

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 238/2018

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 18 maart 2019 naar aanleiding van de op 4 september 2018 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

**C**, arts, (destijds) werkzaam te D,  
bijgestaan door mr. M. Nijmeijer-Reinders, als bedrijfsjurist werkzaam bij I,

v e r w e e r d e r

### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dat blijkt uit de volgende stukken:

- het op 4 september 2018 ontvangen klaagschrift van klaagster van 15 augustus 2018 met bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift met bijlage;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 15 januari 2019 gehouden mondeling vooronderzoek.

### 2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het zorgdossier) dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klaagster is de zus van E, geboren in 1959 en overleden begin 2018, hierna te noemen patiënt.

Patiënt is na een herseninfarct op 30 oktober 2017 opgenomen op de afdeling neurologie van het F (hierna: het ziekenhuis). Als gevolg van het herseninfarct was patiënt halfzijdig verlamd, had hij forse gemengde afasie en apraxie en was er een lage belastbaarheid, met name pulmonaal bij een verminderde slik- en hoestfunctie.

Vanwege een combinatie van factoren, waaronder een psychiatrische voorgeschiedenis en de lage belastbaarheid (met name pulmonaal), hebben de revalidatieartsen van het ziekenhuis geconcludeerd dat de toestand van patiënt op dat moment geen indicatie vormde voor opname in het G en hebben zij opname binnen de geriatrische revalidatiezorg geadviseerd.

In dat kader is patiënt op 29 november 2017 opgenomen op de GRZ-afdeling (Geriatrische Revalidatiezorg) van het verpleeghuis waar verweerder tijdelijk als arts niet in opleiding tot specialist (ANIOS) in dienst was en, onder supervisie van de specialist ouderengeneeskunde, betrokken was bij de behandeling van patiënt.

Patiënt kreeg na zijn herseninfarct vocht en voeding via een neusmaagsonde. Het beleid was er, ook na opname op de GRZ-afdeling, op gericht de eigen voedselinname te verbeteren. Dit gebeurde onder begeleiding van en in overleg met een diëtiste en een logopediste. Ook de urineproductie werd bijgehouden. Door een longontsteking aan het begin van de opname was patiënt in eerste instantie niet in staat om naast sondevoeding ook zelf dik vloeibaar voedsel in te nemen. Vanaf half december 2017 ging dit beter, tot patiënt eind december 2017 (weer) een luchtweginfectie kreeg.

Verweerder heeft de mogelijkheid van het plaatsen van een PEG-sonde voor de eerste maal besproken met klaagster op 4 januari 2018 en op 10 januari 2018 heeft hij met haar besproken dat hij patiënt hiervoor zou verwijzen naar de MDL-arts.

Op 11 januari 2018 is verweerder in de middag aan het einde van zijn dienst bij patiënt geweest. Van dit laatste contact heeft verweerder in het dossier aangetekend:

*“Verpleegkundige gaf aan dat meneer zich niet zo lekker voelt.*

*Hij is vandaag op bed gebleven omdat hij zich niet lekker voelde. Toen ik op zijn kamer kwam wees hij naar zijn inco materiaal dat het daar niet goed zat.*

*Geen klachten van benauwdheid of kortademigheid. Als ik vraag naar pijn en wijs naar de longen schudt hij nee.*

*Uitleg gegeven over bloedprikken en peg-sonde*

*Temp 37.7*

*Sat 87%*

*Pols 133*

*Longen: niet goed beoordeelbaar wegens voortgeleiding van geluiden uit mond. Veel slijm in mond.*

*Beginnende pneumonie?*

*- morgen cito lab (ontsteking parameters)*

*- bij hoog CRP starten AB*

*- morgenvroeg controles*

*- collega vragen hem morgen te beoordelen.*

*In overleg met H.”*

In de loop van die avond heeft patiënt veel slijm gebraakt en ophoesten van het slijm lukte niet. Patiënt werd onrustiger, benauwd met versnelde ademhaling en daling van de bloeddruk. Om 24.00 uur heeft patiënt op voorschrift van een collega-arts antibiotica en 0,5 ml morfine toegediend gekregen. Toen de toestand van patiënt om 04.00 uur verder verslechterde is hij overgebracht naar het ziekenhuis, waar hij rond 14.00 uur is overleden.

Hoewel de oorzaak van het overlijden niet is komen vast te staan is het waarschijnlijk dat patiënt is overleden als gevolg van een pneumosepsis.

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder dat:

- a. hij patiënt heeft verwaarloosd door onvoldoende toe te zien op vochtinname, met verstoppingen en uitdroging als gevolg, en onvoldoende te letten op de mondhygiëne;
- b. hij patiënt niet eerder heeft verwezen naar het ziekenhuis terwijl zijn toestand steeds verder achteruitging (meerdere longontstekingen, vieze mond, verstoppingen, etcetera).

### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER/VERWEERSTER

Verweerder voert - zakelijk weergegeven - aan dat hem geen verwijt kan worden gemaakt. Verweerder wijst er in dit verband op dat patiënt regelmatig (sonde)voeding weigerde. Voor deze situatie was aandacht. Patiënt werd zoveel mogelijk gestimuleerd om voeding te accepteren en ook werd gezocht naar de minst belastende manier van toediening (bijvoorbeeld door middel van een pomp geleidelijke toediening gedurende de nacht). De inname van vocht en voeding werd bijgehouden door middel van een vocht- en voedingsbalans en ook voor de obstipatie was aandacht.

De 'vieze' mond van patiënt was het gevolg van de neusmaagsonde en de slikproblemen na het herseninfarct. Hierdoor had patiënt zogenoemd 'open mond gedrag' en droogde niet weggeslikt slijm op in zijn mond. Verweerder heeft hiervoor medicatie voorgeschreven en de verzorging is geïnstrueerd hoe dit te verzorgen. Patiënt liet ook de mondverzorging niet altijd toe.

Juist is dat patiënt meerdere keren longontsteking heeft gehad. Dit was, ook niet in combinatie met de hiervoor genoemde omstandigheden, geen aanleiding om patiënt in te sturen. Patiënt reageerde altijd goed op een ingezette (orale) antibioticakuur. Bij het laatste contact dat verweerder met patiënt had kon hij geen longontsteking vaststellen. Wel heeft hij voor de volgende ochtend met spoed een bloedonderzoek aangevraagd en geadviseerd bij hoge ontstekingswaardes antibiotica te starten en een collega-arts gevraagd patiënt de volgende ochtend vroeg opnieuw te beoordelen. Verweerder heeft dit overlegd met de op dat moment werkzame specialist ouderengeneeskunde en achterwacht.

### 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. Het verdrietige feit dat patiënt is overleden leidt niet tot de (automatische) conclusie dat tuchtrechtelijk verwijtbaar is gehandeld.

## 5.2

Het college stelt voorop dat verweerder als arts tijdelijk op de desbetreffende afdeling werkte en telkens onder supervisie was van een specialist ouderengeneeskunde. Dat betekent dat de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor de door verweerder verleende zorg grotendeels bij de supervisor lag en niet bij verweerder.

## 5.3

Het college constateert dat door de verzorging voldoende aandacht is besteed aan de vochtinname. Ondanks het regelmatig weigeren van vocht en voeding is de verzorging voldoende vocht en voeding blijven aanbieden. Daarbij is duidelijk genoteerd wat wel en niet lukte, rekening houdend met de wensen en mogelijkheden van patiënt. De intake zoals in het dossier is beschreven zou voldoende moeten zijn om niet uitgedroogd te raken. In ieder geval is er geen aanknopingspunt voor het oordeel dat verweerder onvoldoende zicht heeft gehouden op de vochtinname.

Ook voor de moeizame defecatie van patiënt was aandacht. Patiënt kreeg hiervoor laxeermiddelen en met enige regelmaat een klysma. Dat dit voor patiënt vervelend zal zijn geweest is begrijpelijk, maar met het oog op het voorkomen van verstoppingen gerechtvaardigd en in ieder geval niet aan te merken als verwaarlozing van de patiënt. Uit het dossier blijkt voorts dat patiënt op 9 januari 2018 nog spontaan ontlasting had gehad (brijig) en dat hem op 11 januari 2018 nog een klysma is gegeven met (weinig) resultaat. Dat ten tijde van het overlijden van patiënt sprake was van verstopping is dan ook niet aannemelijk.

Voor wat betreft de mondhygiëne geldt dat de omstandigheden (de sondevoeding, de mondapraxie, de ademhaling via de mond en het met enige regelmaat weigeren van mondverzorging door patiënt) maakten dat de door klaagster beschreven 'vieze mond' moeilijk te bestrijden was. Hier werd door de logopediste en de verzorging aandacht aan besteed en verweerder heeft na melding door een verpleegkundige op 4 januari 2018 Oral Balance voorgeschreven.

Uit het voorgaande volgt dat niet aannemelijk is geworden dat verweerder onvoldoende aandacht heeft gehad of gevraagd voor de verschillende problemen van patiënt. Dat betekent dat klachtonderdeel a niet slaagt.

## 5.4

De door klaagster beschreven problemen (terugkerende longontstekingen, vieze mond, moeizame vocht- en voedselinname en moeite met defecatie) waren (mede) het gevolg van de ernstige beperkingen die patiënt had na zijn herseninfarct. Nadat begin januari 2018 duidelijk werd dat voorlopig geen duidelijke verbetering kon worden verwacht met het zelfstandig innemen van voedsel en vocht heeft verweerder met patiënt en later met klaagster de mogelijkheid van het plaatsen van een PEG-sonde besproken en patiënt ook daadwerkelijk voor plaatsing daarvan verwezen naar een MDL-arts. Niet gebleken is dat verweerder bij deze verwijzing niet voldoende voortvarend heeft gehan-

deld of dat hij op grond van de algemene toestand van patiënt al eerder tot verwijzing naar een ziekenhuis had moeten overgaan.

Geen aanleiding bestaat voorts voor het oordeel dat een longontsteking altijd een reden moet zijn de patiënt op te laten nemen in het ziekenhuis. Een longontsteking zonder bijzondere complicaties kan in zijn algemeenheid ook op de afdeling waar verweerder werkte adequaat worden vastgesteld en behandeld, zoals dit ook bij patiënt meermaals was gebeurd. Een longfoto is daarbij, gelet op de belasting voor patiënt, niet zonder meer nodig, zeker niet als daadwerkelijk wordt behandeld met antibiotica.

Waar het de laatste longontsteking betreft is van belang dat het laatste contact met verweerder heeft plaatsgevonden in de middag van 11 januari 2018 om 16:20 uur. Op dat moment kon (nog) geen longontsteking worden vastgesteld. Wel heeft verweerder met spoed bloedonderzoek afgesproken, afgesproken dat patiënt de volgende ochtend beoordeeld zou worden door een collega en heeft hij overleg gehad met zijn supervisor. Dat verweerder patiënt al op dat moment had moeten insturen blijkt niet uit de in het dossier aanwezige gegevens. Verweerder heeft adequaat gehandeld door te zorgen dat patiënt in de gaten werd gehouden en dat de volgende ochtend nader onderzoek zou worden gedaan. Dat vervolgens de situatie zeer snel is verslechterd was op het moment van de visite door verweerder niet te voorspellen. Voor het oordeel dat verweerder in dezen niet volgens de professionele standaard heeft gehandeld bestaat dan ook geen aanleiding. Dat betekent dat klachtonderdeel b ook niet kan slagen.

## 5.5

Gelet op het voorgaande is de klacht, zeker gelet op de in 5.2 toegelichte beperkte tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van verweerder, kennelijk ongegrond en dient als volgt te worden beslist.

## 6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door A.L. Smit, voorzitter, en A.G.M. Beckers en J. Schuur, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van M. Keukenmeester.

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 Centraal 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 aangelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat. Het tot het Centraal 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. Indien het beroepschrift op of na 1 april 2019 wordt ontvangen, is voor de indiening daarvan een griffierecht van € 50,-

verschuldigd. U ontvangt hierover bericht van het Centraal Tuchtcollege. Als degene die in beroep is gegaan geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht terugbetaald.