

Eén patiënt en veel solisten

Een 85-jarige patiënte, haar dochter en kleindochter, verzorgend personeel van een verzorgingshuis, een huisarts, een hidha (huisarts in dienst van een huisarts). Zie hier de hoofdrolspelers in onderstaande, niet ter publicatie aangeboden tuchtzaak.

Ongetwijfeld met de beste bedoelingen hebben alle spelers zich van hun taak gekwetend, maar iedereen wel op zijn eigen houtje. Een effectieve informatie-uitwisseling over de toestand van de hoogbejaarde patiënte tussen de mantelzorg, de care en de cure bestond gewoon niet. De patiënte was gevallen, had een hechtwond en pijn in flank en heup. Vijf weken lang is er door iedereen ongecoördineerde hulp verleend. Dochter en kleindochter lieten steeds briefjes achter voor arts en verpleging, maar die werden niet gezien of gelezen. De huisarts voer een eigen koers, gaf erg forse pijnstilling en vertelde voor zijn informatievoorziening te kunnen afgaan op zijn soms wat verwarde patiënte. Uiteindelijk bleek zij een os pubis- en mogelijk ook een acetabulumfractuur te hebben. Een dag na het stellen van de diagnose overleed zij.



Het Regionaal Tuchtcollege vond het onbegrijpelijk en onaanvaardbaar dat de huisarts in al die weken nooit of nauwelijks contact had gezocht met familie of verpleging. Ook in zijn beleid kon het college weinig lijn ontdekken. Omdat het verzorgingshuis mogelijk ook niet vrijuit ging bij de gebrekkige communicatie, beperkte het tuchtcollege zich tot een waarschuwing voor de huisarts.

Het is inderdaad vreemd dat de gediplomeerde verpleging van het verzorgingshuis niet eerder aan de bel heeft getrokken. Het begeleiden van de huisarts en het informeren als deze visite aflegt zou zeker bij een traumapatiënte toch regel moeten zijn? Als dat vanwege personeelsgebrek al niet meer gebeurt, zijn we echt verkeerd bezig.

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

Log in en discussieer mee of
bekijk eerdere uitspraken op onze
website: www.medischcontact.nl



Uitspraak Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 21 maart 2006

Het college heeft het volgende overwogen en beslist over de op 4 april 2005 binnengekomen klacht van: A, wonende te B, klagster, tegen C, huisarts, wonende te D, verweerder.

1. VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van het klaagschrift met bijlagen; het antwoord van 7 juni 2005 met bijlagen; de repliek van 9 augustus 2005; de dupliek van 7 september 2005; de correspondentie in het vooronderzoek. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord. De klacht is behandeld ter terechtzitting van 21 maart 2006, waar partijen aanwezig waren. Klagster werd vergezeld door haar dochters E en F. Verweerder werd bijgestaan door G, advocaat te H.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting is verklaard, kan van het volgende worden uitgegaan.

Klaagsters moeder, I, geboren in 1919 (hierna: de patiënte), woonde sinds de zomer van 2003 in het verzorgingshuis J te B en was ingeschreven bij de praktijk van verweerder.

De patiënte is op 20 december 2004 gevallen. Zij had een flinke wond aan haar

linkerkuit die verweerder heeft gehecht. Omdat de patiënte pijn had aan de linkerflank, ging verweerder ervan uit dat zij waarschijnlijk een gekneusde rib had.

Op 3 januari 2005 heeft de verzorging van het verzorgingshuis verweerder geconsulteerd in verband met decubitusplekken op de hiel en bil van de patiënte. Verweerder heeft ter behandeling van die plekken een zalf voorgeschreven en enkele verzorgingsadviezen gegeven.

Verweerder heeft de patiënte op 5 januari 2005 bezocht. Hij heeft toen de hechtingen verwijderd, het necrotisch weefsel bij de wond aan de linkerkuit en bij de decubitusplekken verwijderd en de plekken verbonden met flammazine. Voor de pijn heeft hij Tramal voorgeschreven.

Op 6 januari 2005 is de patiënte aangemeld voor fysiotherapie.

In de periode van 10 januari 2005 tot en met 24 januari 2005 hebben klagster en/of haar dochter F briefjes op het nachtkastje van de patiënte achtergelaten, gericht aan verweerder en/of de verpleging van het verzorgingshuis, waarin zij informatie gaven over de situatie van de patiënte of vragen stelden over de behandeling.

Op 12 januari 2005 heeft verweerder de patiënte ter controle bezocht. De wonden waren nagenoeg onveranderd en de

wond aan de bil was nu ook gaan bloeden. De patiënte had last van wazig zicht en hallucinaties. Verweerder heeft die klachten geduid als een effect van de voorgeschreven pijnmedicatie.

Verweerder heeft de patiënte op 19 januari 2005 opnieuw bezocht. Daarbij heeft hij een fors hematoom aan de linkerheup, kleine wondjes in de bilspleet en een genezende wond op het been geconstateerd. Verweerder concludeerde dat er mogelijk sprake was van een geïsoleerde sacrumfractuur. Hij heeft in verband daarmee voorgesteld dat de patiënte wat meer in bed zou blijven om te zien of de pijnklachten daardoor zouden verminderen. Inmiddels waren bij de patiënte wegrakingen opgetreden die verweerder geduid heeft als een effect van de pijn. Verweerder heeft geen contact gelegd met personeel van het verzorgingshuis.

Bij afwezigheid van verweerder in verband met vakantie heeft K, als hidha (huisarts in dienst van een huisarts) werkzaam in de praktijk van verweerder, de patiënte op 21 en 25 januari 2005 gezien. Op die laatste datum heeft K de patiënte voor nader onderzoek verwezen naar het ziekenhuis.

Op 26 januari 2005 zijn bij de patiënte röntgenfoto's gemaakt. Daaruit bleek dat zij een fractuur ramus superior os pubis aan de linkerkant en mogelijk ook een aceta-

belumfractuur had. Na telefonisch overleg met verweerder is de patiënte met een ambulance uit het ziekenhuis teruggebracht naar het verzorgingshuis.

In de nacht van 26 op 27 januari 2005 is de patiënte overleden.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

De klacht houdt in, zakelijk weergegeven, dat de patiënte na de val veel pijn heeft gehad en nauwelijks nog at of dronk. Verweerder heeft niet goed naar haar klachten geluisterd, niet goed naar haar symptomen gekeken en niet onmiddellijk foto's laten maken. Hierdoor heeft de patiënte onnodig ondraaglijk geleden. Verweerder heeft onvoldoende zorg verleend door op 26 januari 2005 niet naar haar toe te komen, hoewel hij had vernomen dat zij haar bekken had gebroken en zwart water moest overgeven. Hij had de patiënte toen in het ziekenhuis moeten laten opnemen.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert aan dat hij weliswaar weinig contact heeft gehad met de familie van de patiënte, maar dat het contact met haarzelf altijd goed was. Hij heeft nooit begrepen dat zij niet tevreden was met de door hem verleende zorg. Direct nadat de patiënte op 20 december 2004 was gevallen, heeft hij een visite bij haar afgelegd. De patiënte zei toen pijn te hebben aan de linkerflank. Verweerder constateerde dat er waarschijnlijk sprake was van een gekneusde rib, waarvoor een conservatieve behandeling was aangewezen. Het bekken was niet drukpijnlijk. Voorts bleek hem dat de patiënte kon staan en ook enkele passen kon lopen. Hij had geen aanleiding om verder onderzoek te doen, nu de patiënte geen blijk gaf van andere (pijn)klachten, ook niet aan het bekken of het stuitje. Op grond daarvan concludeerde hij dat een bekkenbreuk niet waarschijnlijk was en zag hij geen reden om nader onderzoek te doen of foto's te laten maken, ook omdat dat voor ouderen een zeer zware fysieke belasting is. Indien er bij röntgenonderzoek bijvoorbeeld een bekkenfractuur zou worden geconstateerd, zou de patiënte daarvoor niet worden opgenomen in het ziekenhuis, maar zou zij naar het verpleegtehuis worden verwezen. De patiënte had echter eerder te kennen gegeven dat zij beslist niet in een verpleeghuis wilde worden opgenomen. In de maand na de val is hij verschillende keren bij de patiënte geweest. Hij heeft de door haar geuite klachten steeds serieus genomen en zorgvuldig behandeld.

De patiënte heeft nooit aan verweerder kenbaar gemaakt dat zij ondraaglijk leed. Hij heeft adequate pijnmedicatie voorgere-

schreven, maar het was moeilijk het effect daarvan in te schatten omdat de patiënte soms verward was en niet duidelijk vertelde hoeveel pijn zij had. Hij heeft de briefjes die klagster bij het klaagschrift heeft gevoegd nooit gezien of gelezen.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

Verweerder heeft bij de behandeling van de patiënte geen duidelijk behandelplan voor ogen gehad en geen consequent beleid gevoerd. Hij heeft zich te afwachtend en te weinig actief opgesteld. Bovendien heeft hij onvoldoende gecommuniceerd met de patiënte, met haar familie en met het personeel van het verzorgingshuis. Hij had over zijn beslissing om geen röntgenfoto te laten maken om de patiënte de gang naar een verpleeghuis te besparen moeten overleggen met de patiënte zelf en met haar familie. Om zich een duidelijk beeld te vormen van de pijn die de patiënte had, had hij contact moeten opnemen met het personeel van het verzorgingshuis dat haar dagelijks zag. Door dat na te laten heeft hij niet gezorgd voor een adequate pijnstilling. Hij heeft de patiënte niet op geleide van pijn laten mobiliseren. De briefjes van klagster en haar dochters getuigden van grote onrust bij de familie van de patiënte en het is moeilijk voorstelbaar dat verweerder die nooit heeft gekregen of heeft ingezien. Maar zelfs als wordt aangenomen dat deze tekenen van ongerustheid de arts niet hebben bereikt, is het onbegrijpelijk - en onaantvaardbaar - dat de arts niet uit zichzelf contact heeft opgenomen met klagster voor overleg.

De conclusie van het voorgaande is dat de klacht gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij op grond van artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg tegenover de patiënte en/of haar naasten had behoren te betrachten.

Nu er op dit moment onduidelijk is of, en zo ja welke rol het verzorgingshuis bij de gebrekkige communicatie heeft gespeeld, zal het college deze niet ten volle op de schouders van verweerder leggen en zich bij de op te leggen maatregel beperken tot een waarschuwing.

6. DE BESLISSING

Het Regionaal tuchtcollege

waarschuwt verweerder.

Aldus gewezen op 21 maart 2006 door: mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, dr. J. Bellaar Spruyt, J. Edwards van Muijen en D.E. de Jong, leden-arts, mr. dr. J.A.C. Bartels, lid-jurist, mr. M. Nabar-Buis, secretaris, en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 16 mei 2006 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris. ■

Wie is de baas?



Lang geleden vroeg niemand wie de baas was in het ziekenhuis. Dat was de besturend zuster, een non, diacones of seculiere ongehuwde dame uit betere kringen. Dokters hielden zich niet zo bezig met de leiding. Bovendien lagen hun patiënten, ingedeeld naar geloof, in verschillende huizen in de stad.

In de loop van de twintigste eeuw vestigden de meeste dokters zich in het ziekenhuis. Heel lang bemoeiden ze zich met weinig meer dan de eigen praktijk. Maar het verpleegkundig bedrijf en het medisch proces raakten toenemend verknoopt. Intussen verdween de verpleegkundige uit de directies en later ook uit de leiding van de afdelingen. Een nieuwe laag marcheerde binnen: de managers.

Is de manager de baas of komt hij helpen? Een goede manager is een weldaad, stroomlijnt en brengt overzicht. Toch leeft breed het gevoel, een dankbaar verkiezingsthema, dat we met minder management toe moeten. Minder voeten onder het bureau, minder wandelende blocnootjes en agenda's, meer directe zorg en meer handen aan het bed. Dat kan, maar dan moeten we terug willen naar de meewerkend voorman (v/m).

De verpleegkundige moet zelf weer leiding geven; zij is een professioneel boegbeeld. Dat is bepaald geen luxe voor de kwaliteit op de werkvloer. De dokter moet ook meewerkend gaan managen, én opletten waar praktijk en maatschap, waarvan hij mede-eigenaar is, ophouden. Want waar het ziekenhuis begint, is hij geen eigenaar meer, maar 'problemeigenaar' van een afdeling of eenheid met welomschreven taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden en performance-eisen. De vraag is eigenlijk helemaal niet wie de baas is, maar waar hij dat is en hoe. Leiden en laten leiden, dat is het devies van de echte baas. Op alle niveaus. ■

J. Herre Kingma

de ziekenhuisbestuurder