

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2016/164

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 18 mei 2016 binnengekomen klacht van:

**A**,  
wonende te B,  
k l a a g s t e r,

tegen

**C**,  
internist,  
werkzaam te D,  
v e r w e e r d e r ,  
gemachtigde: mr. F. van Woerden-Poppe, verbonden aan Stichting VvAA Rechtsbijstand  
te Utrecht.

#### 1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- het proces-verbaal van het op 26 september 2016 gehouden vooronderzoek;
- een brief van klagster, ingekomen op 18 oktober 2016.

De klacht is op een openbare zitting behandeld.

Partijen waren aanwezig. Klagster was aanwezig met haar echtgenoot, E (verder ook te noemen: patiënt). Klagster treedt op als gemachtigde namens patiënt. Verweerder was aanwezig met zijn gemachtigde, mr. Van Woerden-Poppe, voornoemd. De gemachtigde van verweerder heeft een pleitnota overgelegd.

#### 2. De feiten

2.1. Patiënt is op 11 juni 2015 opgenomen in het F in D op de verpleegafdeling Maag- Darm- Leverziekten in verband met een acute pancreatitis. Vanaf 13 juni 2015

tot 3 augustus 2015 is patiënt opgenomen geweest op de intensive care (IC) afdeling aldaar wegens respiratoire insufficiëntie ten gevolge van deze ernstige pancreatitis.

2.2. Verweerder is sinds 2002 werkzaam als internist-intensivist en sinds 2006 verbonden aan het F. Hij is als (medisch) hoofd / manager van de Intensive Care eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg op de IC.

2.3. De hoofdbehandelaar van patiënt op de IC was een intensivist van verweerder. Zij onderhield als vaste contactpersoon wekelijks contact met klaagster en heeft diagnose, behandelplan en beloop besproken en de zorgen van klaagster aangehoord. Zij heeft daar waar mogelijk op gereageerd. Verweerder is zelf enkele malen bij de behandeling betrokken geweest als dienstdoend stafid. Klaagster is anesthesioloog.

2.4. Na opname op de IC werd patiënt gevoed via een maagsonde. Vanaf 16 juni 2015 verslechterde de toestand van patiënt respiratoir. In de ochtend van 17 juni 2015 is hij geïntubeerd en beademd. Later werd gestart met haloperidol naast analgo-sedatie wegens onrust. Gedurende deze periode is sprake geweest van hemodynamische instabiliteit en was patiënt vullingsbehoefstig. Op 18 juni 2015 heeft klaagster gevraagd om toediening van pancreasenzymen. Deze zijn vervolgens toegediend vanaf 19 juni 2015 via de maagsonde.

2.5. Op 19 juni 2015 heeft een bespreking plaatsgevonden tussen de familie en een intensivist. Klaagster heeft in dit gesprek haar onvrede over het verloop van de behandeling geuit. Klaagster heeft in dit gesprek de voorkeur uitgesproken om patiënt niet over te plaatsen naar een ander ziekenhuis.

2.6. Op 21 juni 2015 is gestopt met midazolam (Dormicum). Patiënt werd vanaf 22 juni 2015 gevoed via een duodenumsonde. Ook de pancreasenzymen werden toen toegediend via de duodenumsonde. Op 23 juni 2015 heeft verweerder tijdens zijn avonddienst besloten tot het toedienen van extra vocht aan patiënt. Op 25 juni 2015 is gestart met het ontwateren van patiënt. Klaagster heeft op 28 juni 2015 aangegeven dat zij vond dat haar man leed aan de beademing. Zij maakte zich zorgen om aanwezigheid van hypernatriemie. Klaagster uitte haar zorgen over haar man (angst voor uitdroging).

2.7. Klaagster heeft op 2 juli 2015 de wekelijkse bespreking met de vaste contactpersoon gehad. Klaagster vertelde dat ze vond dat haar man uitdroogde en dat ze minder contact met hem kon krijgen. In het gesprek is de mogelijkheid van een percutane tracheotomie besproken. Na dit gesprek zijn de diuretica gestopt en de haloperidol werd verlaagd. Tevens is op 2 juli 2015 de tube gewisseld vanwege partiële occlusie.

2.8. Op zaterdag 4 juli 2015 heeft klaagster een gesprek met een intensivist aangevraagd wegens zorgen over de conditie van patiënt, waarbij klaagster vermoede dat er sprake was van ondervulling. Patiënt had 40°C koorts. Volgens klaagster vertoonde haar man in de avond steeds minder reactie. Zij wilde de dienstdoende intensivist (verweerder) spreken. Verweerder heeft dit geweigerd tijdens zijn dienst. Klaagster is die avond ongerust naar huis gegaan. Later in de avond is verweerder bij patiënt geweest, heeft extra vocht toegediend aan patiënt en heeft klaagster thuis gebeld.

2.9. De volgende dag (5 juli 2015) heeft klaagster een gesprek gehad met een arts en arts-assistent. Er is een neuroloog in consult gevraagd en een CT-scan gemaakt.

Tevens is een EEG gemaakt en lumbaalpunctie verricht. Er werden geen aanwijzing gevonden voor een cerebraal infarct, epilepsie of meningitis, op de CT werd - bij de leeftijd passende - cerebrale atrofie gevonden; geconcludeerd werd dat er sprake was van metabole encephalopathie ten gevolge van het algemeen ziek-zijn. De toediening van haloperidol is gestopt. Op 6 juli 2015 heeft een telefonisch gesprek tussen de vaste contactpersoon en klaagster plaatsgevonden. Tevens werd extra vocht toegediend aan patiënt.

2.10. Op 7 juli 2015 is de watertoediening via de sonde opgehoogd. Tevens heeft uitleg van de CT-scan plaatsgevonden via de computer met een intensivist. Tevens is op 7 juli 2015 besloten tot definitieve plaatsing van een tracheostoma wegens onvoldoende bereikte vermindering van de beademingsvoorwaarden. Deze kon eerst op 10 juli 2015 worden geplaatst daar de longarts pas toen beschikbaar was om de intensivist bronchoscopisch te ondersteunen bij het plaatsen.

2.11. Tijdens de tracheotomie werd – terwijl patiënt subcomateus was – 100 mg esmeron en propofol toegediend. Klaagster vond de dosis van 100 mg esmeron te hoog en maakte zich zorgen om het brein van haar man wegens de lage bloeddruk van 80 mmHg systolisch, waarbij de dosering propofol een rol zou kunnen spelen.

2.12. Op 10 juli 2015 is overleg gepleegd over overplaatsing van patiënt naar het G of het H, maar de intensive care units van deze ziekenhuizen waren vol.

2.13. Vanaf 11 juli 2015 is begonnen met het ontlasten van het geïnfecteerde pancreasvocht via een percutaan ingebrachte drain. Op 12 juli 2015 kon klaagster weer contact met patiënt maken. Vanaf 23 juli 2015 kon patiënt intermitterend kortdurend worden losgekoppeld van de beademing. Op 25 juli 2015 was hij geheel van de beademing af. Op 28 juli 2015 is de tracheostoma verwijderd. Op 30 juli 2015 is een nieuwe drain geplaatst in de linkerflank, welke op 31 juli 2015 weer werd verwijderd. Op 3 augustus 2015 is patiënt overgeplaatst naar de verpleegafdeling MDL.

2.14. Op 25 augustus 2015 is patiënt overgeplaatst naar de MDL-afdeling van het G voor een transgastrische drainage van de pancreatitis met stentplaatsing. Deze behandeling wordt in het F niet uitgevoerd.

### **3. De klacht en het standpunt van klaagster**

3.1. Klaagster stelt dat verweerder onzorgvuldig heeft gehandeld zowel in zijn functie van intensivist (tijdens zijn dienst op 4 juli 2015) als in zijn functie als hoofd van de IC. Klaagster meent dat haar man geen optimale zorg heeft gehad. Hij heeft volgens haar ernstige polyneuropathie aan de periode op de intensive care overgehouden. Dit heeft grote invloed op zijn welbevinden, aldus steeds klaagster. Op basis van het klaagschrift, het vooronderzoek en de toelichting van klaagster ter zitting onderscheidt het college de volgende klachtonderdelen:

- 1) De weigering van verweerder om op zaterdag 4 juli 2015 met klaagster in gesprek te gaan, terwijl klaagster had aangegeven dat de toestand van haar man verslechterde. Klaagster geeft aan dat zij die zaterdag om een gesprek met de dienstdoende intensivist heeft gevraagd vanwege haar visie dat er sprake was van ondervulling;
- 2) Klaagster acht het verkeerd dat de communicatie op de IC over de toestand van de patiënt via de verpleegkundigen verliep, waarbij de verpleegkundigen volgens

klaagster ook buiten hun bevoegdheden traden. De verpleging nam volgens klaagster (zelfstandig) verkeerde beslissingen omtrent het zuurstofbeleid, daarbij aangevend dat zij dit zelf mochten bepalen. Ook reageerde de verpleging onaardig richting haar man als klaagster de verpleging ergens over aansprak. Klaagster houdt verweerder als hoofd van de afdeling verantwoordelijk voor dit (volgens haar verkeerde) beleid;

3) Verder zijn volgens klaagster diverse medische zaken verkeerd aangepakt. Wat betreft haar klacht dat er te veel spierverslappende medicatie (esmeron) is toegediend ten tijde van de tracheotomie heeft zij ter zitting aangegeven dat dit niet berust op een verkeerd protocol, maar op een verkeerde uitvoering daarvan door een andere zorgverlener, zodat verweerder hiervoor niet persoonlijk tuchtrechtelijk verantwoordelijk is. Wel is volgens klaagster ten onrechte ontwaterd in een poging de tracheotomie te voorkomen. Verweerder is hiervoor volgens klaagster wel verantwoordelijk, omdat verweerder als hoofd van de IC verantwoordelijk is voor protocollen hierover;

4) De vierde klacht gaat meer in zijn algemeenheid over verouderde of niet goed toegepaste protocollen op de afdeling en gebrek aan kennis van recente publicaties. Zo werd er volgens klaagster gebruik gemaakt van het Nederlandse pancreatitisprotocol uit 2005, terwijl op internet protocollen uit 2013 (Amerikaans) en 2015 (Italië) en Japan (2015) beschikbaar waren, alsmede een Nederlandse publicatie uit 2012. Als voorbeeld van het gebruik van verouderde protocollen en gebrek aan kennis noemt klaagster verder onder meer dat:

a) haar man tot 20 juni 2015 te weinig voeding heeft gehad (geen duodenumsonde) en dat de pancreasenzymen te laat en op een verkeerde wijze zijn toegediend;

b) haar man langdurig een te hoog natriumgehalte heeft gehad (en het niet uitvoeren van volgens protocollen van de Nederlandse Internisten Vereniging voorgeschreven urineonderzoek), wat volgens klaagster uiteindelijk heeft geleid tot of bijgedragen aan de verslechtering van de neurologische toestand van haar man;

c) de bevochtiging van de beademingsbuis niet adequaat heeft plaatsgevonden. Haar man is volgens haar door partiële obstructie van de beademingsbuis ten gevolge hiervan hypoxisch geweest. Het vigerende protocol is gevolgd, terwijl een publicatie in 2013 voor de gevaren hiervan heeft gewaarschuwd;

5) Ten slotte heeft klaagster als klachtonderdeel toegevoegd dat het haar bevreemdt dat haar man als patiënt is geaccepteerd door de afdeling Intensive Care, terwijl bekend was dat er in het F geen aanvullende behandeling kon worden verricht. Aan klaagster is pas laat tijdens de opname medegedeeld dat er gespecialiseerde centra waren waar haar man beter behandeld kon worden.

#### **4. Het standpunt van verweerder**

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

#### **5. De beoordeling**

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. In het tuchtrecht is persoonlijke verwijtbaarheid het uitgangspunt.

5.2. Voor zover verweerder door klaagster wordt aangesproken in zijn hoedanigheid van hoofd van de IC-afdeling geldt dat - in navolging van jurisprudentie van het Centraal

Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG 19 april 2011, nr. C2010.159) - een arts voor zijn handelen in een bestuurlijke of leidinggevende functie, tuchtrechtelijk aansprakelijk kan zijn. De tuchtnormen zoals neergelegd in artikel 47 lid 1 wet BIG betreffen niet alleen handelen of nalaten in strijd met de zorg die men als beroepsbeoefenaar behoort te betrachten (de eerste tuchtnorm), maar ook enig handelen of nalaten in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg (de tweede tuchtnorm). Dit laatste handelen kan tot een tuchtrechtelijke veroordeling leiden, mits het handelen voldoende weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg. De wet stelt daarbij de eis dat de desbetreffende beroepsbeoefenaar handelt in de hoedanigheid ter zake waarvan hij een registratie heeft verkregen. Deze eis brengt met zich dat voor een tuchtrechtelijke beoordeling voorwaarde is dat de beroepsbeoefenaar zich heeft begeven op het deskundigheidsterrein dat bij zijn titel hoort. Daarbij dient terughoudend te worden getoetst als het handelen van een arts niet een individuele patiënt betreft, maar veeleer betrekking heeft op de organisatie van de zorg en de randvoorwaarden waaronder die worden verleend, omdat dit handelen behoort tot keuzes in het kader van de bedrijfsvoering waarbij in beginsel beleidsvrijheid bestaat, ook al kunnen die keuzes gevolgen hebben voor de individuele gezondheidszorg. In de jurisprudentie worden voorbeelden van toetsbare gedragingen genoemd zoals het adequaat reageren op een mislukte operatie of op klachten over het handelen van een beroepsbeoefenaar, het leveren van verantwoorde zorg als bedoeld in artikel 2 Kwaliteitswet zorginstellingen, het (op grond van artikel 4a Kwaliteitswet zorginstellingen) melden van calamiteiten, het inzetten van instrumenten om (vermeend) disfunctioneren van een beroepsbeoefenaar op te sporen of vroegtijdig zichtbaar te maken, het oog hebben op de dossiervoering in meer algemene zin en op de diagnostiek van beroepsbeoefenaren, het nemen van maatregelen ter voorkoming van het maken van slachtoffers door onvoldoende zorgverlening van een beroepsbeoefenaar, het zich laten informeren over misstanden rond een beroepsbeoefenaar en het systematisch bewaken van de kwaliteit van zorg.

5.3. Wordt een en ander betrokken op hetgeen verweerder door klaagster wordt verweten, dan moet worden geoordeeld dat klaagster ten aanzien van de klachtonderdeel 1 ontvankelijk is op grond van de eerste tuchtnorm. Voor de overige klachtonderdelen geldt dat deze op grond van de tweede tuchtnorm slechts ontvankelijk zijn voor zover deze zien op het bieden van (de randvoorwaarden voor) verantwoorde medische zorg en de protocollering daarvan op de IC. Verweerder is niet tuchtrechtelijk verantwoordelijk voor beslissingen van individuele zorgverleners die niet zijn terug te voeren op de protocollen en andere werkafspraken.

#### *Klachtonderdeel 1: weigering gesprek op 4 juli 2015*

5.4. Wat betreft het eerste klachtonderdeel overweegt het college dat de vaste contactpersoon als hoofdbehandelaar met klaagster eenmaal per week de voortgang van de behandeling van patiënt en het beloop besprak. Op zaterdag 4 juli 2015 had verweerder dienst. Klaagster maakte zich zorgen om patiënt en heeft de verpleging gevraagd om een gesprek met een intensivist. De gebruikelijke communicatie op de afdeling is dat in beginsel de arts-assistent van een dergelijk verzoek op de hoogte wordt gesteld. In dit geval heeft de verpleging het verzoek van klaagster rechtstreeks doorgegeven aan verweerder. Verweerder moest op dat moment – omdat hij dienst had – een inschatting maken van de dringendheid van het verzoek van klaagster afgezet tegen de andere (vaak acute) gevallen waarmee een intensivist tijdens zijn dienst te maken krijgt. Het college overweegt dat tijdens een dergelijke dienst in beginsel geen plek is voor een gesprek met een familielid indien geen grote veranderingen in de me-

dische toestand van de patiënt zijn opgetreden. Verweerder heeft toegelicht dat hij een afweging heeft gemaakt, waarbij hij heeft betrokken dat klaagster twee dagen ervoor een gesprek met de vaste contactpersoon had gehad en dat de situatie van patiënt - naar zijn beoordeling - op dat moment niet dusdanig veranderd was dat er aanleiding was voor bespreking of aanpassing van het beleid laat staan acute interventie. Nadat verweerder had vernomen dat klaagster in de avond ongerust en overstuur naar huis was gegaan, heeft hij patiënt alsnog bezocht en telefonisch contact opgenomen met klaagster. Het college acht de handelwijze van verweerder aldus niet onzorgvuldig. Dit brengt met zich dat klachtonderdeel 1 faalt.

#### *Klachtonderdeel 2: bevoegdheden verpleging met betrekking tot beademing*

5.5 Wat betreft het tweede klachtonderdeel overweegt het college dat klaagster tijdens de zitting heeft aangegeven dat deze klacht zich met name toespitst op de gang van zaken op de afdeling, waarbij de verpleegkundigen beslissingen namen over het zuurstofbeleid. Verweerder heeft toegelicht dat de verpleegkundigen op de afdeling gekwalificeerde IC-verpleegkundigen zijn, die daarbij handelen conform het op de afdeling geldende Beademingsprotocol. Verweerder heeft ook een kopie van dit protocol overgelegd (gedateerd juni 2014). Het betreft volgens de introductie een protocol, geaccordeerd door medische en verpleegkundige staf, waar uitsluitend gemotiveerd vanaf geweken kan worden. In het protocol staat onder meer dat het protocol 'nurse-driven' is, hetgeen volgens de toelichting van dat protocol betekent dat de dienstdoende ICU-arts de doelen definieert, welke door de ICU-verpleegkundige gerealiseerd worden. Gelet op hetgeen hiervoor onder 5.2 en 5.3 is besproken, kan verweerder als hoofd van de afdeling tuchtrechtelijk worden aangesproken op de inhoud van de op de afdeling gehanteerde protocollen indien het protocol in strijd is met de eisen die kunnen worden gesteld aan het leveren van goede zorg. Het protocol is volgens de introductie ontwikkeld door de beademingswerkgroep van het ziekenhuis op basis van de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), de richtlijnen European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), Society of Critical Care Medicine (SCCM) en richtlijnen van verwante beroepsorganisaties volgens de principes van Evidence-based medicine (EBM). Verweerder heeft voorts aangevoerd dat de afdeling IC in 2009 en 2014 is gevisiteerd door de gezamenlijke kwaliteitsvisitatiecommissie vanuit de beroepsverenigingen NVIC en V&VN IC, waarbij onder meer de protocollen zijn getoetst en akkoord bevonden. Het college overweegt daarbij dat het beleid op de IC past bij het beleid in Nederlandse ziekenhuizen dat gecertificeerde verpleegkundigen dergelijke handelingen zelf mogen verrichten binnen de kaders van vigerende protocollen. Verweerder kan hiervan geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt. Klachtonderdeel 2 faalt daarmee.

#### *Klachtonderdelen 3 en 4c: uitstellen tracheotomie, ontwatering en hypernatriemie*

5.6. Klachtonderdeel 3 betreft de visie van klaagster dat patiënt ten onrechte 'ontwaterd' is om zo mogelijk een tracheotomie te voorkomen. Tevens verwijt klaagster verweerder dat de tracheotomie te laat is uitgevoerd. Verweerder heeft betoogd dat hij zelf niet betrokken was bij de beslissing om over te gaan tot "ontwateren" en dat hij juist op meerdere momenten heeft besloten tot de toediening van meer vocht. Verweerder is hiervoor volgens klaagster echter wel tuchtrechtelijk verantwoordelijk, omdat verweerder als hoofd van de IC verantwoordelijk is voor protocollen op dit gebied. Het college overweegt dat de individuele patiëntenzorg in voornoemd beademingsprotocol niet op dit niveau is vastgelegd, en in zijn algemeenheid ook niet in protocollen is te vatten. In het beademingsprotocol is beschreven hoe gehandeld moet worden bij een verwachte beademingsduur van twee weken of meer. Er staat niet in dat er binnen 10 dagen een

tracheotomie had moeten worden uitgevoerd. Dat dit niet in het protocol staat als richtlijn acht het college niet in strijd met de eisen die gesteld kunnen worden aan een goede zorgverlening. In de literatuur wordt dit immers niet dwingend voorgeschreven en het staat niet vast dat het nalaten daarvan de toestand van een patiënt in negatieve zin beïnvloedt. Het is aan de directe behandelaar om te beoordelen wat in de betreffende situatie het beste is voor de patiënt. Het protocol is naar het oordeel van het college dan ook – mede gezien hetgeen hiervoor onder 5.5. is overwogen - voldoende adequaat.

5.7. Klaagster heeft ook aangegeven dat het voor haar een belangrijk punt is geweest dat patiënt gedurende negen dagen een te hoog natriumgehalte heeft gehad, waarbij klaagster steeds tevergeefs om urineonderzoek heeft verzocht en om toediening van extra vocht. Dit heeft volgens klaagster onnodig bijgedragen aan de ernstige polyneuropatie die patiënt volgens haar aan de opnameperiode op de IC heeft overgehouden. Het college overweegt dat de procedure van ontwatering op een IC de individuele patiëntenzorg betreft, waarvoor verweerder als hoofd van de afdeling niet tuchtrechtelijk verantwoordelijk is. Ten overvloede wordt hierover opgemerkt dat het zeer lastig is om bij een dergelijke ernstig zieke patiënt de waardes goed in balans te houden. Uit het patiëntendossier blijkt volgens het college echter niet een dusdanig ernstige hypernatremie dat de op de Ct van het cerebrum gevonden cerebrale atrofie hierdoor kan worden verklaard. Ook volgt uit het dossier niet dat er te weinig vocht is toegediend. Het voorgaande brengt met zich dat aan verweerder ook wat betreft de klachtonderdelen 3 en 4c geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt, zodat ook deze klachtonderdelen falen.

#### *Klachtonderdeel 4: gebruik verouderde protocollen*

5.8. Voor zover deze meer algemene klacht voornoemd beademingsprotocol betreft, is hiervoor onder 5.5 en 5.6 reeds overwogen dat dit protocol naar het oordeel van het college voldoende adequaat is om een verantwoorde patiëntenzorg te kunnen leveren op de afdeling. Klaagster heeft wat dit betreft nog opgemerkt dat het voor haar een belangrijk punt is dat zij er steeds voor heeft gewaarschuwd dat de inspiratoire beademingslucht haar man niet (goed) werd bevochtigd waardoor hij uiteindelijk ook hypoxisch zou zijn geweest. Verweerder heeft ter zitting toegelicht dat de beslissing om te bevochtigen op de IC afhangt van meerdere factoren en dat de behandelend arts hierin een weloverwogen beslissing heeft gemaakt. Het beademingsprotocol is in dezen gevolgd en dit protocol is adequaat/up-to-date. Verweerder hiervan geen tuchtrechtelijk verwijt gemaakt worden.

5.9. Ook van het door verweerder overgelegde sedatieprotocol is niet gebleken dat dit verouderd is. Verweerder is als hoofd van de afdeling niet verantwoordelijk voor de volgens klaagster verkeerde beslissingen op dit gebied, nu deze beslissingen zijn genomen door de rechtstreeks betrokken behandelaren.

5.10. Wat betreft het Pancreatitisprotocol uit 2005 geldt dat dit inderdaad oud is, maar dat dit verweerder niet valt te verwijten aangezien dit een landelijk protocol is. Protocollen die zijn opgesteld voor een MDL-afdeling kunnen niet één op één worden toegepast op een IC-afdeling. Verweerder heeft toegelicht dat het protocol uit 2005 voor de IC wordt aangevuld door op de IC gehanteerde (overige) protocollen. Zoals hiervoor is overwogen wordt de kwaliteit daarvan ook nog beoordeeld door de kwaliteitsvisitatiecommissie van de beroepsverenigingen.

5.11. Klaagster heeft in verband met dit protocol nog meer specifiek opgemerkt dat haars inziens te laat een duodenumsonde bij haar man is ingebracht en dat te laat en op verkeerde wijze pancreasenzymen zijn toegediend, hetgeen zijn herstel volgens haar negatief heeft beïnvloedt. Gebleken is evenwel dat de beslissingen omtrent de sondevoeding zijn genomen na uitgebreid overleg tussen diverse disciplines inclusief de MDL-afdeling, waarvoor verweerder niet verantwoordelijk is. Deze beslissing betreft bovendien de individuele behandeling van patiënt waarvoor verweerder niet tuchtrechtelijk verantwoordelijk kan worden gehouden. Van een nalatigheid of fout in de protocollen op dit punt is het college niet gebleken.

5.12. Nu naar het oordeel van het college geen sprake is van het gebruik van verouderde protocollen of protocollen die de patiëntenzorg op de afdeling IC onvoldoende waarborgen, valt verweerder hiervan geen tuchtrechtelijk verwijt te maken en faalt klachtonderdeel 4 ook voor het overige.

#### *Klachtonderdeel 5: overplaatsing*

5.13. Verweerder heeft betwist dat er is voorgesteld patiënt over te plaatsen wegens onvoldoende ervaring in het F. Een voorstel tot overplaatsen is volgens hem (meermalen) juist gedaan omdat klaagster uitte weinig vertrouwen te hebben in de wijze waarop haar man op de afdeling behandeld werd. Een dermate ernstige situatie als waarvan bij patiënt sprake was is weliswaar zeldzaam, maar dat geldt ook voor andere ziekenhuizen. Daarom is naast het dagelijkse multidisciplinair overleg over de medische toestand van patiënt ook driemaal het landelijk Expertpanel (in het leven geroepen door de Pancreatitis Werkgroep Nederland in samenspraak met de Alveeskliervereniging Nederland) geraadpleegd. In dat panel zitten 17 experts vanuit het hele land die deskundig en ervaren zijn in de zorg voor ernstige acute pancreatitis patiënten. Ook voor de drainage hoefde patiënt volgens verweerder niet te worden overgeplaatst: voor een percutane drainage hebben de radiologen binnen het F voldoende ervaring. Voor een transgastri-sche drainage, zoals later verricht, diende patiënt te worden overgeplaatst naar een centrum met ervaring hierin, maar hiertoe bestond - ten tijde van de IC-opname - geen indicatie, volgens het geraadpleegde pancreatitis Expertpanel.

5.14. Het college is het met verweerder eens dat er medisch-technisch geen reden was om tot overplaatsing van patiënt over te gaan. Gezien de moeizaam verlopende communicatie, waarbij de afdeling duidelijk niet kon voldoen aan de behoeften en verwachtingen van klaagster, was het achteraf gezien wellicht beter geweest om patiënt toch over te plaatsen en hier meer sturend in te zijn. Dit wordt ter zitting door verweerder ook onderkend. Een tuchtrechtelijk verwijt kan verweerder hiervan echter niet gemaakt worden.

5.15. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht (in al haar onderdelen) ongegrond is. Verweerder kan met betrekking tot de klachten geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.

## **6. De beslissing**

Het college:

- wijst de klachten af.

Aldus beslist op 1 november 2016 door:  
mr. P.J. van Eekeren, voorzitter,



dr. K.M.A.J. Tytgat, dr. W.J.W. Bos en J.I. van der Spoel, leden arts,  
mr.dr. E. Pans, lid-jurist,  
bijgestaan door mr. C. Neve, secretaris,  
en in het openbaar uitgesproken ter zitting van 13 december 2016 door de voorzitter  
in aanwezigheid van de secretaris.

WG secretaris

WG voorzitter