

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 082/2017

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 12 januari 2018 naar aanleiding van de op 11 april 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
gemachtigde: mr. M. de Wit-Jansen, advocaat te Etten-Leur,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, verpleegkundige, (destijds) werkzaam te D,
gemachtigden: G en H, beide werkzaam als jurist bij de afdeling Bestuurlijke en Juridische zaken E te D,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit de volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlage;
- een brief van klaagster gedateerd 13 september 2017;
- op 23 november 2017 ingekomen stukken van de zijde van klaagster.

Naar aanleiding van de stukken van klaagster van 23 november 2017 heeft verweerder verzocht om de stukken buiten beschouwing te laten dan wel om de zaak aan te houden. Het college heeft besloten de zaak doorgang te laten vinden en het overleggen van de stukken toe te laten. Aan verweerder is de gelegenheid geboden om ter zitting te reageren.

De zaak is vervolgens behandeld ter openbare zitting van 8 december 2017. Klaagster, vergezeld van haar drie kinderen, en verweerder zijn verschenen, beiden met hun gemachtigde(n).

Ter zitting is de zaak gezamenlijk behandeld met de zaken van klaagster tegen vier artsen. In deze zaken met de nrs. 078/2017, 080/2017, 081/2017 en 233/2017 wordt eveneens vandaag uitspraak gedaan.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klaagster dient de klacht in namens haar overleden echtgenoot, F, geboren in 1955 en overleden op 16 november 2016, hierna patiënt te noemen.

Patiënt had als 12-jarige de ziekte van Hodgkin. Hiervoor onderging hij een halsklierdissectie rechts en radiotherapie. Voor een recidief vijf jaar later werd hij opnieuw geopereerd en onderging hij radiotherapie op zijn rechterhals en chemotherapie. In dit gebied van de radiotherapie ontwikkelde zich een salivary duct carcinoom (speekselklierkanker) waarvoor patiënt in 2010 geopereerd werd en een derde maal radiotherapie kreeg. Eind 2014 ontwikkelde zich een regionaal recidief aan de andere zijde van de hals en retropharyngeaal en in zijn oksel. Patiënt werd toen voor het eerst verwezen naar E waar hij sindsdien op de afdeling medische oncologie werd behandeld. Omdat de tumor de androgeenreceptor tot expressie bracht werd in februari 2015 gestart met palliatieve hormonale therapie. Omdat er in maart 2016 sprake was van groei van het proces kreeg patiënt chemotherapie tot juni 2016. In juli 2016 was er uitval van verschillende hersenzenuwen en toonde een MRI volumetoename van de pathologische weke delen-massa schedelbasis –middelste schedelgroeve rechts met tumoruitbreiding intraduraal met ingroei onderzijde temporaalkwab rechts. Tevens was er toegenomen intracerebraal oedeem frontotemporale rechts met toegenomen middellijnshift van het brein naar links. Er werd gestart met dexamethason en mTor-remming (eerst temsirolimus, en na enkele infussen everolimus). Eind september 2016 was er op een MRI geringe groei te zien en was het oedeem iets afgenomen.

Uit een verslag van 3 november 2016 blijkt de uitslag van een MRI met de gerichte vraagstelling: Long LN stabiel? De uitslag is vergeleken met onderzoek van 19 juli 2016. De conclusie was *"Vergeleken met voorgaand onderzoek ongewijzigde lymfadenopathie retroclaviculair links en axillair links. Afname van de peribronchovasculaire verdichtingen met matglas attenuatie beiderzijds, tevens afname van de matglas nodus in de linker onderkwab. Geen nieuwe lesies."* Rond diezelfde tijd werd genoteerd dat patiënt recent de ogen weer kon openen.

Eveneens op 3 november 2016 werd cerebraal onderzoek beschreven dat is vergeleken met onderzoek van 27 september 2016 met de conclusie:

"1. Ongewijzigde omvang en aspect van de zeer uitgebreide tumor lokalisatie in de infratemporale fossa rechts met ingroei in de nasofarynx en paranasale sinus, schedelbasis en in de temporaalkwab rechts. Ook betrokkenheid van het cavum van Meckel (nervus trigeminus), deels verklaring voor de pijnklachten in aangezicht?

2. Ongewijzigd uitgebreid intracerebraal oedeem frontotemporopariëtaal rechts met middellijnshift naar links."

Op 9 november 2016 werd patiënt opgenomen in verband met een onderzoek naar een mogelijke maagbloeding. Bij beleid staat - voor zover van belang - genoteerd: *“NTBR, wel IC bij overbrugbaar probleem (bv ondersteuning op IC bij maagbloeding)”*.

Patiënt werd vervolgens van 11 tot 15 november 2016 opgenomen op de intensive care (IC). Op 11 november 2016 noteerde zijn behandelaar ondermeer: *“NTBR, verder volledig ook intuberen. Is besproken met pat en ook familie”*. Patiënt onderging op 11 november 2016 een coilingprocedure en op 13 november 2016 een operatie waarbij een stuk dikke darm werd verwijderd en een ileostoma werd aangelegd in verband met een ischaemische darm. De procedure verliep ongecompliceerd. Patiënt werd op 14 november 2016 gedetubeerd.

De oncologisch behandelaar van patiënt noteerde op 15 november 2016: *“vraag van intensivist: wat te doen bij nierinsufficiëntie of bij sepsis. Ik steun intensivist dat ik vind dat hem [bedoeld is patiënt, college] -indien nodig- niet moeten dialyseren en ook niet aan de beademing moeten leggen als hij een septische shock krijgt. Dan is de kans dat hij niet goed van de IC komt echt te beperkt. De intensivist zal dit met patiënt en zijn vrouw bespreken (vrouw is er nu niet; anders had ik het kunnen doen). Hij gaat vandaag naar heelkunde. medebehandeling medische oncologie: dagelijks zullen we langslopen.”*

Op 15 november 2016 heeft de genoemde intensivist in het dossier genoteerd, voor zover van belang: *“Met Patient en echtgenote besproken dat we bij nieuwe complicaties waarbij er sprake is van een MOF/shock een nieuwe IC opname niet zinvol achten. Patient geeft zelf ook duidelijk aan dat dit voor hem een grote teruggang is geweest en dat hij dat niet meer wil meemaken. Kleine makkelijk oplosbare problemen kunnen evt op een MC worden behandeld, daar is pt akkoord mee en echtgenote geeft aan dit graag te willen om toch nog even tijd met elkaar thuis te kunnen hebben uiteindelijk.”*

Verweerder is sinds 2004 als verpleegkundige werkzaam op de MC en was daarvoor, tussen 1992 en 2004 werkzaam op de afdeling Heelkunde van E.

Verweerder had op 15 november 2016 avonddienst van 15.30 uur tot 23.00 uur.

Bij aanvang van de dienst vond er overdracht plaats aan het bed van patiënt. Verweerder heeft bloeddruk, hartslag en temperatuur gecontroleerd. Er waren geen bijzonderheden.

Rond 20.00 uur heeft patiënt aangegeven pijn te hebben. Hij voelde zich niet ziek. Verweerder heeft op basis van de zo-nodig-order blijkens de medicatietoedienings-registratie om 20.40 uur 10 mg oxycodon toegediend. Om 21.00 uur heeft verweerder op de observatielijst genoteerd dat de *“retentie teruggegeven 10”* bedroeg. Toen de pijn na toediening van de medicatie niet afnam werd verweerder weer bij patiënt geroepen. Patiënt was niet misselijk en de vitale parameters waren goed. De buik voelde wel strakker aan. In combinatie met het niet reageren op de pijnmedicatie en de geringe stomaproductie maakte dat verweerder een arts heeft gevraagd om patiënt te beoordelen. In afwachting gaf verweerder patiënt blijkens de medicatietoedienings-registratie om 22.00 uur een tweede gift pijnstilling conform de zo-nodig-order. De dienstdoende zaalarts heeft patiënt beoordeeld en ook zij vond geen aanwijzingen voor een acute buik en is niet overgegaan tot het stoppen van de sondevoeding. Zij heeft (gezien de recente buikoperatie) de dienstdoende AIOS chirurgie om een beoordeling gevraagd. Zij heeft daarbij niet om spoed gevraagd. Tien minuten voor het arriveren van de AIOS

chirurgie, rond 22.50 uur, werd verweerder gealarmeerd omdat patiënt had gebraakt. Verweerder heeft patiënt meer rechtop gezet. Verweerder heeft patiënt vervolgens uitgezogen en hem een ander zuurstofmasker (Non Rebreathing Mask) gegeven. De AIOS die kort hierna arriveerde stelde als waarschijnlijkheidsdiagnose een postoperatieve ileus en adviseerde de sondevoeding te stoppen en de maag leeg te halen via de maagsonde. Bij het overhevelen is volgens de observatielijst 100 ml uit de maag gehaald.

Verweerder noteerde in zijn verpleegkundig verslag om 22.29 uur:

“Ab stabiel 02 afgebouwd naar 1 liter.

C hypertensief, mogelijk AF bij snelle frequentie digoxine gegeven. Na eerste gift frequentie rond 90. Later op de avond toch oplopend naar 120.

D buik bol. Later op de avond opgezet. Meer buikpijn waarvoor twee keer morfine tabletten. Pijn nam hierop niet af. 1 keer overgegeven na gift tabletten, onduidelijk op amitryptiline erin gebleven is. dd heeft buik gezien, overleg met chirurg deze komt nog kijken. “

Hierna heeft de verpleging van de nachtdienst de zorg voor patiënt overgenomen.

Patiënt is 's nachts overleden. Na het overlijden heeft verweerder geen contact gehad met de familie. Hij was evenmin betrokken bij de in het ziekenhuis gevoerde bemiddelingsgesprekken.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder – zakelijk weergegeven- dat hij:

1. niet vaak genoeg de maagretentie heeft bepaald volgens protocol;
2. geen acht sloeg op de symptomen die na een grote buikoperatie en het aanleggen van een stoma vaak voorkomen en op een ileus wijzen: zeer geringe stomaproductie (in twee dagen amper 200 ml, dit had minimaal 1500 ml moeten zijn volgens de stoma richtlijn), plotseling opkomende buikpijn, toenemende buikpijn ondanks morfine en een toenemende buikomvang;
3. tweemaal morfine heeft toegediend bij ileusverschijnselen;
4. ongeïnteresseerd heeft gereageerd op de vraag van de zoon om de sondevoeding uit te zetten terwijl hij dit pas heeft gedaan op verzoek van de AIOS chirurgie en toen het te laat was. Hij had uit zichzelf de sondevoeding moeten stopzetten. Hij had patiënt ook uit voorzorg rechtop in bed kunnen zetten;
5. geen rekening heeft gehouden met de slikklachten toen patiënt braakte; de hoeveelheid was geen 150 ml (schatting verweerder) maar zeker 750 ml of meer;
6. veel te laat de zaalarts heeft geroepen;
7. onverschillig en zonder actief te worden heeft gereageerd toen klaagster vroeg waar de chirurg bleef. Hij heeft geen enkele keer empathisch gereageerd op de angst van de familie. Klaagster kan zich niet voorstellen dat verweerder niet eerder van de klachten van de familie heeft vernomen.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat de klachten als ongegrond afgewezen dienen te worden omdat van een schending van tuchtnormen geen sprake is geweest.

Bij de overdracht is verweerder verteld dat de buik inmiddels op gang was gekomen en de stoma had geproduceerd. Verweerder heeft vaak genoeg de maagretentie bepaald. Bij aanvang van de dienst was deze minder dan 100 ml, en in elk geval om 21.00 uur aantoonbaar 10. Ook bij toediening van medicijnen via de maagsonde is de retentie bepaald, maar het is niet gebruikelijk om hier telkens aantekening van te maken.

Verweerder heeft adequaat gereageerd op de veranderingen en de zaalarts niet te laat geroepen. De buik was rond 20.00 uur niet drukpijnlijk of gespannen. Er waren goede vitale parameters en geen misselijkheid. Gezien dit beeld heeft verweerder de klachten geduid als postoperatieve pijnklachten welke hij met pijnmedicatie heeft bestreden. Verweerder had op dat moment geen aanleiding om de zaalarts te waarschuwen. Dit vond hij echter wel nodig toen de buik om 21.50 uur strakker aanvoelde in combinatie met het niet reageren op de pijnmedicatie en de geringe stomaproductie. De arts stelt vervolgens een diagnose. Het spijt verweerder als hij de zoon zou hebben genegeerd. Hij herinnert zich dit niet. Inderdaad stopte verweerder de sondevoeding niet, maar ook de zaalarts vond dit niet nodig. Er was geen aanleiding om de AIOS chirurgie tot spoed te manen. Verweerder heeft patiënt, die bij bewustzijn was, in de juiste houding gehouden bij het braken. Er was geen sprake van massief braken. Het spijt verweerder van de onverwachte wending en de trieste afloop voor patiënt.

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. Voorts wijst het college erop dat de afloop van het gebeuren buitengewoon 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.

5.2

Naar het oordeel van het college is voldoende aannemelijk dat verweerder de maagretentie bij het begin van zijn dienst, rond 16.00 uur heeft gecontroleerd, tegelijk met de andere gebruikelijke controles. Vaststaat dat verweerder de retentie (toen) niet heeft opgeschreven. Rond de medicatiegift om 20.40 uur heeft verweerder de retentie (opnieuw) gemeten en om 21.00 uur genoteerd. Zoals verweerder ter zitting heeft medegedeeld, bepaalt hij de maagretentie tijdens zijn dienst regelmatig, net als de andere paramaters, maar maakt hij er niet altijd melding van. Dat is alleen noodzakelijk, aldus verweerder, als de maagretentie 150 ml. of meer is. Het niet opschrijven van de retentie bij aanvang van de dienst verdient naar het oordeel van het college niet de schoonheidsprijs, maar is van onvoldoende gewicht voor een tuchtrechtelijk verwijt.

5.3

Naar het oordeel van het college waren er tot 21.50 uur onvoldoende aanwijzingen voor verweerder om bedacht te zijn op een ileus. De geringe stomaproductie, ook al

van de dag ervoor, wijst niet noodzakelijk op een afsluiting en is niet uitzonderlijk. Daarbij komt dat de diagnose van een postoperatieve ileus nogal lastig is, juist omdat de bijbehorende klachten ook passen bij een normaal postoperatief beloop. Nu de diagnose ileus niet was gesteld en niet verondersteld hoefde te worden, is de toediening van morfine als eerste middel tegen post-operatieve pijn niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Toen de pijn niet zakte, de buik strakker werd en de familie ongeruster, heeft verweerder vervolgens adequaat gehandeld door de zaalarts in te schakelen.

5.4

Na het onderzoek van de zaalarts en het daarop gevolgde onderzoek door chirurg, mocht verweerder ervan uitgaan dat zijn interventie effect had gehad en de arts(en) het benodigde deden. Op dit onderdeel valt verweerder geen verwijt te maken. Mede omdat hij de zaalarts had ingeschakeld en die op haar beurt de chirurg erbij haalde, was het niet aan verweerder te besluiten de sondevoeding uit te zetten. Op een eerder moment op de avond waren er onvoldoende aanwijzingen dat dat noodzakelijk was. In zoverre faalt de klacht.

5.5

De ondersteuning van patiënt tijdens het braken komt het college adequaat voor. Patiënt zat rechtop, leunend tegen een kussen en braakte al toen verweerder bij het bed kwam. Bovendien was patiënt zeer verzwakt en had hij op dat moment een zeer pijnlijke buik. Een drastische wijziging van de lichaamspositie naar een zijwaartse ligging was daardoor (mogelijk) niet verantwoord en kon in elk geval niet van verweerder worden gevergd.

5.6

Het college betreurt dat klaagster en haar kinderen (te) weinig empathie hebben ervaren van verweerder. Nu deze klacht lastig feitelijk is te onderzoeken of verifiëren - het gaat om een persoonlijk gevoelde reactie op (niet) gevoelsmatig handelen van een ander - levert dit niet snel een tuchtrechtelijk verwijt op. In dit geval heeft het college, mede gelet op hetgeen ter zitting is besproken, onvoldoende aanwijzingen dat het verweerder aan voldoende inlevingsvermogen en begrip heeft ontbroken. Ook dit klachtonderdeel faalt.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan door mr. Th.C.M. Willemse, voorzitter, B.F.A. Goosselink en E. van Egmond, leden-verpleegkundigen in tegenwoordigheid van mr. B.E.H. Zijlstra-Bauer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 12 januari 2018 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 aan 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.