

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 269/2015

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 10 oktober 2017 naar aanleiding van de op 10 november 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
bijgestaan door: C,

k l a a g s t e r

-tegen-

O, verpleegkundige, werkzaam te K,
bijgestaan door: mr. W.R. Kastelein, advocaat te Zwolle,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlage;
- het verweerschrift;
- de repliek met de bijlagen;
- de dupliek;
- de op 6 januari 2017 door klaagster ingebrachte 'Samenvatting voor tuchtcollege';
- het proces-verbaal van het op 27 februari 2017 gehouden mondeling vooronderzoek;
- het wrakingsverzoek van klaagster en haar zeven kinderen, gericht tegen de secretaris die het mondeling vooronderzoek hield;
- de beslissing van de wrakingskamer van 24 maart 2017, hersteld bij beslissing van 7 april 2017, waarbij de verzoekers tot wraking niet-ontvankelijk zijn verklaard;
- een 'Ziekenhuisverslag Pa' van de zijde van klaagster, ingekomen op 26 augustus 2017.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 12 september 2017, alwaar zijn verschenen klaagster, bijgestaan door haar dochter C, en verweerder, bijgestaan door zijn raadvrouw. C heeft een pleitnota overgelegd.

Ter zitting zijn gelijktijdig doch niet gevoegd de klachten behandeld tegen de verpleegkundig specialisten M (267/2015) en N (268/2015) en de verpleegkundigen O (verweerder), R (270/2015), P (271/2015) en Q (272/2015). In elk van de zaken wordt op dezelfde datum uitspraak gedaan. Tevens zijn op 8 september 2017 klachten behandeld van klaagster tegen twee urologen, een cardioloog en drie vaatchirurgen. Deze klachten zijn bekend onder de nummers 263 tot en met 266 en 273/2015 en 158/2016. Op die klachten wordt eveneens vandaag 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.

De klacht betreft de zorg voor de echtgenoot van klaagster, geboren in 1929 en overleden in 2014, verder patiënt te noemen.

De medische voorgeschiedenis van patiënt luidde als volgt: in 1965 heeft hij een B1 maagresectie ondergaan; in 1984 een cholecystectomie; in 2000 heeft hij een aortabiliaicale bifurcatieprothese ('broekprothese') gekregen in verband met een gebarsten aneurysma van de abdominale aorta (AAA); in 2001 een nefro-ureterectomie (verwijdering van een nier met ureter) links in verband met een urotheelcelcarcinoom; in 2002 een onderwandinfarct waarvoor een percutane coronaire interventie (PCI, dotteren van een kransslagader met een stent) heeft plaatsgevonden; in 2004 heeft een urethrotomie plaatsgevonden met plaatsen van een dubbel-J stent rechts en in datzelfde jaar is bij coloscopie een stenose op 20 centimeter gedilateerd; in 2005 had hij een fistel (een niet-natuurlijke verbinding) tussen de rechterpoot van de aortabroekprothese en de ureter waarvoor een operatieve behandeling heeft plaatsgevonden waarbij een ileuminterpositie van een deel van de ureter rechts (mononier rechts) is verricht; in 2005 had hij tevens een psoas abces links op basis van een stafylococcus aureus waarvoor hij langdurig met antibiotica is behandeld; in 2008 had hij een strictuur (vernauwing) van de plasbuis en in 2010 had hij klachten van angina pectoris.

Patiënt was in acht maanden tijd zesmaal opgenomen geweest in J onder verantwoordelijkheid van uroloog E in verband met recidiverende urineweginfecties en hematurie, met daarbij angineuze klachten. De hematurie kwam telkens weer terug. Uiteindelijk heeft de behandelend uroloog met hem besproken dat hij beter verder behandeld kon worden door uroloog F te K. In de dagen daarna bleek er niet aanstonds plaats te zijn in K. Patiënt is vervolgens vijfmaal opgenomen geweest in K.

Opname 1 mei t/m 23 mei 2014

Patiënt werd van 1 tot en met 3 mei 2014 opgenomen op de afdeling urologie waar verweerder operationeel leidinggevende is. Op vrijdag 2 mei 2014 werd een (door E met spoed geplande) diagnostische URS uitgevoerd door uroloog F. Er werd uiteindelijk een iliaco-ureterale fistel gezien. F heeft de interventieradioloog L gevraagd te assisteren.

Deze heeft meerdere coils in de laterale holte en het mediale deel van de fistel aangebracht. Mede omdat patiënt postoperatief hartklachten kreeg bleef hij lang op de recovery-afdeling, waar klaagster hem even heeft gezien, en kwam hij eerst rond 19.00 uur weer naar de afdeling. F heeft wel gesproken met de patiënt, niet met de familie. In de hiernavolgende periode hield patiënt hematurie met stolsels. In de cardiologische decursus is dit genoteerd op: 5 mei, 7 mei, 13 mei, 14 mei en 19 mei 2014.

Vanwege een Non-ST-elevatie myocardinfarct werd patiënt op 3 mei 2014 onder supervisie van cardioloog I opgenomen op een afdeling cardiologie (afdeling 4.5), waar verpleegkundige P operationeel leidinggevende is. In eerste instantie werd afgezien van katheterisatie. Patiënt verbleef eerst op een vierpersoonskamer en werd in de loop van de dag overgeplaatst naar een eenpersoonskamer. Op 13 mei 2014 heeft een hartkatheterisatie plaatsgevonden. Op cardiologisch gebied is in het hartteam vanwege de risico's gekozen voor een PCI van de HS (hoofdstam) en de RCA (rechter coronair arterie) met verder medicamenteuze stabilisatie, een arts-assistent heeft hiervan verslag gedaan aan de familie. Op urologisch gebied werd in overleg met F vaatchirurg H in consult gevraagd, die in overleg met de cardioloog besloot eerst een CT-angio te maken teneinde de volgorde van de behandeling van de fistel en verder cardiologisch ingrijpen te bepalen. In een daaropvolgend gesprek van een arts-assistent cardiologie met de familie wees deze erop dat er in J recent een CT-scan was gemaakt. Genoteerd werd deze eerst te bekijken om de belasting met contrastvloeistof van de nier zo mogelijk te vermijden. In verband met de ernstige nierinsufficiëntie vond overleg met de nefroloog plaats. Op 15 mei 2014 is patiënt gedoterd (ongecompliceerde PCI van de hoofdstam). Op die datum is genoteerd dat in verband met de al aanwezige contrastload in verband met de PCI is afgezien van een CT-angio; voorts dat overleg met de vaatchirurg nodig was in verband met een ernstig bedreigd coronairsysteem met instabiele klachten. Van 14 tot en met 15 mei 2014 heeft patiënt op de afdeling hartbewaking gelegen vanwege pijn op de borst en daarna weer tot zijn ontslag op 23 mei 2014, op de afdeling cardiologie waar hij eerst op een vierpersoonskamer terecht kwam en op zijn verzoek vervolgens naar een eenpersoonskamer is overgeplaatst. Op 20 en 21 mei 2014 werd genoteerd dat een klinische PCI (code III) van de RCA kon plaatsvinden als de nierfunctie van patiënt zou zijn verbeterd. Op 23 mei 2014 mocht patiënt met ontslag met een afspraak voor een poliklinische PCI van de RCA over drie weken, een afspraak bij de vaatchirurg op een termijn van twee weken en een afspraak bij E op zes – acht weken. Gedurende de laatste dagen van de opname was er geen sprake meer van hematurie.

Opname 24 mei t/m 5 juni 2014

Een dag na zijn ontslag, op 24 mei 2014, is patiënt vanwege pijn op de borst per ambulance naar het ziekenhuis vervoerd en weer opgenomen op een afdeling cardiologie (4.2b), waar Q operationeel leidinggevende is. Op 27 mei 2014 vond een familiegesprek plaats met de zaalarts en aansluitend met een cardioloog. Op 28 mei 2014 is patiënt overgeplaatst naar de intensive care afdeling (IC) en vandaar op 29 mei 2014 naar de afdeling urologie. Op 30 mei 2014 was er sprake van forse hematurie. Tijdens het vaardigen van een CT-scan, waarbij een lekkage ter plaatse van de eerder geplaatste coils werd gezien, trad hemodynamische instabiliteit op. De situatie was levensbedreigend en er diende met spoed te worden ingegrepen. Vaatchirurg H heeft de opties besproken met de familie. De familie gaf aan dat zij 'het onderste uit de kast wilde'. H heeft genoteerd dat is gekozen voor een endovasculaire ingreep en dat de familie is ingelicht over de risico's ten aanzien van eventuele occlusie van de gecoverde stent.

De ingreep werd uitgevoerd door vaatchirurg G die dienst had op de OK. Na afloop heeft deze tekst en uitleg gegeven. Patiënt verbleef aansluitend aan de ingreep van 30 tot en met 31 mei 2014 weer op de afdeling IC. In een brief aan de huisarts van 31 mei 2014 vermeldt een arts van de afdeling IC dat de operatie van 2 mei 2014 zonder het gewenste resultaat was geweest, dat bij de ingreep op 30 mei 2014 de arteria iliaca interna rechts werd gecoiled en de bestaande fistel werd overstent door een endovasculaire stentgraft. Na deze procedure vertoonde het linkerbeen geen tekenen van ischaemie. Na de IC is patiënt op 31 mei 2014 tot zijn ontslag op 5 juni 2014 overgeplaatst naar een afdeling (vaat)chirurgie, waar verpleegkundige R operationeel leidinggevende is. Op 2 juni 2014 werd door een verpleegkundige genoteerd dat de leidinggevende op de hoogte is gesteld van de onvrede bij de familie over onder meer de vele verhuizingen van patiënt. G had op 3 juni 2014 een gesprek met de familie, waarin hij geconfronteerd werd met hun ongenoegen over het beloop van de behandeling tot de operatie. G wierp zich op als hoofdbehandelaar en aanspreekpunt voor de familie.

Opname 24 t/m 26 juni 2014

Van 24 tot en met 26 juni 2014 is patiënt opgenomen geweest op de afdeling cardiologie in verband met een dotterprocedure.

Opname 16 t/m 18 juli 2014

Op 16 juli 2014 zag G patiënt poliklinisch. Deze gaf aan toenemende pijn te hebben, voornamelijk in zijn linker bovenbeen na 10 à 20 meter lopen, geen pijn in rust of 's nachts. Aansluitend werd patiënt gepland opgenomen op de afdeling chirurgie, waar R operationeel leidinggevende is, voor een CT-scan ter controle na het plaatsen van de endoprothese. Op de CT-scan werd een vochtcollectie rond de broekprothese gezien. De familie gaf aan dat ze ontevreden waren over de behandeling, het was een slecht ziekenhuis, ze hadden de afspraak bij uroloog F geannuleerd en patiënt zou te zijner tijd weer naar uroloog E in J gaan. Een verpleegkundige besprak op 17 juli 2014 met patiënt, die, zo noteerde deze, het erg moeilijk had, dat vervanging van de kunststof prothese door een andere kunststofprothese niet mogelijk was in verband met de grote kans op een nieuwe infectie, dat vervanging door eigen aderen lastig was en dat de artsen volgende week weer in gesprek zouden gaan over de mogelijkheden. Op 19 juli 2014 vond een familiegesprek plaats met een verpleegkundige.

G besprak de uitslag van de CT-scan tijdens een poliklinisch consult op 29 juli 2014 met patiënt en de familie en liet weten verder overleg te zullen hebben met de vaatchirurgen.

Vaatchirurg G besprak met de vaatchirurgen de opties:

- verwijderen broekprothese en nieuwe reconstructie met eigen aders, de zogenaamde Nevelsteenprocedure;
- nieuwe reconstructie met kunststofprothese van zilver gedrenkt in antibioticum;
- reconstructie met extra-anatomische omleiding, axilo-bifemorale bifurcatie prothese om zijn (waarschijnlijk) geïnfecteerde broekprothese te vervangen.

Deze operaties werden in verband met de belasting en de ernstige comorbiditeit niet zinvol geacht. Op 5 augustus 2014 besprak G, zoals in het eerdere familieoverleg toegezegd, telefonisch met een van de dochters dat er sprake was van een infectie bij de

prothese en dat patiënt gezien de comorbiditeit en leeftijd niet in aanmerking kwam voor chirurgische interventie.

Een positieve urinekweek leidde in overleg met een microbioloog tot het starten van een antibioticum en een antischimmelmiddel.

Op 28 augustus 2014 werd H tijdens de vakantie van G gebeld door een van de dochters in verband met zorgen over de slechte nierfunctie van patiënt. Hij heeft daarop een poliklinische afspraak geregeld bij de nefroloog, die plaatsvond op 17 september 2014.

Op 17 september 2014 zag G patiënt weer op de polikliniek. Genoteerd werd dat deze geen koorts had, geen nacht-/rustpijn en geen wonden. De loopafstand was nog steeds 20 meter. G legde met betrekking tot diverse ingrepen de risico's uit, zowel cardiaal als wat betreft infectie vanuit de zich naar het kleine bekken uitbreidende vochtcollectie bij de broekprothese. G noteerde dat revascularisatie pas bij een kritieke ischemie aan de orde zou komen.

Opname 15 oktober t/m 31 oktober 2014

Op 15 oktober 2014 werd patiënt na poliklinisch bezoek bij G opgenomen op de afdeling chirurgie vanwege algehele malaise bij een geïnfecteerde broekprothese. Dat was weer de afdeling waar R de operationeel leidinggevende is. Op 16 oktober 2014 liet patiënt volgens de verpleegkundige aantekeningen weten aan een verpleegkundige dat het leven voor hem niet meer hoefde. Op 17 oktober 2014 liet hij weten dat hij het voorafgaande jaar hard achteruit was gegaan en soms dacht dat stoppen het beste was. Nogmaals werd aan de radioloog gevraagd of de vochtcollectie rond de broekprothese, gezien op de CT-scan van 17 juli 2014, kon worden gedraineerd. Dat bleek niet het geval. G was met vakantie van 18 tot 26 oktober 2014. Op 18 oktober 2014 besprak een verpleegkundige met patiënt de problemen met betrekking tot de diverse chirurgische opties. Op

19 oktober 2014 besprak een verpleegkundige met de familie de toestand van patiënt en zegde zij toe haar best te zullen doen voor een eenpersoonskamer. Diezelfde dag werd genoteerd dat de familie de volgende dag graag een gesprek wilde met de arts als de onderzoeken gedaan waren.

De verpleging noteerde dat patiënt in toenemende mate suf en slecht aanspreekbaar was, een slechte intake had en op 20 oktober 2014 zijn warme maaltijd weigerde.

Op maandag 20 oktober 2014 noteerde verpleegkundig specialist M onder meer:
"duplex 20/10

Geen vochtcollectie direct rondom prothese en native arteriën. Wel links in de lies/buik een forse structuur, deels echorijk. Eindprothese, geen endoleak gelokaliseerd."

Op dezelfde dag had M samen met een verpleegkundige een familiegesprek met patiënt, klaagster en een aantal kinderen. Uit het 'Ziekenhuisverslag Pa' van klaagster blijkt dat de familie er tevoren over is gebeld dat dit gesprek zou plaatsvinden. Dit gesprek is als volgt genoteerd in het dossier:

"Dhr. 15-10 opgenomen door G ivm pijn linkerbeen met als doel kijken of de situatie te optimaliseren is. Bij eerdere opname is besproken met de familie dat we zeer terughoudend zijn met operationele ingrepen. Dit is op dit moment nog steeds het beleid. We zien dat dhr. niet op knapt, slechte eetlust heeft, conditioneel achteruit gaat, suffig is. Dhr.

krijgt als pijnbestrijding 2 x dd morfine en dit werkt niet optimaal. Er is nogmaals gekeken naar de CT scan die in augustus is gemaakt. Op deze scan is geen aanwijsbare reden te zien wat de pijn van dhr. kan verklaren, denk aan slijtage oid. Wel is er een sterke verdenking op een infectie van de prothese waarvoor dhr. antibiotica krijgt. Het duplex onderzoek van vandaag laat zien dat de linker poot dicht zit, dit was al bekend. Eromheen is een vochtcollectie te zien wat er op lijkt te wijzen dat er een infectie/abces zit. De kans is heel groot dat dhr. hier zo ziek van is. Dhr. wordt nu maximaal hiervoor behandeld met antibiotica. De familie vraagt zich af waarom dhr. deze antibiotica niet via het infuus kan krijgen. De reden hiervan is dat dhr. nog maanden antibiotica zal moeten slikken, dit IV doen is dus niet haalbaar. Er zijn bloedkweken genomen, hiervan is de uitslag nog niet bekend. Zodra deze bekend is dan zal er gekeken worden of dhr. de juiste antibiotica krijgt. Woensdag zal dhr. besproken worden door de vaatchirurgen, zoals eerder benoemd is een operatieve ingreep zeer onwaarschijnlijk, er zal nog wel besproken worden of een dotter behandeling mogelijk is. Ook dit zal lastig zijn gezien de slechte nierfuncties van dhr. Als blijkt uit de vaatbespreking dat er geen alternatieve behandel mogelijkheden zijn dan krijgt dhr. op dit moment het meest maximale qua behandeling. De familie vraagt zich af waarde sufheid vandaan komt. Dit kan twee oorzaken hebben namelijk vanwege de medicatie, denk aan de morfine, maar meest waarschijnlijk is vanwege de infectie/het abces wat dhr. in zijn lichaam heeft. Besloten wordt iom dhr. dat we de morfine gaan stoppen om te kijken of dhr. minder suf wordt. Dhr. geeft aan te voelen dat hij er niet goed voor staat. Dochter geeft aan dat dhr. aan heeft gegeven dat hij wel voor ok wil. M geeft aan dat de vaatchirurgen dit niet zullen doen als het risico op overlijden tijdens of vlak na ok zeer groot is. Dochter vraagt hoe het kan dat de bacterie nu zo de kop op steekt. M geeft aan hier nu geen verklaring voor te hebben, kan door verminderde afweer. De familie vraagt zich af of het mogelijk is dat de bacterie weer kan gaan sluimeren zodat dhr. wel weer wat op kan knappen? Het wachten is op de kweekuitslagen en het evt. toepassen van andere antibiotica. Dan is het kijken hoe dhr. hierop zal reageren. M benoemt dat er een scala aan antibiotica is maar dat de kans op resistentie steeds groter gaat worden met daarbij steeds minder keuze voor antibiotica. Dochter vraagt wat de laatste uitslagen zijn van bloedonderzoek. De nieren waren en blijven slecht. Het CRP (ontstekingswaarden) blijven stabiel hoog. Het Hb van dhr. blijft ook stabiel. Dochter geeft aan dat kinderen erg sterk reageren op medicatie, kan dit bij dhr. ook het geval zijn? Dit zou kunnen, dit gaan we uitsluiten door de morfine te stoppen. Mw. M geeft aan dat als de eindconclusie zal zijn dat de enige mogelijkheid is behandeling met antibiotica, dhr. hier uitbehandeld is. We moeten dan na gaan denken over de volgende te nemen stappen. In het ziekenhuis blijven heeft dan geen zin. Besproken wordt of dhr. gereanimeerd wil worden. Advies van M is niet reanimeren omdat dhr. hier w.s. niet goed door zal komen. Conditioneel is hij te slecht. Dhr. gaat hiermee akkoord. Geeft tevens aan geen dialyse meer te willen. Dochter geeft aan het moeilijk te vinden te accepteren dat dhr. zo achteruit is gegaan. M geeft aan dat het lichaam ziek is. Het is op. Familie snapt het met het verstand maar het gevoel wil niet mee hoe dit alles zo heeft kunnen gebeuren. Dhr. was namelijk in hun ogen een vitale, sterke man. Familie vraagt of dhr. alles mag eten? Dit is het geval. De diëtiste is ingeschakeld en gaat mee kijken met het voedingspatroon en de inname van dhr. Familie vraagt of fysio nog een idee is? Deze zal ingeschakeld worden. Er valt wel e.e.a. te verbeteren aan de conditie van dhr., aan de infectie kan deze niks doen.

Samenvattend:

-afwachten bloedkweek
-vaatbespreking a.s. woensdag
-morgen Fysiotherapeut icc
-tijdelijk oxycontin stop ivm sufheid
-na vaatbespreking gesprek met hoofdbehandelaar”.

Op 21 oktober 2014 lichtte M een dochter in over de stand van zaken. Van dezelfde datum is er een consultaanvraag paramedische disciplines van M, waarin aan de fysiotherapeut om hulp/instructies bij mobiliseren wordt verzocht. Inmiddels belden de kinderen één à twee keer per nacht met de verpleging, naar zij in deze procedure hebben aangegeven om te bewerkstelligen dat patiënt extra aandacht kreeg.

Verpleegkundig specialist N noteerde op 22 oktober 2014 onder meer “*Contact diëtiste à start sondevoeding?*”. Op dezelfde datum noteerde een arts-assistent interne geneeskunde onder meer dat zij had gesproken met een schoonzoon en de echtgenote van patiënt over behandeling van de acute problemen, zoals de blaasontsteking en de nierfunctie. Op deze dag vond ook het vaatchirurgisch overleg plaats.

Op 18 oktober 2014 beoordeelde H de linkerlies/het linkerbeen, op 28 en 29 oktober 2014 heeft een arts-assistent bij lichamelijk onderzoek de extremiteiten beschreven: op 28 oktober 2014 noteerde zij dat er sprake was van een licht pitting oedeem rond de enkel, op 29 oktober 2014 dat er bij de extremiteiten geen sprake was van pitting oedeem beiderzijds.

Op 23 oktober 2014 werd genoteerd:

“23/10 gesprek H, N, familie:

Zeer uitgebreid met familie gesproken. 2 dochters en echtgenote, Verpleging en N. Besproken is, dat er een zeer moeilijk behandelbare situatie is. Deze bestaat uit een vrijwel zeker geïnfecteerde bifurcatie prothese en een grote vocht collectie in het L bekkengebied en een preterninale nierinsuff. De vochtcollectie is vrijwel zeker een abces. Het prothese infect zou idealiter operatief behandeld dienen te worden. Dit is echter gezien de nierfie, cardiale situatie, abces, eerdere operaties en leeftijd geen haalbare kaart. de andere optie is een conservatieve, waarbij adequate pijnstilling wordt gegeven, met antibiotica. Dan zal geëvalueerd worden in hoeverre dit in de thuis situatie zou kunnen. Familie van patient is zeer boos en gefrustreerd. 1 dochter stelt, dat zij hoopt, dat ik dit niet ook mee zal maken in mijn eigen familie. Daarbij stelt ze het ziekenhuis hiervoor aansprakelijk te gaan stellen en het dossier op te willen gaan vragen. Hiervoor bieden we haar aan dit via de vertrouwens functionaris van het ziekenhuis dit te doen, aangezien hier regels voor zijn. Het is echter mogelijk om dit op te vragen en in te zien.”

Een verpleegkundige noteerde dat zij op 24 oktober 2014 een familiegesprek had gehad met een dochter.

In het weekend van 25/26 oktober 2014 had vaatchirurg D dienst. Gevraagd werd door de verpleging aan D of het niet handig was om zondag al te starten met sondevoeding. Een verpleegkundige tekende aan dat D te kennen had gegeven geen sondevoeding te starten omdat er dan tegenstrijdige signalen werden gegeven richting de familie.

Op 28 oktober 2014 werd genoteerd:

“notitie familiegesprek / G/ M/ verpleegkundige S:

Om dhr open te opereren om het abces weg te halen is geen optie, het is geen oplossing, want het komt terug.

Opereren technisch mogelijk, maar zeer hoog risico, vanwege slecht hart en nieren. meidsch niet zinvol

Draineren is ook geen optie, abces ligt te diep.

Aanprikken met drain is niet mogelijk ivm het diep liggen van het abces, dan is darmperforatie een groot risico. Het is niet duidelijk waar de bacterie weg komt, vanuit de blaas of vanaf de prothese.

Fam spreekt hun ongenoegen uit over het feit dat ze het gevoel hebben dat er niet geluisterd is naar hun, dhr was eerst bij de uroloog, daarna naar de cardioloog, totdat hij de grote bloeding kreeg en de vaatchirurg erbij kwam. G geeft aan dat hij daar moeilijk over kan oordelen. Gaat over periode tussen februari en mei dit jaar.

G geeft aan dat als het anders was gelopen, niet acuut, had hij dezelfde beslissing genomen die nu genomen zijn.

Blaasontsteking/UWI: Daar is de uroloog bij in consult geweest voor overleg over het beleid.

Voor specifieke zaken over dialyse moet fam zijn bij de nefroloog.

Fam twijfelt aan de juistheid van de antwoorden van dhr tegen de dokters en vpk.

De dokter spreekt uit dat de familie niet alleen niet wantrouwend moet zijn naar de artsen en vpk, we willen ook goede zorg voor dhr.

Fam vraagt naar prognose, dit ligt aan of dhr voeding tot zich wil nemen en vocht.

Fam heeft geen gelijke mening over het feit of dhr nog wil leven of niet.

Als dhr geen voeding/ vocht krijgt zal de nierfunctie snel verslechteren. En dhr zal dan komen te overlijden. Er wordt per moment gekeken of dhr pijnstilling nodig heeft.

Het is belangrijkste is dat dhr zelf aangeeft wat kwaliteit van leven is voor hem. En of hij nog verder behandeld wil worden.

Aan het eind van het gesprek begrijpt de fam redelijk goed hoe het er nu voor staat. Fam wil graag meer bij dhr zijn, dit aangegeven dat dat zeker kan.

Optie om palliatief vpk erbij te vragen wordt vanavond door vpk besproken.

Kortom, geen therapeutische opties. Wil van patiënt staat voorop. Beleid vooral gericht op comfort.

Opties om AS en infuus te stoppen zijn besproken,

Familie moet het allemaal even laten bezinkingen, maar lijken reëel.”

Ook op 28 oktober 2014 werd in de verpleegkundige aantekeningen genoteerd door een in consult geroepen logopediste dat er zeker een indicatie was om herstart van sondevoeding te bespreken met arts en familie.

Op 29 oktober 2014 noteerde de palliatief verpleegkundige:

“onmacht bij familie. Familie kan niet bevatten dat patient binnen 2 weken tijd zo hard achteruit is gegaan. Patient was altijd de stuwende kracht in het gezin, eiste nooit iets voor zichzelf, had altijd aandacht voor gezin. Dochters hebben het moeilijk met de onluistering: het verlies van zelfstandigheid en regie, dragen van incontinentiemateriaal (fam. begrijpt de noodzaak hiervan).

Dochters hebben moeite met het fysiek en mentaal zien lijden van patient.

Uitleg begrip palliatieve zorg en de doelen binnen palliatieve zorg, het behandelen van symptomen en het streven naar comfort voor de patient. Uitgebreid gesproken over de zorgmogelijkheden na ontslag.

Pat. heeft aangegeven aan echtgenote en dochters het liefst naar huis te willen. De belofte mbt ontslag naar huis, die gedaan is aan patient, geeft voor enkele familieleden druk (belofte maakt schuld). Hoewel de dochters en echtgenote de wens van patient graag in vervulling' willen laten gaan wordt in alle openheid gesproken over de draagkracht van de familieleden. Echtgenote wil liever geen hulp van de thuiszorg. Gezien de afnemende draagkracht van een aantal dochters is ondersteuning van de thuiszorg wenselijk om de zorg thuis vol te kunnen houden. Palliatieve unit is voor familie voorlopig geen optie. Er waren vragen t.a.v. calamiteiten thuis en wie dan te bellen."

De palliatief verpleegkundige adviseerde familieberaad over het ontslag en inzet van thuiszorg en een gesprek met de huisarts om afspraken te maken.

Op 30 oktober 2014 noteerde een verpleegkundige:

"Soc: Familie had een zeer fijn, open en duidelijk gesprek gehad met N. Waren hier erg te spreken over en waardeerde dit enorm. Dit had als resultaat dat de familie een duidelijker beeld had over de situatie en ze besloten hadden om vannacht bij dhr te blijven. Familie was begripvol. Vinden het heel fijn dat dhr naar huis komt en kan. Maar willen hem vannacht niet alleen laten omdat ze de ernst nu inzien.

Voor het ontslag het volgende al geregeld.

- De overdracht is klaar en uitgeprint en gemaald.*
- uitvoeringsverzoek getekend.*
- Een tas gemaakt met incos, celstof matjes en swabs voor de mond.*
- Hier ook een verband recept voor gemaakt.*
- De medicijnen zijn allemaal gestopt kreeg ik mondeling door van N. in T is dit nog niet verwerkt.*

Dhr is niet meer in staat deze "veilig" in te kunnen nemen. De AS wordt morgen overlegd of deze mee naar huis gaat. Wel gaat dhr morgenvroeg voor het plaatsen van een LF infuus. Dit heeft N allemaal al geregeld.

Familie wil dit graag. Cad blijft ook in."

Op 31 oktober 2014 ging patiënt met ontslag. N belde met de huisarts en M schreef die dag met het oog op het ontslag een verslag, dat vanaf dat moment rechtstreeks digitaal was te raadplegen door de huisarts. De ontslagbrief van haar hand is van 3 november 2014. In de verpleegkundige overdracht bij ontslag is vermeld: "*Hypernatremie na vele infusie. Nu herstellend met glucose 5% infusie.*"

Toen N op 6 november 2014 belde met de familie, vernam zij dat patiënt enige dagen tevoren was overleden. De familie was boos en gefrustreerd en wilde te zijner tijd een gesprek hierover. N achtte dit begrijpelijk en liet het initiatief hierover bij de familie.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster heeft bij klaagschrift een scala aan klachten geuit. Bij repliek en 'Samenvatting van de klacht' zijn deze klachten verder uitgewaaierd. Bij het mondeling vooronderzoek heeft klaagster desgevraagd te kennen gegeven dat de belangrijkste klachtonderdelen tegen verweerder luiden:

- a) de wisselende bezoektijden per afdeling;
- b) de vele kamerverwisselingen van patiënt;
- c) dat er ingegrepen had moeten worden toen er aan een fistel gedacht werd, verweerder had de regierol op zich moeten nemen, liefst met helikopterview.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert allereerst aan dat hij als operationeel leidinggevende niet persoonlijk betrokken is geweest bij de aan patiënt geleverde zorg en hij noch met de patiënt noch met de familie contact heeft gehad. Evenmin is er sprake van enig ander handelen of nalaten in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg of met voldoende weerslag op de individuele gezondheidszorg. Zijn BIG-registratie is geen voorwaarde voor zijn functie en hij mist in deze zaak dus die hoedanigheid. Om die reden is klaagster naar zijn oordeel niet-ontvankelijk in haar klacht. Subsidiar voert hij het volgende aan. In de periode waarin patiënt op zijn afdeling lag, is er geen sprake geweest van veel verhuizingen. Het kan zijn dat om organisatorische redenen de bezoektijden per afdeling wisselen. Dit is geenszins tuchtrechtelijk verwijtbaar. Op alle afdelingen wordt standaard volgens dezelfde richtlijnen en instructies het verpleegkundige digitale dossier bijgehouden en dat is onderling in te zien. Zeker als leidinggevende is hij niet betrokken bij het stellen en invullen van de reanimatievraag, dat is een kwestie tussen de arts en de patiënt. Ook pijnmedicatie wordt bepaald door de behandelend arts.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

De ontvankelijkheid

5.1

Verweerder heeft aangegeven dat hij, als operationeel teamleider, leiding geeft aan het team dat patiënten op de afdeling verzorgt. In het dossier komt voor dat een verpleegkundige aangeeft zich tot haar leidinggevende te zullen wenden omdat zich een probleem met de familie van patiënt voordoet. Ter zitting is aangegeven dat het een regulier onderdeel van de taak van een operationeel leidinggevende is om op dergelijke vragen te acteren. Ook is het voorgekomen dat de familie is geadviseerd zich te wenden tot de leidinggevende dan wel is toegezegd dat de leidinggevende zou bellen. Eén van de aangeklaagde leidinggevendenden heeft een gesprek met de familie bijgewoond. Het

hier geschetste handelen is geen handelen dat wordt bestreken door de eerste tuchtnorm (art. 47 lid 1, aanhef en onder a, Wet BIG) die kort gezegd betrekking heeft op de relatie tussen een zorgverlener en een patiënt. Maar volgens de tweede tuchtnorm (art. 47 lid 1, aanhef en onder b, Wet BIG) is verweerder onderworpen aan tuchtrechtspraak ter zake van enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in de hoedanigheid van verpleegkundige in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg. De taak van verweerder zit dicht op de werkvloer en heeft voldoende weerslag op de individuele gezondheidszorg, waarbij hij zich ook begeeft op het terrein waarop hij de deskundigheid bezit behorende bij zijn inschrijving als verpleegkundige in het BIG-register. Bovendien zal verweerder die inschrijving, naar aangenomen moet worden, kunnen behouden op basis van zijn gewerkte uren als operationeel leidinggevende. De klachtonderdelen hebben in meer of mindere mate te maken met handelen dat valt binnen de taak van verweerder. Waar het verweten handelen wellicht verder afstaat van de taak van verweerder, zal het college - om te voorkomen dat per klachtonderdeel of verwijt een ontvankelijkheidsoordeel moet worden uitgesproken - die ontvankelijkheid op praktische gronden veronderstellenderwijs aannemen om een inhoudelijk oordeel te kunnen geven.

Inhoudelijk

5.2

Klaagster en haar kinderen hebben aangegeven dat zij wilden dat zorgverleners voor patiënt hun uiterste best deden om voor hem het hoogst haalbare op het gebied van de gezondheidszorg te bereiken. Het college heeft daar begrip voor. Wie zou dat niet willen voor zijn dierbare? Dat is echter niet de wijze waarop de individuele gezondheidszorg in Nederland is geregeld en waarop het handelen daarin tuchtrechtelijk wordt getoetst. Het college wijst er daarom in deze zaak met nadruk op, dat het er naar vaste rechtspraak bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen 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. Voorts wijst het college erop dat de afloop van het gebeuren voor klaagster en haar kinderen tragisch is maar dat de toetsing van het handelen van verweerder moet plaatsvinden in het licht van wat hem op dat moment bekend was en bekend kon zijn.

5.3

Verder stelt het college voorop dat in het tuchtrecht in beginsel uitsluitend het persoonlijk handelen of nalaten van een verweerder centraal staat. De klacht heeft hier en daar betrekking op organisatorische kwesties in het ziekenhuis, zoals bijvoorbeeld de vele overplaatsingen en wisselende bezoektijden. Bedacht dient te worden dat een ziekenhuis een uiterst complexe organisatie is waar een individuele zorgverlener in het algemeen niet of nauwelijks invloed op heeft. Anders dan in het civiele recht of ingevolge de Wet

kwaliteit klachten geschillen zorg (Wkkgz) kent het tuchtrecht dus in het algemeen niet de mogelijkheid om dergelijke - al dan niet terechte - organisatorische klachten doeltreffend via een aangeklaagde zorgverlener aan de orde te stellen.

5.4

Ten slotte wordt in zijn algemeenheid opgemerkt dat hetgeen in het patiëntendossier is genoteerd in beginsel voor juist wordt gehouden, tenzij aannemelijk is dat dit een onjuiste weergave vormt van hetgeen is gezegd of gedaan. Dit oordeel berust niet op het uitgangspunt dat het woord van de klaagster minder geloof verdient dan dat van de verweerder, maar op de omstandigheid dat indien klaagster en verweerder elkaar tegenspreken, het dossier het enige houvast is voor het college.

Klachtonderdelen 3.a en 3.b

5.5

Het college ziet aanleiding om deze klachtonderdelen samen te behandelen omdat deze beide betrekking hebben op organisatorische kwesties in het ziekenhuis. Wat de kamerverplaatsingen en zeker ook de bezoektijden betreft geldt om te beginnen hetgeen in 5.2 is overwogen. Wat de veelvuldige kamerverplaatsingen betreft geldt voorts, dat is gesteld noch gebleken dat die op de afdeling van verweerder hebben plaatsgevonden, nog daargelaten dat niet is gesteld en evenmin gebleken dat verweerder daarover is benaderd door de familie of de verpleging.

Klachtonderdeel 3.b

5.6

Deze klacht heeft kennelijk betrekking op het medisch handelen met betrekking tot de fistel. Verweerder is echter als operationeel leidinggevende van het team op de verpleegafdeling niet tuchtrechtelijk aansprakelijk voor het medisch beleid.

Andere verwijten

Naast de hiervoor genoemde klachtonderdelen zal het college voor zover redelijkerwijs mogelijk ook ingaan op andere verwijten in het dossier. Daarbij geldt echter dat het niet is gehouden om op elk verwijt in de processtukken van klaagster, met naar eigen zeggen een omvang van 600 pagina's, in te gaan, zeker niet als dat verwijt niet concreet, nader toegelicht of onderbouwd is.

5.7

Klaagster veronderstelt dat er sprake was van een gebrekkige overdracht, dat de verpleging vaak niet wist wat te doen, en of het al was gedaan. Een hoogst enkele keer is daar inderdaad een aanwijzing voor te vinden in het dossier, bijvoorbeeld waar het ging om het al dan niet voorgeschreven zijn van antibiotica of de vraag of de Anaresp al was gegeven. Maar vaak is het niet te noemen. Datzelfde geldt voor de stelling dat controles niet werden uitgevoerd, daarvoor is geen aanwijzing te vinden in het dossier. Uit het dossier kan evenmin worden geconcludeerd dat patiënt onvoldoende zorg heeft gehad. De gevolgtrekking van klaagster dat patiënt tussen de tijdstippen waarop notities zijn gemaakt door verpleegkundigen, geen enkele aandacht heeft gehad van de verpleging, is niet gerechtvaardigd. Dat het dossier niet in orde zou zijn, is het college niet gebleken. Het enkele feit dat de cd-rom uit J, die zich wel achterin het dossier bevond,

enige tijd niet kon worden gevonden kan nog niet leiden tot de conclusie dat dus het dossier niet op orde is. De tussenconclusie moet luiden dat er feitelijk niet of nauwelijks een aanwijzing kan worden gevonden voor al hetgeen klaagster stelt. Daar komt bij dat zij evenmin concreet stelt, en evenmin is gebleken, waarom verweerder als operationeel leidinggevende tuchtrechtelijk aansprakelijk zou zijn voor de vermeende fouten van anderen.

Wat betreft het langs elkaar heen werken van specialisten, daargelaten of dat het geval was, geldt dat dit niet de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van verweerder raakt.

Het college overweegt tot slot het volgende ten aanzien van dit beleid.

Ten eerste is er sprake van een verkeerde interpretatie door klaagster van de in het dossier voorkomende woorden 'Behandelbeperking reanimeren'. Klaagster lijkt dit te interpreteren als gold er dan een beperkt reanimeerbeleid. Dit echter ten onrechte. Het vaste kopje 'Behandelbeperking' in het dossier dient te worden ingevuld, en als daarachter "reanimeren" is ingevuld dan betekent dit dat patiënt wenst te worden gereanimeerd. Zonder enige beperking dus. Naar het college heeft kunnen nagaan, is in het dossier telkens vermeld dat patiënt wenste te worden gereanimeerd totdat dit in het gesprek van 20 oktober 2014 werd gewijzigd. Dit is, naast de verslaglegging van het gesprek, voor de snelle vindbaarheid in acute situaties aangetekend op de eerste pagina van het Zorrapport met betrekking tot de opname beginnend op 15 oktober 2014, maar het is aannemelijk dat dit niet al op die datum maar eerst naar aanleiding van het genoemde gesprek is gewijzigd. Waar klaagster stelt dat herhaalde malen in het dossier het beleid is gewijzigd van wel in niet reanimeren, heeft het college dat in het overgelegde dossier niet aangetroffen terwijl klaagster die stelling verder niet heeft onderbouwd. Ten tweede heeft klaagster erop gewezen dat patiënt telkens, soms wel meerdere keren per dag, werd lastiggevallen met de vraag of hij wenste te worden gereanimeerd. In het dossier is het niet terug te vinden, maar het college kan niet uitsluiten dat dit het geval is geweest. Op zichzelf was het stellen van deze vraag niet ongerechtvaardigd bij een patiënt met een leeftijd, een comorbiditeit, een verslechterend ziektebeloop en bij tijd en wijle instabiele situatie als hier het geval. Niettemin heeft klaagster, als het zo is gegaan als patiënt haar volgens haar heeft laten weten, wel een punt. Er gelden weliswaar instructies om bij een nieuwe opname of verandering van de situatie de reanimeervraag te stellen, maar dat neemt niet weg dat daar bij een patiënt als hier, die telkens met korte tussenpozen werd opgenomen, meer terughoudend mee kan worden omgegaan (zie bij voorbeeld het artikel van mr. A.C. Hendriks in NTvG 15 juni 2017). Een ontwikkeling naar meer terughoudendheid is wellicht gaande, maar dat betekent nog niet dat er gesproken kan worden van tuchtrechtelijke overschrijding van een duidelijke norm op dit punt, en in ieder geval niet door verweerder, die er terecht op wijst dat een reanimeerbeleid in handen van de arts ligt en niet van een verpleegkundige, waarbij in dit geval nog komt dat klaagster niet duidelijk heeft gemaakt waarom verweerder als leidinggevende op dit punt een tuchtrechtelijke norm heeft geschonden.

Conclusie

5.8

Het voorgaande leidt tot de slotsom dat de klacht ongegrond is.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan door mr. A.L. Smit, voorzitter, mr. H.L. Wattel, lid-jurist, W.M.E. Bil MANP, B.F.A. Goosselink MANP en C.J.M. Smulders, leden-verpleegkundigen, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 10 oktober 2017 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.