginfectie en delier klaagster antibiotica (Doxycycline) en Haldol voor. Patiënte knapte daarna op en op 12 mei 2011 lieten de laboratoriumuitslagen geen verhoogde ontstekingsparameters zien. Wel vertoonde patiënte

wisselend een delierbeeld, vooral in de avonduren. Overdag ging het goed, liep ze zelfstandig met een rollator, had geen pijnklachten, was helder en adequaat en had een zelfstandige toiletgang. In de avonduren was patiënte delirant en incontinent voor urine. De dosering van de Haldol werd verminderd naar 0,5 mg per dag.

Op 16 mei 2011 was patiënte nog steeds delirant en wisselend incontinent. De urinestick was afwijkend. Verweester dacht aan een urineweginfectie maar omdat patiënte geen mictieklachten had en net een Doxycycline kuur had afgemaakt besloot verweester eerst de uitslag van een kweek af te wachten.

Op 23 mei 2011 had patiënte weer mictieklachten. De urinekweek had een Proteus Mirabilis bacterie aangetoond. Verweester heeft een antibioticakuur (Noroxin) voorgeschreven. Een consult bij de uroloog stond gepland voor 30 mei 2011. Een familiegesprek was gepland voor 31 mei 2011. Patiënte knapte na het starten van de Noroxin op.

Op 26 mei 2011 werd in het verpleegkundig dossier genoteerd dat mevrouw flink vol zat. Uit het verpleegkundig dossier van de dagen erna blijkt dat patiënte hoestte. Verweester was op vrijdag 27 mei 2011 en het daaropvolgende weekend tot zondag 28 mei 2011 00.00 uur vrij.

Op 27 mei 2011 was in het verpleegkundig dossier genoteerd dat het lopen met de rollator moeizaam ging en dat patiënte haar rechterbeen niet goed optilde.

Op zaterdag 28 mei 2011 om 08.00 uur was patiënte volgens het verpleegkundig dossier niet goed aanspreekbaar, wel beweeglijk, reageerde ze niet goed op vragen en op opdrachten en kon zij niet goed uit haar woorden komen. Patiënte bleek 450 cc urinereactie te hebben. De temperatuur was 38°. Om 17.00 uur was patiënte niet meer aanspreekbaar en vroeg de verzorging de dienstdoende arts, F bij patiënte te komen.

F onderzocht patiënte om ongeveer 19.30 uur. Hij noteerde in het dossier:

“S/ Afgelopen dagen geleidelijk achteruit gegaan, te kort schieten vd intake toename v delier. Nu koorts, slaap veel. geen goed gesprek mee te voeren.

P/ - neus-maagsonde vocht intake minimaal 1½ liter;

- Start sondevoeding eiwit verrijkt;
- Medicatie via de sonde
- Urinekweek herhalen
- Indien koorts blijvend onder huidige AB switchen
- Haldol 3xdd 0,5 mg evt ophogen 3xdd 1 mg
- Zn Primperan rect 20 mg 3xdd indien reflux klachten
- Vochtbalans
- Lab”.

Verder noteerde F op het afsprakenblad dat de familie graag een dokter wilde spreken, dat dit niet was gelukt en ‘gaarne aandacht daarvoor’. De dienst van F werd middernacht overgenomen door verweester.

Op zondag 29 mei 2011 om 03.00 uur werd verweester gebeld door het nachthoofd in verband met het overlijden van een andere patiënt.

Het nachthoofd vertelde verweester toen ook dat patiënte in de loop van de zaterdag erg achteruit was gegaan. Omdat de koorts aanhield vroeg het nachthoofd verweester of het niet verstandig was de antibiotica alvast te veranderen. Verweester verving de Noroxin door Rocephin onder de werkdiagnose gecompliceerde urineweginfectie.

Verder sprak verweester twee maal daags bloeddruk, pols en temperatuurcontrole af. Verweester onderzocht patiënte die zondag om ongeveer 13.30 uur. Patiënte was in coma, waarschijnlijk ten gevolge van een CVA gepaard met een gecompliceerde urineweginfectie en mogelijk een pneumonie. In overleg met klaagster werd besloten van ziekenhuisopname af te zien. Antibiotica en sondevoeding werden gecontinueerd.

Op 30 mei 2011 was de koorts gedaald, de urine was helder, had patiënte een regelmatige krachtige pols en een goede bloeddruk, maar was zij nog steeds in coma. Op 31 mei 2011 is bij onveranderde comateuze toestand in overleg met de familie besloten om verdere behandeling te stoppen. De sondevoeding werd gestopt en palliatieve behandeling werd gestart. Verweerster noteerde op 1 juni 2011 dat patiënte rustig was. Verder noteerde zij dat zij had uitgelegd aan de familie dat de dood niet versneld kon worden. Op 3 juni 2011 gaf F opdracht voor een Dormicumpomp à 5 mg per 4 uur. Op 4 juni 2011 continueerde verweerster de palliatieve medicatie. Op 6 juni 2011 had verweerster telefonisch contact met klaagster. Op het herhaalde verzoek de dood te versnellen legde verweerster uit dat dit niet kon. Verweerster legde verder uit dat de levensverwachting na het stoppen van de sondevoeding maximaal twee weken was. Verweerster noteerde in het dossier dat klaagster het nu wel begreep. Op 7 juni 2011 overleed patiënte rustig.

Op 30 juni 2011 hadden verweerster en F een gesprek met klagers. Verweerster en F beantwoordden een aantal vragen omtrent het beloop van de opname en het overlijden. Verweerster noteerde in het dossier dat de familie tevreden was met de antwoorden en met een goed gevoel naar huis was gegaan.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGERS EN DE KLACHT

Klagers verwijten verweerster het uitschrijven van medicatie waarbij zij minimaal een neuroloog of uroloog had moeten raadplegen gezien de leeftijd van patiënte en de vele kuren welke zij in het verpleeghuis heeft moeten slikken en vooral haar reactie daarop en zonder dat zij hierover geraadpleegd was door de arts of de verzorging, terwijl patiënte niet onder curatele stond. Ook verwijten zij verweerster een ruime overschatting van haar eigen kunnen, het niet juist onderkennen van symptomen en het nalaten van deskundig onderzoek; toen patiënte achteruit aan het gaan was, was verweerster onvoldoende alert.

Verder verwijten klagers verweerster een slechte communicatie, zowel tussen de verzorging en de artsen als met klagers. Men gaf wel antwoord, was aardig maar inhoudelijk zei men weinig.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

Verweerster voert -zakelijk weergegeven- aan dat de tegen haar ingediende klacht ongegrond is. Voor zover nodig wordt hierna specifiek op het verweer ingegaan.

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

De klacht betreft de tweede opname van patiënte vanaf 11 april 2011. Tot 9 mei 2011 stond patiënte onder behandeling van de arts-assistent in opleiding tot huisarts, K. K heeft op 2 mei 2011 een gesprek gehad met de familie. Het college is van oordeel dat het wenselijk was geweest dat verweerster als supervisor van K bij dat gesprek aanwezig was geweest. In ieder geval had verweerster als behandelend arts eerder het initiatief moeten nemen om een familiegesprek te hebben temeer nu daaraan behoefte bestond bij klagers. Nu was dit gesprek pas gepland voor 31 mei 2011.

5.3

Het college acht het juist dat verweerster op 16 mei 2011 een urinekweek heeft ingezet en heeft besloten de uitslag van die kweek af te wachten alvorens weer antibiotica voor te schrijven nu patiënte geen mictieklachten had. Op 23 mei 2011 heeft verweerster dan ook terecht, op grond van de uitslag van de urinekweek, antibiotica voorgeschreven. Het college heeft geen reden om aan te nemen dat patiënte niet met de antibiotica instemde en wijst erop dat verweerster niet een uroloog of neuroloog behoeft te raadplegen om antibiotica voor te schrijven.

5.4

Verweerster is in de vroege ochtend van 29 mei 2011 op verzoek van de verpleging bij patiënte geweest en heeft toen de antibiotica veranderd. Na lichamelijk onderzoek die zondagmiddag kwam verweerster tot de differentiaal diagnose van een CVA, pneumonie en/of gecompliceerde urineweginfectie. Gelet op de algemene toestand van patiënte was een mogelijk CVA op dat moment niet direct reden om patiënte door te verwijzen naar het ziekenhuis. De pneumonie en de gecompliceerde urineweginfectie zouden wel een reden kunnen zijn geweest om patiënte in te sturen naar het ziekenhuis. Het college acht het echter zeker te billijken dat verweerster besloten had eerst de antibiotica te veranderen en, na het door haar uitgevoerde onderzoek die zondagmiddag, besloot het effect daarvan tot het geplande gesprek op 31 mei 2011 af te wachten. Wat de toediening van de Haldol betreft ziet het college, anders dan klagers lijken te betogen, geen verband met de verslechterende gezondheidstoestand van patiënte dan wel het ontstaan van het CVA. Daarbij merkt het college op dat het voorschrijven van Haldol vanwege het delierbeeld was geïndiceerd.

5.5

Betreffende de communicatie overweegt het college het volgende.

De dienst van F werd middernacht overgenomen door verweerster. F verklaarde dat hij verweerster per interne email de zorg voor patiënte heeft overgedragen. Nu verweerster dat ter zitting heeft erkend, gaat het college daarvan uit. Dit emailbericht is verder overigens niet overgelegd. De inhoud ervan is het college derhalve niet bekend. F verklaarde verder ter zitting dat er geen duidelijke afspraken waren voor de overdracht. Volgens verweerster is de afspraak dat acute zaken per telefoon worden overgedragen en niet acute zaken per interne email. Verweerster verklaarde dat zij de mail van F - als gebruikelijk - pas in de loop van de week heeft gelezen.

Hoe het ook zij, in ieder geval is gebleken dat de afspraken over de overdracht niet duidelijk genoeg waren en dat de overdracht in de onderhavige zaak feitelijk gebrekkig is geweest. Het belang van een adequate overdracht kan niet voldoende worden onderstreept. Het college rekent de gebrekkige organisatie van de overdracht verweerster - ook omdat zij naar eigen zeggen de afdelingsarts is - dan ook in tuchtrechtelijke zin aan.

5.6

De conclusie van het college is dan ook dat verweerster in de onder 5.5 beschreven zin is tekortgeschoten in de zorg voor patiënte en dat de klacht gegrond dient te worden verklaard. Het college is van oordeel dat de maatregel van waarschuwing passend is.

6. DE BESLISSING

Het college waarschuwt verweerster.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. W.J.B. Cornelissen, voorzitter, mr. A.A.A.M. Schreuder, lid-jurist, J. Edwards van Muijen, A.M. Rijken en dr. A.N.H Weel, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 21 juni 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.