

# Niet altijd begrip voor verantwoorde zorg

**A**l doe je als arts of als instelling nog zo je best om ook in zeer ongunstige omstandigheden zo goed mogelijke zorg te verlenen, het zegt lang niet alles over het eindoordeel van de patiënt. Wordt er resultaat geboekt, dan ben je een held. Loopt het echter anders af, dan rest helaas soms het andere uiterste: aangeklaagd worden bij het tuchtcollege. In onderstaande casus gebeurde dat pas drie jaar na dato. Uit de casus spreekt - afgaand op de uitspraak - een intrinsieke machteloosheid en 'zich onbegrepen voelen', terwijl alle betrokken partijen zich toch maximaal hadden ingespannen.

Een 33-jarige vrouw, die vanwege een matige, verstandelijke handicap, contactstoornis, Gilles de la Tourette en temperatuurregulatiestoornissen sinds een jaar een op haar afgestemde intensive begeleiding krijgt op een wooninstelling voor gehandicapten, krijgt een otitis externa. Mede door haar automutilerende gedrag wordt deze van kwaad tot erger. Uiteindelijk wordt de situatie onhoudbaar. Terwijl de aandoening op zich niet tot ziekenhuisopname noopt, lijkt dat - om de vicieuze cirkel te doorbreken - wel de enige optie. De comorbiditeit bepaalt nadrukkelijk het beleid.

Op aandrang van haar ouders, de latere klagers, vindt een groot overleg plaats met de directies van de instelling en het ziekenhuis, met medewerkers, met



een aantal specialisten en met de huisarts. Een 'strijdplan' wordt opgesteld: patiënte wordt in een 'dommeltoestand' gebracht om het genezingsproces ongestoord te laten plaatsvinden. Dat dommelniveau wordt ondanks het bijstellen van de medicatie echter nooit bereikt. Integendeel. Patiënte wordt zeer onrustig en verhuist naar een eigen kamer in een vrijwel gereed zijnde nieuwe vleugel in het ziekenhuis. Er ontwikkelen zich diverse complicaties. Het voorgenomen strijdplan heeft niet gewerkt.

Zo snel als medisch verantwoord, wordt patiënte daarna ontslagen om behandeling onder fixatie in haar eigen wooninstelling te laten plaatsvinden. Onverwacht overlijdt ze daar echter twee dagen later. De vader staat obductie in eerste instantie niet toe. Drie jaar later willen de ouders echter de onderste steen toch boven hebben. Het tuchtcollege verwerpt echter alle klachten, zowel die tegen de anesthesioloog en de gelijktijdig aangeklaagde dermatoloog als tegen de psychiater. De gezamenlijke zorg van ouders én professionals voor een patiënte met heel ingewikkelde multipathologie krijgt zo - nog afgezien van de dramatische afloop - ook een nare nasmaak.

B.V.M. CRUL, arts  
MR. W.P. RIJKSEN

Log in en discussieer mee op onze site in de rubriek Tuchtzaken:

[www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl)



## Uitspraak Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen d.d. 27 mei 2004

Het College heeft het volgende overwogen en beslist over de op 26 juli 2002 binnengekomen klacht van A en B, wonende te C, klagers; gemachtigde: mr. D, advocaat te E; tegen F, anesthesioloog; wonende te G; verweerder; gemachtigde: mr. H, advocaat te I.

### VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het College heeft kennis genomen van het klaagschrift d.d. 19 juli 2002 met bijlagen, binnengekomen bij het secretariaat van het College op 26 juli 2002; het verweerschrift d.d. 7 november 2002, ingediend door mr. H, advocaat te I, namens verweerder, binnengekomen bij het secretariaat van het College op 8 november 2002; de repliek zijdens klagers, ontvangen op

15 april 2003; de dupliek zijdens verweerder d.d. 13 mei 2003; een brief van mr. H d.d. 3 september 2003 met bijlage.

Ingevolge het bepaalde in artikel 66 van de Wet BIG is heeft de voorzitter van het College een vooronderzoek gelast. In het kader van dit vooronderzoek is partijen de gelegenheid geboden te worden gehoord. Daarvan is door partijen geen gebruikgemaakt.

De klacht is, gevoegd met de klachten tegen drie andere aangeklaagde artsen, door het College behandeld ter zitting van 8 april 2004. Aldaar zijn klagers verschenen, vergezeld van hun gemachtigde, mr. D voornoemd. Verweerder is eveneens in persoon verschenen, vergezeld van zijn gemachtigde, mr. H voornoemd.

Gehoord is de door klagers meegebrachte getuige mw. J, verpleegkundige.

Van de behandeling ter zitting is proces-verbaal opgemaakt.

### 2. FEITEN

Klagers hebben klachten ingediend tegen vier artsen en een verpleegkundige, allen betrokken bij de behandeling van hun dochter K in de periode juni/juli 1999.

K, geboren op 7 november 1965 en overleden op 22 juli 1999, was een vrouw met een matige verstandelijke handicap die voorts leed aan contactstoornis, een ticstoornis (Gilles de la Tourette), temperatuurregulatiestoornissen (op basis van afwijkingen aan de hersenstam) en ernstige gedragsproblemen, waarvoor >>

<< zij een op haar afgestemde intensieve begeleiding kreeg op L, een wooninstelling voor gehandicapten waar zij sinds het voorjaar van 1998 woonde. Voorts worden genoemd longproblemen en heftige reacties op sommige gedragsbeïnvloedende medicijnen (psychofarmaca en benzodiazepines).

K had voorts de neiging om te pulken (in een zodanige mate dat er sprake was van automutilatie) en plekjes aan haar huid open te krabben, waardoor wonden ontstonden. In de instelling slaagde men er meestal in daar adequaat op te reageren.

In september 1998 klaagde K over een pijnlijk oor. Op ontstekingsklachten aan een gehoorgang die leidden tot jeuk en irritatie reageerde ze door er heftig aan te peuteren. De aandoening viel weliswaar goeddeels te genezen, maar de genezing werd steeds tenietgedaan door heftig peuteren.

Najaar 1998 is K in het ziekenhuis opgenomen wegens neurologische problemen en is voor de problematiek van het rechteroor ook de KNO-arts in consult geroepen. Toen zij werd ontslagen, was het oor zo goed als genezen. De klachten aan het rechteroor kwamen nadien echter telkens terug en ook het linkeroor werd daar na enige tijd bij betrokken. Omdat de behandeling op L niet aansloeg, vond poliklinische hulp door de KNO-arts en een huidarts plaats. Toen het personeel van de instelling aangaf dat de situatie op L onhoudbaar begon te worden - K krabde zich open en huilde van pijn en jeuk, en een behandeling die met fixeren gepaard ging, is vanwege de beladen voorgeschiedenis op dit punt niet voorgestaan - is vanuit de instelling alsnog met de tweede lijn over opname gesproken. Zodanige opname is van die zijde niet nodig geacht (de aandoening zelf noopte ook niet tot opname) en werd vanwege de bij deze patiënt te verwachten grote problemen ook allerminst voorgestaan, maar toch is daartoe zeker ook door aandrang van klagers uiteindelijk wel besloten, in een groot overleg waarbij de directies van beide instellingen de huisarts, medewerkers van L en een aantal specialisten uit het ziekenhuis betrokken waren. Uit dit overleg is een tweefasenplan voortgekomen: eerst zou worden getracht K op L te behandelen met ondersteuning vanuit de tweede lijn; mocht dat onvoldoende resultaat geven, dan zou - als tweede fase - opname volgen.

Op 1 juli 1999 ging fase 1 van start, die mislukte, en op 13 juli 1999 fase 2. Voordat opname plaatsvond, is een pro-

ocol gemaakt met daarin de gedragscode voor ouders en familie en de verantwoordelijkheden van alle betrokkenen. Ook klagers hebben daarmee - zij het naar ter zitting bleek nolens volens - ingestemd. Er is een behandelteam gevormd en de activiteiten en bemoeienissen van verplegend personeel van L en het ziekenhuis zijn op elkaar afgestemd.

Vanuit het behandelteam is gesteld dat men had begrepen dat fixatie alleen in uiterste noodzaak en dan met toestemming van klagers, zou plaatsvinden. Klagers geven aan dat volgens hen fixatie aan de orde zou moeten komen wanneer een toestand van dommelniveau om het genezingsproces ongestoord te laten plaatsvinden geen soelaas mocht bieden, en wel omdat toediening van zware sedativa tot uitzonderlijke bijwerkingen zou (kunnen) leiden, naar zij op grond van eerdere ervaringen wisten. Meteen na opname zou worden - en is - gestart met sedatie op 'dommelniveau'. Dit leidde echter niet tot de gewenste situatie, integendeel K werd zeer onrustig c.q. over haar toeren waarna na intern overleg (in het ziekenhuis) en extern overleg, een modern neurolepticum aan de sedatie werd toegevoegd omdat door gedragsproblemen behandeling anders vrijwel onmogelijk was.

Haar verblijf op de afdeling Neurologie wordt aangeduid als een regelrechte ramp vanwege de enorme commotie die K veroorzaakte; zij is vervolgens apart gelegd op een kamer in een vrijwel gereed zijnde nieuwe vleugel van het ziekenhuis waar naast de verzorging vanuit het ziekenhuis ook dag en nacht begeleiding vanuit L plaatsvond.

Tijdens de opname in het ziekenhuis hebben zich bij K tekenen van aspiratiepneumonie geopenbaard en is vervolgens de sedatie meteen gestaakt en is zij op de IC opgenomen. In die periode is bij haar een bronchoscopie verricht waarbij korte tijd hartritme problemen (bradycardie) optraden. Zij is op 19 juli 1999 ontslagen van de IC en naar L teruggebracht. Wel diende extra zuurstoftoediening plaats te vinden.

Op 21 juli 1999 heeft K aan het begin van de middag ongeveer een uur zonder extra zuurstof gelegen door problemen met een zuurstoffles.

Dit euvel is verholpen, waarna K wakker werd en zo te zien van het incident geen gevolgen had ondervonden. In de erop volgende nacht is extra gecontroleerd. Vroeg in de morgen is K overleden, naar de aanwezige arts vermoedde

wegens hartstilstand of een acuut longprobleem. In de fase kort na haar overlijden is obductie door de instellingsarts ter sprake gebracht maar volgens hem door K's vader verworpen. Deze geeft aan dat zeker wel obductie zou zijn verlangd als men kennis had gehad van alle feiten en omstandigheden, en maakt bezwaar tegen het zijn afgegeven van een verklaring van natuurlijk overlijden.

In hun klachten gaan de ouders vooral in op

- het volgens hen in strijd met gemaakte afspraken toedienen van zwaardere/zware sedativa zonder dat daarmee tevoren zou zijn ingestemd (op grond van eerdere ervaringen verwachtten zij daarvan bijzondere risico's);
- de ouders zijn van oordeel dat toedienen van zwaardere/zware sedativa in belangrijke mate heeft bijgedragen aan het ontstaan van complicaties en het overlijden;
- het nalaten hen in te lichten conform het opnameprotocol, over de complicaties tijdens de opname;
- strijd met de zorgplicht door K op 19 juli 1999 te ontslaan uit het ziekenhuis en vervolgens medische zorg in L te aanvaarden, gezien de mate en het niveau van de zorg die daar kon worden geboden;
- de oorzaak van het overlijden; in strijd met de wet zou in de verklaring een natuurlijke doodsoorzaak zijn genoemd.

De aangeklaagden worden elk aangesproken op de eigen inbreng en verantwoordelijkheid.

Klagers willen de onderste steen boven hebben.

### 3. DE KLACHT

De klacht luidt - zakelijk weergegeven - als volgt.

Klagers hebben bij de bespreking van het zogenaamd tweefasenplan slechts toestemming gegeven voor toediening van lichte sedativa opdat een dommelsituatie zou worden bereikt. Hierdoor kon behandeling van de huidproblematiek van K plaatsvinden. Gedurende de opname in M (tweede fase) is sedatie toegediend onder verantwoordelijkheid van verweerder. Aan verweerder wordt verweten dat, ondanks het feit dat hij op de hoogte was van de uitzonderlijke bijwerkingen van zware sedativa bij K, hij zonder voorafgaand overleg met en zonder toestemming van klagers tot verstreking daarvan is overgegaan.

Gevolg hiervan is geweest dat K op 15 juli 1999 koorts kreeg en haar toestand verslechterde. Dit leidde op 16 juli 1999 tot een respiratoire insufficiëntie met een dreigende aspiratiepneumonie. In verband hiermee moest zij worden opgenomen op de IC en moest zij (via intubatie) worden beademd.

Op maandag 19 juli 1999 heeft verweerder besloten en/of goedgevonden K uit het ziekenhuis te ontslaan, terwijl dit medisch niet verantwoord was. Haar algehele conditie was immers ten tijde van het ontslag slecht. Zij kampte met een longontsteking, had koorts, was zuurstofafhankelijk en kreeg veel medicatie. Klagers vermoeden dat het ontslagbesluit is ingegeven door het feit dat K vanwege haar gedragsproblematiek overlast veroorzaakte.

#### 4. HET VERWEER

Het verweer luidt - zakelijk weergegeven - als volgt.

Verweerder heeft het overleg op L op 30 juni 1999, dat leidde tot het overeengekomen tweefasenplan, bijgewoond. Klagers waren daar niet bij aanwezig. Ook is verweerder betrokken geweest bij werkbesprekingen/collegiaal overleg tijdens de opname van K in M. Het ging er om dat K in een 'dommelsituatie' werd gebracht via toediening van sederende middelen. Verweerder kon zich hiermee verenigen, maar heeft steeds gewezen op het risico van complicaties daarbij, bijvoorbeeld in de vorm van sputumretentie. Op 13 juli 1999 is met de behandelend psychiater N overlegd over de regie met betrekking tot medicatie(toediening). De afspraak is gemaakt dat deze de medicatie (tranxene, dormicum en temesta) zou regelen. Aldus is geschied. Waarschijnlijk door verandering van omgeving raakte K over haar toeren en werd de beoogde dommelsituatie niet bereikt.

Hierop is door de psychiater de wenselijkheid van toediening van meer tranxene besproken met de leden van het behandelteam, waaronder verweerder. Ook verweerder kon zich hiermee verenigen. Toen resultaat opnieuw uitbleef heeft de psychiater met anderen (waaronder externe deskundigen) toevoeging van een ander middel - zyprexa - besproken. Verweerder is hier wegens bezigheden elders in het ziekenhuis, niet bij betrokken geweest.

Verweerder heeft geen 'zware sedativa' toegediend en heeft met klagers ook geen afspraak gemaakt omtrent medica-

tie. Voorts heeft hij conform het behandelplan gehandeld.

Vanaf het moment dat zich de complicatie voordeed is direct gestopt met de sederende medicatie en heeft verweerder na opname IC, de regie voor wat betreft de medicatie overgenomen.

Verweerder heeft slechts op 18 juli 1999 het besluit genomen het verblijf van K op de IC niet voort te zetten, indien haar situatie op 19 juli nog steeds stabiel zou zijn. Dit was het geval. Verweerder is niet betrokken geweest bij de vraag waar verdere behandeling na ontslag van de IC moest plaatsvinden. De algehele conditie van K en de op dat moment toegediende medicatie waren volgens verweerder echter geenszins een contra-indicatie voor terugplaatsing naar L. Er was geen sprake meer van ademhalingsproblematiek, er was een fraaie oxygenatie, geen koorts en de serologische en biochemische parameters waren gedaald. Evenmin waren er tekenen van pneumonie.

De suggestie van klagers dat terugplaatsing werd ingegeven door de wens om overlast van K te vermijden, wijst verweerder van de hand. Bij hem noch bij zijn collega's heeft een dergelijke wens bestaan.

Dat de gegeven sedatie/toegediende medicatie het overlijden van K (mede) zou kunnen hebben veroorzaakt, blijkt uit niets.

#### 5. BEOORDELING VAN DE KLACHT

Het College heeft kennisgenomen van de stukken en van hetgeen ter zitting aan de orde is gekomen.

Verweerder is vanaf het overleg op 30 juni 1999 op L - in teamverband - betrokken geweest bij de behandeling van K.

Op 16 juli 1999 is hij hoofdbehandelaar geworden in verband met opname op de IC, waar zij met zijn instemming op 19 juli 1999 is ontslagen.

Uit de stukken blijkt dat na opname van K in M, in het team en met zijn collega N is besproken dat laatstgenoemde verantwoordelijk zou zijn voor de uitvoering en bewaking van de medicatie. Het uitblijven van het beoogde resultaat is in het behandelteam besproken. Met klagers was vooraf het doel van de toediening van medicatie, te weten het bereiken van een dommelsituatie, besproken en hiermee hebben zij ingestemd. Gelet hierop is het de vraag of voor elke wijziging in medicatie die nodig is om dit doel te bereiken, opnieuw toestemming is vereist. Afgezien daarvan is dit geen taak van verweerder geweest, nu de toediening hiervan niet is

geschied onder verantwoordelijkheid van verweerder.

De reden dat K eerder uit M werd ontslagen dan volgens het behandelplan verwacht, is gelegen in de omstandigheid dat verdere sedatie gezien de daaraan verbonden risico's niet kon worden toegepast en behandeling met fixatie ook in L kon plaatsvinden.

Behandeling in een vertrouwde omgeving had zelfs de voorkeur, gezien de ontwikkelingen na opname in M. Ook medisch gezien waren er geen redenen aanwezig om K langer in M te houden.

De gemeten waarden en toe te dienen medicatie leverden daarvoor geen contra-indicatie op en de bronchoscopie wees geen pneumonie uit.

Voorzover klagers mochten menen dat de medicatie zoals toegediend aan het overlijden van K heeft bijgedragen, vindt het College in de voldoende aanwezige gegevens geen enkele beredeneerde steun voor die zienswijze.

Samengevat moet worden geoordeeld dat verweerder niet heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij bij behandeling van K behoorde te betrachten. De klacht dient derhalve ongegrond te worden verklaard.

Om redenen aan het algemeen belang ontleend, bepaalt het College dat de beslissing, ingevolge artikel 71 van de Wet BIG, geheel in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan de tijdschriften Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht ter bekendmaking zal worden aangeboden, zodat wordt beslist als volgt.

#### 6. BESLISSING

Het Regionaal Tuchtcollege;

*Verklaart de klacht ongegrond en wijst deze af;*

Bepaalt voorts dat de onderhavige beslissing, ingevolge artikel 71 van de Wet BIG, geheel in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan de tijdschriften Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus gegeven door mr. T. Duursma, voorzitter; drs. S.C. Plaggemars, lid-geneeskundige; drs. J.U.R. Niewold, lid-geneeskundige, dr. C.M.A. Bijleveld, lid-geneeskundige, mw. mr. C.P. van Gastel, lid-jurist, bijgestaan door mr. J.Sj. Dijkstra, secretaris, en uitgesproken op 27 mei 2004 door de voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris. ■