

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2017/108

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 25 januari 2017 binnengekomen klacht van:

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

tegen

**E**, specialist ouderengeneeskunde,  
werkzaam te F,  
v e r w e e r d e r ,  
gemachtigde: mr. R .J. Peet, verbonden aan VvAA te Utrecht.

#### 1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift van klaagster sub 1 jegens G;
- de brief van 10 februari 2017 van G,
- de brief van klaagster sub 2, zus van klaagster sub 1 dat zij eveneens de klacht indient;
- de brief van 8 maart 2017 van klaagster sub 1 dat zij de tuchtklacht jegens G intrekt en wijzigt in de naam van verweerder en dat klaagster sub 2 medeklager is;
- het verweerschrift met de bijlage (medisch journaal);
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- de brief van de gemachtigde van verweerder van 26 mei 2017, met procesbeschrijvingen / jprotocollen voor de verpleging;
- de brief van 1 juni 2017 van klaagster sub 1 met aankondiging medebren-  
ging haar echtgenoot als getuige.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

De klacht is op de openbare terechtzitting van 13 juni 2017 behandeld.

Partijen waren aanwezig. Klaagsters waren vergezeld van de echtgenoot van klaagster sub 1, die in de zaal heeft plaatsgenomen. Verweerder werd bijgestaan door zijn gemachtigde.

## **2. De feiten**

2.1 Klaagsters zijn de dochters van mevrouw H, geboren december 1924 (verder te noemen: moeder of patiënte). Klaagster sub 1 was de contactpersoon. Patiënte woonde in het wooncentrum I, één van de locaties van de J te F. Verweerder is als specialist ouderengeneeskundige aldaar werkzaam.

2.2 Op 28 januari 2016 in de ochtend was patiënte in de war en beefde. De bloedsuikerwaarde bedroeg na meting 2.0. Na inname van suikerhoudend voedsel daalde de bloedsuikerwaarde naar 1.4. Na overleg met een andere specialist ouderengeneeskunde is toen besloten nog wat dextro en brood te geven. Bij daling van de bloedsuikerwaarde zou de specialist weer gebeld worden en daarna 112. De bloedsuikerwaarde steeg echter weer naar 2.8 en uiteindelijk voor de lunch naar 5.6. Er is toen ook contact geweest, rond het middaguur, met klaagster sub 1, die door een medewerkster van de J was gebeld.

2.3 Omstreeks 19.40 uur (op 28 januari 2016) en nadat klaagster sub 1 zelf omstreeks 18.00 uur contact had gezocht met de J, heeft een verzorgende contact gehad met verweerder. Klaagster sub 1 heeft omstreeks 20.00 uur gebeld met de J. Zij heeft toen gesproken met verweerder; haar man luisterde mee met het telefoongesprek door middel van een speaker. Daarna heeft verweerder met een internist van het L te F gesproken over de situatie van patiënte. Omstreeks 20.12 uur heeft verweerder weer telefonisch contact gehad met klaagster sub 1. Daarna heeft verweerder met een verzorgende besproken dat gekozen was voor een (afwachtend) beleid en dat de glucose nog 's avonds en de volgende ochtend zou worden gecontroleerd. In het medisch dossier staat op deze dag (28 januari 2016): *“Vandaag hele dag al lage bloedsuikers. Geen vg in die richting, geen medicatie van andere bewoners gehad. Eet al een tijd slecht, is afgevallen en mager. Om 18 u weer 1,6 en met eetinspanning na 2 uur 2,6. Overleg met interne L. Geeft als dd aan pillen, chronische ondervoeding, levermetastasen of insulinoom. Allen niet behandelbaar. Dochter zou opname nog wel willen, maar ziet ook dat het niet echt iets oplost. B/ controle glucose om 21.30 en morgen ochtend. Wel nog wat eten voor de nacht.”*

Op 2 maart 2016 heeft verweerder nog een aanvulling geschreven in het dossier over de telefonische contacten die hij met klaagster sub 1, de verzorgende en de internist heeft gehad.

2.4 Om 21.30 uur is de bloedsuikerwaarde weer bepaald door de verpleging; deze bedroeg volgens het medisch dossier 2.1. Patiënte kreeg suikerhoudende voeding en drinken. Patiënte was helder en goed aanspreekbaar. De dienst van verweerder eindigde op 28 januari 2016 om 23.00 uur. Om 3.00 uur 's nachts is patiënte nog wakker gemaakt; zij was goed aanspreekbaar aldus de aantekeningen in het medisch dossier. Er heeft geen mondelinge overdracht plaatsgevonden voorafgaand aan en bij afsluiten van de dienst van verweerder.

2.5 Op 29 januari 2016 om 6.15 uur trof de verpleging patiënte in snurkende ademhaling aan; patiënte zag wit, de bloedsuikerwaarde bedroeg 1.2. De familie van patiënte is toen gebeld.

Diezelfde dag vernam verweerder van een collega dat patiënte vroeg in de ochtend in een coma was geraakt als gevolg van daling van de bloedsuikerwaarde.

2.6 Patiënte is op 30 januari 2016 om 19.36 uur overleden.

2.7 Nadien is de familie gebleken dat door de apotheker verkeerde medicatie (2 van de 3 tabletten metoprolol á 25 mg waren vervangen door 2 tabletten glimepiride á 6 mg) was verstrekt in de medicatierol voor patiënte. Deze verwisseling van medicatie bleek achteraf gezien de oorzaak van de hypoglycaemie van patiënte. Van deze verwisseling van medicatie is een melding gedaan aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

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

Klagsters verwijten verweerder onzorgvuldig handelen: hij kende patiënte niet en heeft waarschijnlijk alleen haar medisch dossier gezien en haar niet onderzocht. Er is te lang aangemodderd op 28 januari 2016 met suikerhoudende drankjes e.d. meer. Verweerder heeft een verkeerde diagnose gesteld op basis van aannames. Door het verhaal van verweerder zijn klagsters op het verkeerde been gezet en hebben zij niet alles op alles gezet om moeder op te laten nemen. Verweerder had moeder moeten laten opnemen in het ziekenhuis.

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

Verweerder werd tijdens zijn bereikbaarheidsdienst (thuis) rond 19.40 uur gebeld door een verzorgende van patiënte. Hij vernam toen dat patiënte al langer slecht at bij haar dementie. Hij kon het medisch dossier van patiënte inzien. Volgens de verzorging had patiënte geen insuline of andere bloedsuikerverlagende medicatie gekregen. Op het moment van telefoneren was patiënte nog goed aanspreekbaar. Zij at goed en de bloedsuikerwaarde steeg weer. De werkdiagnose van verweerder was hypoglycaemie bij ondervoeding ten gevolge van Alzheimer dementie. Als werkdiagnose werd gedacht aan levermetastasen, een insulinoom en het gebruik van bloedsuikerverlagende medicatie. De oorzaak van het dalen van de bloedsuikerwaarde was niet duidelijk. Vervolgens heeft verweerder met klagster sub 1 hierover gesproken. Daarna heeft hij telefonisch overleg gevoerd met de internist van het

L te M, die tot een zelfde (werk)diagnose kwam. Opname in het ziekenhuis was niet zinvol en er was op dat moment geen plaats op de afdeling geriatrie. Daarna heeft verweerder weer telefonisch contact gehad met klagster sub 1 en heeft hij het advies van de internist besproken. Volgens verweerder was ondervoeding de meest waarschijnlijke oorzaak. Verweerder heeft met de verzorging afgesproken dat patiënte niet zou worden ingestuurd en dat haar bloedsuikerwaarden die avond en eventueel 's nachts nog zouden worden gecontroleerd. Verweerder heeft er niet voor gekozen patiënte zelf te zien omdat hem dat geen (nadere) informatie zou opleveren voor het gekozen beleid en bovendien was de afdeling besmet met het noro-virus hetgeen ook meewoog.

### **5. De beoordeling**

5.1. Het betreft hier het handelen van verweerder als specialist ouderengeneeskunde ten opzichte van een patiënte die hij niet kende en haar familieleden. Een specialist ouderengeneeskunde dient niet alleen medisch zorgvuldig te handelen, maar ook ermee rekening te houden dat patiënten in een verpleeghuis in de laatste levensfase verkeren, waarbij de betrokkenheid en communicatie met de familieleden zorgvuldig en persoonlijk dient te zijn. In deze zaak is verweerder eerst betrokken door een telefoontje van de

verzorgenden over de schommelingen in de bloedsuikerwaarden en vooral de lage bloedsuikerwaarden. Uit het medisch dossier was het verweerder bekend dat patiënte geen (medische) voorgeschiedenis had dienaangaande en ook overigens niet bekend was met niet meer behandelbare tumoren of een andere ongeneeslijke aandoening. Ook had verweerder vernomen dat patiënte geen insuline of andere bloedsuikerverlagende medicatie (van een andere patiënt) had gekregen. Zowel de werkdiagnose (hypoglycaemie bij ondervoeding) als de differentiaal diagnose (levermetastasen, insulinoom, bloedsuikerverlagende medicatie) zijn niet gestoeld op eigen onderzoek bij patiënte (was hier sprake van een – in medische zin bedoelde – “zieke” patiënte?) en zijn niet gebaseerd op objectiveerbare gegevens. Bij ondervoeding past niet zonder meer een hypoglycaemie en de levermetastasen en insulinoom komen als het ware uit de lucht vallen, nu er geen voorgeschiedenis was van enig lijden dat in de richting van een dergelijke diagnose zou kunnen leiden. Gelet ook op de ernst van de (differentiaal) diagnose had verweerder in ieder geval patiënte zelf moeten bezoeken en ook met de familie zelf, in een persoonlijk gesprek, hierover moeten spreken. Dat sprake was van een noro-virus op de afdeling kan en mag voor medisch noodzakelijk dan wel gewenste interventies geen beletsel zijn in deze ernstige situatie.

Vast staat dat klaagster sub 1 zich zeer overvallen voelde door de mogelijkheid van levermetastasen nu patiënte niet bekend was met kwaadaardig lijden. En bovendien werd tijdens het telefoongesprek met klaagster sub 1 ook besproken dat verdere behandeling weinig zinvol zou zijn; dan gaat het dus over het naderende levenseinde van een patiënte. Op zo'n moment behoort een specialist ouderengeneeskunde persoonlijk met de familie te spreken; dat heeft verweerder niet gedaan en dat kan hem tuchtrechtelijk verweten worden.

5.2. Verweerder stelt weliswaar dat hij in telefonisch overleg met de familie/klaagster sub 1 ervoor heeft gekozen om patiënte niet op te nemen, doch hij heeft hiervoor geen oog gehad voor deze zeer onverwachte boodschap voor de familie: patiënte verkeerde voordien immers in relatief goede gezondheid en had geen voorgeschiedenis wat betreft de in deze situatie niet voor behandeling in aanmerking komende aandoening (metastasen, tumor). In het medisch dossier was ook aangetekend dat in beginsel werd gekozen voor een actief beleid inhoudende ziekenhuisopname voor onderzoek en behandeling, in overleg met de familie. Dat de familie verweerder gevolgd heeft in zijn advies, zeker na een consult met een internist zoals hij had aangegeven, kan moeilijk verstaan worden als “informed consent” nu zij zich overvallen voelde en verweerder daar kennelijk geen oog voor heeft gehad, althans dat is niet kenbaar uit de stukken en is ook ter zitting niet gebleken. Bovendien heeft verweerder zichzelf en de familie de mogelijkheid ontnomen om toch uitvoeriger te spreken over de (nieuw) ontstane situatie en de familie daarin persoonlijk te begeleiden, zeker nu het zou gaan om een naderend levenseinde van patiënte. In deze communicatie is verweerder ernstig te kort geschoten. Het college sluit niet uit dat er na een persoonlijk gesprek met de familie toch tot een opname was besloten gelet op alle onduidelijkheden die er waren inzake de diagnostische overwegingen.

5.3 Zoals ook al overwogen onder 5.1 is zowel de werkdiagnose als de differentiaal diagnose niet gebaseerd op medisch objectiveerbare gegevens. Verweerder heeft weliswaar zijn diagnoses besproken met de internist, die zijn overwegingen zou hebben ondersteund, doch dat ontslaat verweerder niet van zijn eigen verantwoordelijkheid dienaangaande. Anders gezegd: verweerder kan zich niet “verschuilen” achter hetgeen de internist zou hebben gezegd. In die zin is verweerder dan ook te passief of volgzzaam

geweest. Verweerder kan aldus verweten worden dat hij de diagnoses niet juist – niet medisch objectiveerbaar – heeft gesteld en dat hij onvoldoende moeite heeft gedaan om zijn overwegingen concreet te verifiëren hetgeen als onzorgvuldig medisch handelen kan worden gekwalificeerd.

5.4 Dat verweerder na het overlijden van patiënte geen contact meer heeft gezocht met de familie kan hem in zoverre niet verweten worden nu hij te zitting heeft verklaard dat hem dat door de vestigingsmanager is ontraden, omdat de familie zou hebben aangegeven geen contact met verweerder te willen hebben. Weliswaar is dit bericht door klaagsters resoluut weersproken (zij wilden geen contact met de apotheker), maar dit berust kennelijk op een communicatiestoornis met de J. Dat kan verweerder dus niet verweten worden.

5.5 Al met al kan verweerder verweten worden dat hij tekort is geschoten in de medische zorg van patiënte door uit te gaan van niet objectieerbare diagnoses en door haar niet persoonlijk te bezoeken en tevens dat hij tekort is geschoten in de communicatie met de familie van patiënte. Dit betekent dat die klacht(onderdelen) van klaagsters slagen. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens patiënte en klaagsters had behoren te betrachten.

Gezien de verwijtbaarheid van het handelen past hiervoor een zwaardere sanctie dan de waarschuwing, ook al is verweerder niet eerder met het tuchtrecht in aanraking geweest en zal hij, zo verklaarde hij ter zitting, in de toekomst anders handelen.

## **6. De beslissing**

Het college:

- verklaart de klacht gegrond;
- legt op de maatregel van berisping.

Aldus beslist door:

mr. R.A. Dozy, voorzitter,

dr. B. van Ramshorst, drs. J.C. van der Molen en drs. A.J.J.M. Keijzer-van Laarhoven, leden-arts,

mr. A. van Maanen, lid-jurist,

bijgestaan door mr. J.W. Rouwendal, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 25 juli 2017 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG  
secretaris

WG  
voorzitter