

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 138/2017

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 9 februari 2018 naar aanleiding van de op 8 november 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, specialist ouderengeneeskunde, (destijds) werkzaam te D,
gemachtigde mr. C.W.M. Verberne, advocaat te Eindhoven,

v e r w e e r s t e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het aanvullend klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- aanvullend stuk van de zijde van klaagster ingekomen op 26 juli 2017;
- aanvullend stuk van de zijde van klaagster ingekomen op 10 augustus 2017;
- aanvullend stuk van de zijde van verweerster ingekomen op 15 januari 2018 (bijlage (5) bij het stuk van klaagster van 26 juli 2017).

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 16 januari 2018. Klaagster is verschenen vergezeld van een dochter en schoondochter. Verweerster is verschenen bijgestaan door haar gemachtigde.

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.

De klacht betreft de echtgenoot van klaagster, E, hierna patiënt, die werd geboren in 1942 en is overleden in mei 2016.

Na een voorafgaand revalidatietraject in verband met een heupfractuur werd patiënt op 18 november 2014 opgenomen op de verpleegafdeling van woonzorgcentrum F te D van G. Verweerster is hier werkzaam als specialist ouderengeneeskunde, sedert 2010, voor drie dagen in de week. Op maandag was er meestal overleg, op de woensdag liep verweerster standaard visite op de afdeling van patiënt en op vrijdag was zij elders in F aanwezig en was er wel contact met de afdeling van patiënt. Verweerster werkt in totaal 36 uur per week bij G en is gedurende die uren altijd telefonisch bereikbaar.

Patiënt had een uitgebreide medische voorgeschiedenis waaruit de meest relevante zaken hieronder worden vermeld:

- een chronische huidziekte (epidermiolysis bullosa non herlitz type op basis van laminine 332 deficiëntie). Behandeling vond aanvankelijk plaats in het H en later in het I te J;
- 1998 een amputatie van het linkerbeen in verband met een plaveiselcelcarcinoom;
- 2007 en 2010 een TIA, 2013 een CVA;
- 2014 plaveiselcelcarcinoom in ulcus mediale malleolus rechts, waarvoor excisie.

Patiënt kampte daarnaast onder meer met moeheid, futloosheid, slaperigheid, beperkte mobiliteit en verhoogde prikkelbaarheid.

Als gevolg van de huidziekte waren op het rechterbeen en de voet van patiënt ulcera ontstaan waaruit met regelmaat pseudomonas werd gekweekt. De wonden aan het been waren in februari 2016 dusdanig ernstig dat patiënt van 22 februari 2016 tot 4 maart 2016 op de afdeling dermatologie in het I werd opgenomen waar arteriële insufficiëntie werd uitgesloten. Bij bloedonderzoek werden in die periode onder meer de volgende waarden vastgesteld: CRP 73 mg/L, Hb 9,3 mmol/L.

De wondbehandeling in G was gericht op optimalisering en pijnbestrijding en vergde speciale verzorging en verbandmiddelen en zalf. Hoewel klaagster niet tevreden was over de wondverzorging heeft zij bij haar klacht een rapport van 15 mei 2017 overgelegd van internist-medisch adviseur K (hierna: de medisch adviseur), die op het punt van de wondzorg concludeert dat deze is gegeven overeenkomstig de adviezen van de dermatoloog en wondverpleegkundigen van het I.

Over de periode maart en april 2016 vond naar aanleiding van klachten van patiënt over pijn, vermoeidheid en misselijkheid aanpassing van de pijnmedicatie plaats. Verweerster verlaagde de ingezette pijnmedicatie door het I (oxycodon) en paste later in de maand de dosering naproxen aan. De medisch adviseur beschrijft in zijn rapport dat hij geen aanwijzingen voor onprofessioneel handelen heeft gevonden over die periode.

De eerste week van mei 2016 was verweerster op vakantie. Op 3 mei 2016 noteerde een verzorgende dat patiënt extreem moe was. Op 4 mei 2016 werd patiënt gezien door de waarnemend specialist ouderengeneeskunde. De waarnemer noteerde: *“Is de laatste dagen erg moe, bleek, verder geen specifieke klachten. Controles gb RR en pols gb, urine gb. Maandag in ieder geval het hb prikken, is bekend met ferro in het verleden, is een paar maanden geleden gestaakt.”*

Op 6 mei 2016 noteerde een verzorgende dat patiënt in de wond op de voet een zichtbare pseudomonas bacterie had. Op 7 mei 2016 was patiënt uit zijn stoel gevallen en daarna gezien door de waarnemend specialist ouderengeneeskunde. Patiënt gaf naar aanleiding hiervan geen ernstige klachten aan. Wel werd vanaf 5 mei 2016 genoteerd dat de pijnklachten aan de wonden waren toegenomen "*sinds stop naproxen*".

Maandag 9 mei 2016 was de eerste dag na de vakantie dat verweerster weer werkte. Er werd op die datum bloed geprikt naar aanleiding van de opdracht van de waarnemer van 4 mei 2016. Een verzorgende noteerde op 9 mei 2016 dat de wondzorg onmenselijk veel pijn veroorzaakte en dat er (telefonisch) contact was met verweerster die liever geen Oxycodon voor de wondzorg voorschreef "*in verband met vermoeidheid en sufheid*". Verweerster rapporteerde zelf die dag: "*P/naproxen 250mg ook voor de ochtendzorg gaan geven obs en rapp pijn, woe eval.*"

Op woensdag 11 mei 2016 zag verweerster patiënt na haar vakantie voor het eerst. Hij kwam in zijn rolstoel naar haar kamer. Verweerster kreeg van de verzorgende het verzoek om naar bloeduitslagen te kijken omdat patiënt zich "*al langer niet goed zou voelen*". Verweerster heeft patiënt klinisch beoordeeld maar niet nader onderzocht. Verweerster vroeg de bloeduitslagen vervolgens telefonisch op.

Deze uitslagen (van het prikken op 9 mei 2016) waren onder meer als volgt:

| | | |
|----------------|------|-----------------|
| Hemoglobine | 9.2 | mmol/L |
| Leucocyten | 14.6 | $\times 10^9/L$ |
| Myelocyten | 1 | % |
| Metamyelocyten | 4 | % |
| Staven | 5 | % |
| CRP | 252 | mg/L. |

Hb, electrolyten en nierfunctiewaarden waren verder niet afwijkend.

Verweerster rapporteerde vervolgens over patiënt: "*voelt zich al een paar dagen niet goed. De fut is eruit. Geen koorts. 's Ochtends misselijk. Geen eetlust, drinkt wel voldoende. Pijn is wel minder sinds toevoeging naproxen. Wonden zien er niet goed uit, hiervoor is dhr onder behandeling in J. Pseudomonas al langere tijd aanwezig. Lab 9-5: Hb 9.2, CRP 252, leuco's 14.6, bloedbeeld toxisch beeld E/ toxisch bloedbeeld, wrsch tgv wondinfectie P/ ciprofloxacin 2dd 500 mg, 7 dagen, stop ferro, effect van de kuur afwachten, dhr en echtgenote gesproken. Echtgenote maakt zich veel zorgen. 19-5 weer lab-co, nu eenmaal RR/pols-co, als dhr niet opknapt overleggen met ZH voor evt opname*".

Verweerster heeft nog met patiënt besproken dat klaagster graag wilde dat hij naar het ziekenhuis zou gaan. Patiënt wilde niet naar het ziekenhuis. Hij was niet wilsonbekwaam.

Op 12 mei 2016 werd in het zorgdossier genoteerd dat er overleg was met het I over de wondzorg omdat de wond lelijk was en was achteruitgegaan. Patiënt had een temperatuur van 37.4. Er werd ook genoteerd dat er contact was geweest met de arts over de medicatie.

Op vrijdag 13 mei 2016 heeft verweerster patiënt nog gezien op verzoek van de verzorging. Patiënt was in de huiskamer. Verweerster heeft over dit contact zelf niet gerapporteerd.

teerd. Door de verzorgende werd onder meer genoteerd dat er toenemende pijnklachten waren en voorts: *“dhr p/o arts even standaard de metoclopramide geven, dit zodat dhr wat kan eten (...) dhr goed laten drinken en 2x daags temp controle. dan kijken hoe het de komende dagen gaat (...) echtgenote is op de hoogte van alles ook van de wondzorg”*.

Verweerster had hierna, in het pinksterweekend, geen dienst.

Op zondag 15 mei 2016 noteerde een verzorgende: *“ik heb ook het idee dat de kuur niet echt aanslaat??!”*. Op maandag 16 mei 2016 noteerde een verzorgende: *“slaat de kuur wel aan? M.i. knapt dhr niet echt op. morgen overleg eigen arts”*.

Op 16 mei 2016 werd patiënt -na aandringen van klaagster- gezien door een dienstdoende specialist ouderengeneeskunde. Na contact met het L werd patiënt daar vervolgens opgenomen -volgens de ontslagbrief aan de huisarts- met een sepsis met positieve bloedkweken voor staphylococcus aureus.

Gezien een nieuwe soufflé werd ook diagnostiek naar endocarditis ingezet, maar deze werd niet aangetoond. Intraveneuze antibiotische behandeling met drie dagen cefuroxim en vier dagen floxapen met drie giften gentamycine gaven geen klinisch herstel. In overleg met familie en patiënt werd op 23 mei 2016 besloten tot een palliatief beleid. Patiënt is twee dagen later in aanwezigheid van zijn familie overleden.

De in het ziekenhuis op de dag van opname (16 mei 2016) gemeten bloedwaarden waren voor zover van belang:

| | | |
|----------------|------|-----------------|
| Hemoglobine | 8.6 | mmol/L |
| Leucocyten | 10.3 | $\times 10^9/L$ |
| Alk. Fosfatase | 515 | U/L |
| gammaGT | 582 | U/L |
| ASAT | 175 | U/L |
| ALAT | 70 | U/L |
| LD | 3184 | U/L |
| CRP | 335 | mg/L. |

Er hebben na het overlijden van patiënt diverse gesprekken met de familie plaatsgevonden. Op 4 november 2016 heeft klaagster een melding over tekortschietende zorgverlening door G gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Naar aanleiding hiervan heeft de inspectie G gevraagd de melding te onderzoeken. De inspectie heeft de rapportage van dat onderzoek beoordeeld. Zij was van oordeel dat het onderzoek zorgvuldig is geweest en de naar aanleiding van het onderzoek genomen verbetermaatregelen (op het punt van de communicatie) voldoende waren. De inspectie heeft het onderzoek naar de melding hierop beëindigd. Op 7 november 2016 heeft klaagster een klacht tegen G ingediend bij de Klachtencommissie

G. Deze commissie heeft op 13 december 2016 uitspraak gedaan. De commissie heeft niet tot het oordeel kunnen komen dat de algehele zorg voor patiënt en met name de wondzorg zodanig is geweest dat hij als gevolg hiervan is overleden. Evenmin heeft zij kunnen beoordelen of gebrek aan aandacht voor de verslechterende situatie van patiënt en het niet tijdig ingrijpen c.q. tijdig insturen naar het ziekenhuis patiënt een kans op herstel hebben ontnomen. De commissie acht de klacht over communicatie gegrond; zij had verwacht, gelet op de precare verhouding tussen G en klaagster, dat de opmerkingen van klaagster meer herkenbaar zouden zijn meegenomen in de overwegingen en de besluiten van de verzorgers. Naar aanleiding van de uitspraak zijn verbeteracties

ingevoerd op het punt van de dossiervoering en regie met betrekking tot de wondzorg en wat betreft de communicatie met familie en het vastleggen daarvan.

In haar onderzoek naar aanleiding van de melding van klaagster heeft G vragen gesteld aan de bij de opname van patiënt op 16 mei 2016 betrokken geriater uit het L. De reactie van de geriater is als bijlage 5 bij de (door klaagster overgelegde) rapportage gevoegd en houdt onder meer het volgende in.

Op vraag 3 over de situatie van patiënt ten tijde van de opname antwoordt de geriater: *“Ten tijde van opname werden de volgende conclusies gesteld:*

“Somatisch

- 1. braken en verhoogde leverenzymen met infectiewaarden. Op echo galsteenlijden, geen aanwijzingen voor cholecystitis. Klinisch geen hoge verdenking cholangitis, geen hoge verdenking pneumonie of urineweginfectie*
- 2. dehydratie met afgenomen nierfunctie bij 1*
- 3. lichamelijke achteruitgang te duiden bij infectie*
- 4. bekende chronische wonden*
- 5. polyfarmacie*

Psychisch

- 6. verwardheid mogelijk delier bij 1. geen hoge verdenking nieuw CVA, P.M. CT brein*
- 7. bekende cognitieve stoornissen zonder diagnose na CVA”*

In de conclusies wordt geen melding gemaakt van ondervoeding of bloedvergiftiging. Bloedvergiftiging kan feitelijk pas worden geconcludeerd na positieve bloedkweken, die werden wel afgenomen op de spoed eisende hulp en bleken later positief.”

Op vraag 4 of eerder insturen van patiënt verschil had gemaakt, dit naar aanleiding van de opmerking in de klacht van klaagster: *“Volgens de specialist in het L waren de kansen van (naam patiënt) aanzienlijk beter geweest als hij eerder was opgenomen”*, antwoordt de geriater:

“Zoals ook hieronder toegelicht herken ik mij en mijn collega's niet in de formulering van de klacht bij de IGZ. Of het tijdstip van insturen invloed heeft gehad op het overlijden is niet te beoordelen.”

Op vraag 5 of de labuitslag van de bloedafname van 9 mei 2016 *“Hb 9.2, CRP 252, leuco's 14.6, bloedbeeld toxisch beeld”* reden vormt om iemand in te sturen naar het ziekenhuis antwoordt de geriater: *“Laboratoriumonderzoek is slechts één van de diagnostisch en prognostisch elementen in de beoordeling of een patiënt moet worden ingestuurd. Op grond van deze laboratoriumgegevens kan dat derhalve niet beoordeeld worden”*.

De geriater heeft nog verklaard over de wond *“De dermatoloog van het L concludeert op 18 mei 2016 : “de huid is nu niet zo onrustig dat het een zo hoog CRP geeft”*.

En over de oorzaak van het overlijden: *“(naam patiënt) is overleden aan een s. Aureus sepsis, niet reagerend op antibiotica. De huidafwijking kan een zogenaamde port d'entree zijn geweest. Mogelijk was er een endocarditis als oorzaak van het overlijden.”*

De geriater neemt met nadruk afstand van enkele passages in de klacht aan de IGZ waar klaagster 'de specialist in het L' aanhaalt, te weten:

“We kregen van de specialist het volgende te horen: ...zwaar ondervoed...”

“Volgens de specialist is de verpleeghuisarts (naam verweerster) zeer nalatig geweest en heeft ze zich niet aan het protocol gehouden waardoor (voornaam patiënt) te laat naar het ziekenhuis is gebracht”.

“De specialist in het L heeft ons gegronde redenen gegeven om deze klacht in te dienen, want als (voornaam patiënt) eerder naar het ziekenhuis was gebracht waren zijn kansen op herstel aanzienlijk groter geweest.”

De geriater verklaart uitdrukkelijk dat ze zichzelf noch haar collega's hierin herkent.

3. STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerster -zakelijk weergegeven- dat zij onvoldoende zorgvuldig en bekwaam heeft gehandeld nu zij patiënt niet eerder naar het ziekenhuis heeft verwezen.

Verweerster heeft daarbij -aldus klaagster-:

- onvoldoende aandacht gegeven aan de signalen die klaagster uitte aan de behandelaren ook al had dit de medische behandeling niet gewijzigd;
- eerst op 11 mei 2016 en derhalve niet tijdig de bloedsuitslagen van 9 mei 2016 gezien en geïnterpreteerd;
- geen differentiaaldiagnose gesteld althans vermeld en geen overweging omtrent de keuze voor het gebruik van ciprofloxacin in de rapportage vermeld;
- geen kweken van de wonden laten afnemen waardoor er geen specifiek antibioticumbeleid kon worden bepaald;
- niet eerder dan op 16 mei 2016 opnieuw een medische beoordeling gemaakt althans dit niet heeft genoteerd.

Klaagster heeft deze verwijten gestoeld op het rapport van 15 mei 2017 van haar medisch adviseur die onder meer concludeert dat verweerster op genoemde punten naar zijn mening onvoldoende professioneel heeft gehandeld.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

Verweerster voert -zakelijk weergegeven- aan dat zij niet heeft gehandeld in strijd met de zorgvuldigheid die zij jegens patiënt en of klaagster heeft moeten betrachten. Zij licht dit toe als volgt. Door haar is adequaat beleid gevoerd met betrekking tot patiënt. Zij heeft patiënt regelmatig gezien, de medische situatie beoordeeld en zo nodig het beleid aangepast. Verweerster heeft voortdurend de klachten en zorgen van patiënt en familie meegewogen en met klaagster afgestemd. Zij heeft verslag gedaan in het dossier. Er was geen reden om vóór 9 mei 2016 met spoed bloedonderzoek te doen en er was geen sprake van dusdanig afwijkende uitslagen van het bloedonderzoek dat het laboratorium alarm heeft geslagen. Verweerster heeft op 11 mei 2016, toen zij bij patiënt kwam, direct de uitslag opgevraagd en daarna gehandeld. Haar overwegingen zijn summier maar duidelijk weergegeven in het dossier. Ook het beleid om het effect van de antibiotica af te wachten, is als te doen gebruikelijk overlegd met patiënt en afgestemd met klaagster. Het afnemen van kweken van de wond(en) had geen onmiddellijke toegevoegde waarde gehad. Als patiënt niet zou opknappen zou eventueel overlegd worden over een ziekenhuisopname. Op 13 mei 2016 heeft verweerster patiënt zelf gezien en diens situatie met de verzorgende opnieuw beoordeeld. Telefonisch heeft klaagster ingestemd met het nog even aanzien van de situatie. Deze werd ook de dagen erna niet beter maar ook niet dusdanig slechter dat de verpleging aanleiding zag een arts

erbij te roepen. Dat het onzorgvuldig zou zijn geweest om patiënt niet (eerder) in te sturen is niet vast te stellen, aldus verweerster.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college heeft er begrip voor dat het ziekteproces en het overlijden van patiënt aangrijpend voor klaagster zijn geweest. Toch zal ook in dit geval, waar het gaat om de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen, moeten worden beoordeeld of verweerster bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Daarbij wordt rekening gehouden met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klaagster klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen in de beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard.

5.2

Gelet op deze norm wordt getoetst wat verweerster op het moment van het gewraakte handelen –de klacht betreft het handelen van verweerster in mei 2016- bekend was en kon zijn. Het behoort in het algemeen niet tot de taak van het college om een uitspraak te doen over het causaal verband tussen het handelen van verweerster en het overlijden van een patiënt. Het college kan dan ook niet beoordelen -wat volgens klaagsters verklaring ter zitting de kern van de klacht betreft- of aan patiënt kansen zijn ontnomen doordat hij eerst op 16 mei 2016 en daarmee te laat naar het ziekenhuis zou zijn verwezen. Ten overvloede wordt nog overwogen dat voor dit standpunt geen aanwijzingen zijn te vinden in de overgelegde rapportages en de reactie van de geriater die bij de opname van patiënt betrokken was. Voor zover de klacht daarop is gericht, is deze dan ook ongegrond.

5.3

De klacht dat verweerster in de betreffende periode onvoldoende aandacht zou hebben gegeven aan de signalen die klaagster uitte zal eveneens als ongegrond worden afgewezen nu hiervoor geen aanwijzingen in de stukken te vinden zijn. De algemene opmerkingen over communicatie in de overgelegde rapportages, ook die van de medisch adviseur, zijn niet rechtstreeks tot verweerster te herleiden. Ook al heeft verweerster niet op alle punten gehandeld zoals klaagster zou hebben gewild, daarmee is niet aangetoond dat verweerster de zorgen van klaagster niet (voldoende) heeft meegenomen in haar overwegingen. Weliswaar heeft verweerster ter zitting verklaard dat het achteraf wellicht beter was geweest om een familiegesprek te beleggen, maar het uitblijven hiervan valt verweerster niet tuchtrechtelijk te verwijten nu blijkt dat haar beleid in de bewuste periode wel telkens is besproken met zowel patiënt als klaagster. Op maandag 9 mei 2016, verweersters eerste werkdag na haar vakantie, is genoteerd dat klaagster is gebeld nadat er contact met verweerster was geweest over de pijnklachten van patiënt tijdens de wondverzorging. Verweerster had besloten niet de oxycodon te verhogen, met het oog op de vermoeidheid en sufheid bij patiënt, maar nadere instructies te geven voor de toediening van naproxen. Er is daarbij een artsensite voor woensdag afgesproken. In het dossier is genoteerd dat klaagster de situatie zorgelijk vond. Op woensdag 11 mei 2016 heeft verweerster patiënt bezocht en de situatie met hem en klaagster besproken, hetgeen is vastgelegd in het dossier. Ook toen is genoteerd dat klaagster zich veel zorgen maakte. Dit wijst erop dat aan de zorgen van klaagster wel degelijk aandacht is besteed. Uit het dossier blijkt verder dat het op vrijdag 13 mei 2016

door verweerster besproken beleid (om standaard de metoclopramide te geven, zodat patiënt wat kon eten, hem goed te laten drinken, tweemaal per dag de temperatuur te controleren en dan te “kijken hoe het de komende dagen gaat”) ook is afgestemd met klaagster. Verweerster heeft ter zitting ook nog eens verklaard dat zij nadrukkelijk de zorgen van klaagster in haar besluitvorming heeft betrokken. Het college ziet gelet op het voorgaande geen reden om daaraan te twijfelen.

5.4

Het college heeft evenmin kunnen vaststellen dat verweerster ten onrechte eerst op 11 mei 2016 en derhalve niet tijdig de bloeuitslagen van 9 mei 2016 heeft gezien en geïnterpreteerd. Het bloedonderzoek is aangevraagd door een collega van verweerster en is afgenomen op de eerste werkdag van verweerster, maandag 9 mei 2016. Het college acht het voldoende zorgvuldig van verweerster dat zij op woensdag 11 mei 2016 patiënt heeft bezocht, zoals de maandag ervoor was afgesproken, en toen de uitslagen heeft opgevraagd en bekeken. Daarbij weegt mee dat, zoals verweerster heeft toegelicht, de afspraak met het ziekenhuis is dat als er sterk afwijkende labuitslagen zijn deze worden doorgebeld. Dat was hier niet gebeurd. Verweerster behoefde onder deze omstandigheden geen aanleiding te zien om de uitslagen al eerder op te vragen en te beoordelen. Voor de klacht op dit punt ziet het college daarom onvoldoende grond.

5.5

De klachten over het vervolg acht het college echter wel grotendeels gegrond. Verweerster had op 11 mei 2016, gelet op het hoge CRP, dat duidde op een ernstige infectie, de evidente stijging van het CRP na februari 2016 (van 73 naar 252), het verhoogde aantal leucocyten en het toxische bloedbeeld, ook aan mogelijke andere oorzaken dan de al lang bestaande wonden aan het been moeten denken. Verweerster heeft op zichzelf juist gehandeld door niet alleen de uitslagen van het bloedonderzoek maar ook het klinisch beeld van patiënt in haar beoordeling te betrekken. Zij constateerde dat patiënt in staat was om zelf naar haar spreekkamer te komen en zag geen ernstig zieke patiënt voor zich. Zij kende patiënt ook al langer en zag geen wezenlijk verschil tussen het klinisch beeld van hem voor en na haar vakantie. Maar de discrepantie tussen dit beeld en de sterk oplopende CRP, tezamen met het toxische bloedbeeld, had voor haar toch aanleiding moeten zijn om nader (lichamelijk) onderzoek te doen naar een mogelijke andere ontstekingsfactor en/of om overleg met het ziekenhuis te plegen. Dit klemt te meer nu het gebruik van naproxen koorts kan maskeren. De gezondheidstoestand van patiënt kon daardoor beter lijken dan deze in werkelijkheid was. Verweerster heeft als waarschijnlijke oorzaak voor het bloedbeeld de wondinfectie genoteerd. Dat zij, zoals zij ter zitting heeft verklaard, wel aan de mogelijkheid van een infectie door een andere bacterie heeft gedacht en daarom heeft gekozen voor ciprofloxacin (breed spectrum antibiotica) is niet voldoende om van een toereikende differentiaaldiagnose te kunnen spreken.

Daarnaast had verweerster naar het oordeel van het college patiënt beter moeten volgen dan zij heeft gedaan. Zij heeft patiënt weliswaar voor het weekend zelf nog gezien (op 13 mei 2016) en toen geconstateerd dat hij niet in bed lag maar in de huiskamer verbleef en dat het “niet beter maar ook niet slechter” met hem ging, maar zij had er alert op moeten zijn dat het snel beter met patiënt had moeten gaan na aanvang van de kuur (twee dagen eerder). Zij had duidelijke instructies moeten geven voor de verzorgenden en haar collega's over hoe de toestand van patiënt moest worden gevolgd

en hoe er gehandeld moest worden als patiënt niet snel zou opknappen. De notities op 11 mei 2016 over eventueel overleg met het ziekenhuis als patiënt niet zou opknappen en die van 13 mei 2016 om te kijken hoe het de komende dagen zou gaan waren daartoe onvoldoende. Zij had in dit geval ook niet zonder meer mogen vertrouwen op de deskundigheid van de verzorgenden en het feit dat zij wisten dat er 24 uur per dag een arts bereikbaar was. Ook al kan -als gezegd- niet zonder meer worden geoordeeld dat verweerster patiënt eerder had moeten verwijzen naar het ziekenhuis, waarbij verweerster ook nog terecht heeft laten meewegen dat patiënt zelf niet naar het ziekenhuis wilde, dan nog had zij moeten inzien dat het gelet op het toxische bloedbeeld van de 11e mei riskant was om zonder nauwgezet toezicht de effecten van een ongerichte kuur te blijven afwachten. Zij had voor het weekend de verdere opties moeten bezien en bespreken.

5.6

Nu de klacht deels gegrond is, zal een maatregel worden opgelegd. Het college neemt daarbij in aanmerking dat verweerster op het hiervoor beschreven punt te afwachtend is geweest, maar voor het overige correct heeft gehandeld en zich duidelijk betrokken heeft getoond bij de situatie van patiënt. Naar het oordeel van het college kan met een waarschuwing worden volstaan.

6. DE BESLISSING

Het college:

- verklaart de klacht gedeeltelijk gegrond (als hierboven genoemd onder 5.5);
- legt op de maatregel van waarschuwing;
- wijst de klacht voor het overige af.

Aldus gedaan door mr. H.L. Wattel, voorzitter, mr. dr. Ph.S. Kahn, lid-jurist en, M.D. Klein Leugemors, dr. A.P.E. Sachs en M.J.T. Tijkotte, leden-artsen in tegenwoordigheid van mr. B.E.H. Zijlstra-Bauer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 9 februari 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 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.