

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2010/195

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE AMSTERDAM

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 12 juli 2010 binnengekomen klacht van:

A
en
B,
en
C,
gezamenlijk woonplaats kiezende te D,
k l a a g s t e r s,

tegen

E,
internist,
wonende te F,
werkzaam te G,
v e r w e e r d e r.

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift;
- de repliek;
- de dupliek met de bijlagen;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;
- de brieven met de bijlagen van de gemachtigde van klaagsters, mr. E.H. Copini, advocaat te Alkmaar, binnengekomen op 9 en 19 augustus 2010.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

De klacht is ter openbare terechtzitting op voet van artikel 57 lid 1 Wet BIG gezamenlijk behandeld met de klachtzaken geregistreerd onder nummer 10/196, 10/197 en 10/198Vp.

Partijen waren aanwezig. Klaagsters werden ter zitting bijgestaan door mr. E.H. Copini, advocaat te Alkmaar, en verweerder door mr. A.W. Hielkema, verbonden aan VvAA Rechtsbijstand te Utrecht. Zowel mr. Copini als mr. Hielkema hebben een toelichting

gegeven aan de hand van pleitnota's die aan het college zijn overgelegd. Voorts waren aanwezig H, verweerder in de zaak 10/196, I, verweerder in de zaak 10/197 en J, verweerder in de zaak 10/198Vp. Tevens waren aanwezig mr. A.C. de Die, advocaat te Amsterdam en mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht.

2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Klaagsters zijn de dochters van K, geboren op 6 september 1922 en overleden op 8 januari 2008, verder te noemen: patiënte.

2.2 Verweerder is als internist-oncoloog verbonden aan L te G, verder te noemen: het ziekenhuis.

2.3 Op 7 januari 2008 had patiënte, die bekend was met een pacemaker, koorts en pijn op de borst, gepaard gaande met braken. De huisarts heeft patiënte verwezen naar de afdeling Eerste Hulp van het ziekenhuis, waar zij om 12.15 uur met de ambulance arriveerde. Patiënte is vervolgens op de afdeling Eerste Hart Hulp (EHH) gezien door de arts-assistent cardiologie. Op het EHH verslag staat vermeld dat bij patiënte sprake was een pols van 60 per minuut, een bloeddruk van 115/50 mm/Hg, een saturatie van 97% en een temperatuur van 38°C. Bij laboratoriumonderzoek was sprake van een troponine gehalte van 0.48 ug/l. Bij electrografisch onderzoek (ECG) werden geen bijzonderheden gezien. De conclusie van de gemaakte echo van de buik luidde: "Cholestase op basis van stenen". Als diagnose staat op het EHH verslag vermeld: "DD cholangitis/anders?" en als therapie "opname interne".

2.4 Patiënte is vervolgens omstreeks 16.00 uur opgenomen op de afdeling Interne Geneeskunde (B1TA). De arts-assistent noteerde als beleid in het dossier:

"1) cholangitis → piperacilline 3 dd 4 gr iv
infuus 3l NaCl + 60 KCL

ECRP + steenverwijdering

2) POB, trop↑ DD bij cholangitis refered / cardiaal
→CK serie volgt

3) al langer anemie"

2.5 In het dossier staat vermeld dat om 17.00 de eerste gift piperacilline aan patiënte is toegediend. I nam omstreeks 17.00 uur de dienst over van de arts-assistent. Verweerder heeft de overdracht bijgewoond. Omstreeks 18.00 uur is een spoed ECRP bij patiënte verricht. Blijkens de brief van 7 januari 2008 van MDL-arts M luidde de conclusie van dit onderzoek: "Distaal choledochusconcrementen na cholecystectomie 1969 met cholangitis en sepsis. Plaatsen plasticstent". Als beleid/advies staat in deze brief vermeld: "Doorgaan met pipcil i.vv., sepsisbehandeling, zonodig op ICU. Re-ERCP na klinische verbetering. Dienstdoende internist/assistent telefonisch geïnformeerd".

2.6 Om 21.30 uur is patiënte gezien door I. Blijkens zijn aantekeningen in het dossier stelde hij bij anamnestic- en lichamelijk onderzoek het volgende vast:

"Aanspreekbaar, pijn 0 p 80

Abdomen: soepel, np, RR wordt gedaan

Moe + T ↓

B/ exp.
pip.. + controles cont."

In de avondrapportage is door de verpleegkundige vermeld dat patiënte na het plaatsen van de stent erg benauwd was, dat de saturatie daalde tot 65% en na toediening van 4 l O₂ verbeterde. Voorts staat vermeld dat patiënte erg moe was, veel sliep en dat de controles stabiel waren. Blijkens het dossier is om 23.00 uur een tweede infuus piperacilline aangehangen.

2.7 Omstreeks 23.00 uur heeft de avonddienst-verpleegkundige de dienst overgedragen aan de nachtdienst-verpleegkundige J. Zij noteerde in de verpleegkundige rapportage: "Ronde van 0u Mw rustig slapende gezien.

Hoorbare ademh. Θ tachypnoe Θ dypnoe

Mw laten slapen.

Rond 0.30 op zaal geweest voor andere patiënt. Mw sliep.

Ronde van 2u Mw overleden aangetroffen. Lag in dezelfde houding als eerder

Had wel gallig vocht overgegeven.

ICL arts N heeft dood vastgesteld, Fam gebeld en hen hier op de afd. te woord gestaan.

Overlijdenstijd 2 u.(...)"

Er is geen obductie verricht.

2.8 De arts-assistent noteerde op 25 januari 2008 in het dossier dat patiënte op 8 januari 2008 plotseling was overleden. In de door verweerder mede-ondertekende brief aan de huisarts van 14 februari 2008 staat over het overlijden van patiënte onder het kopje bespreking vermeld: "(...) Helaas ging patiënte ondanks deze maatregelen snel achteruit en is zij dezelfde nacht overleden".

2.9 Op 9 april 2008 heeft een gesprek plaatsgevonden, waarbij ondermeer verweerder en verpleegkundige J aanwezig waren. In het dossier is over dit gesprek vermeld: "Gesprek met dochters (en J/O) vragen over beleid. wel/niet IC. plotseling (?) overlijden → antwoorden naar tevredenheid bij aanvullende vragen hernieuwd gesprek". Op 29 april 2008 heeft een tweede gesprek met verweerder, I en de familie plaatsgevonden. Over dit gesprek werd in het dossier vermeld: "Hernieuwd gesprek (I, O, 2 dochters): - onrustig gevoel door ontbreken van meetgegevens – daarnaast onduidelijke passage in brief ("snelle verslechtering na ERCP") – verdriet over niet aanwezig kunnen zijn bij overlijden desgewenst nieuw gesprek".

2.10 Bij brief van 6 oktober 2008 hebben klaagsters een gelijklopende klacht ingediend bij de klachtencommissie van het ziekenhuis. Deze klacht is gedeeltelijk gegrond verklaard.

3. De klacht en het standpunt van klaagsters

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder is tekortgeschoten in de zorg die hij jegens patiënte had behoren te betrachten. Klaagsters hebben de volgende klachtonderdelen naar voren gebracht:

1. verweerder heeft de ernst van de toestand van patiënte niet onderkend;
2. verweerder heeft ten aanzien van patiënte geen adequate sepsisbehandeling ingesteld;
3. verweerder heeft onjuiste en onvolledige informatie over de inhoud van het medisch dossier verstrekt;

4. verweerder heeft in de nacht van 7 op 8 januari 2008 bij patiënte onvoldoende controles laten verrichten, waarvan bovendien geen aantekening in het dossier is gemaakt;
5. verweerder heeft in de gesprekken op 9 en 29 april 2008 onjuiste, onvolledige en tegenstrijdige informatie aan de familie verstrekt.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De overwegingen van het college

5.1 Verweerder heeft aangevoerd dat hij op 7 januari 2008 overdag en 's avonds niet de superviserend internist was, maar dat hij die dag tot 17.00 uur zaalsupervisor op de afdeling B1TA was. Volgens verweerder is het beleid – een spoed ERCP en starten met met het antibioticum Piperacilline – 's middags uitgezet door de daginternist op grond van de werkdiagnose cholangitis op basis van galsteenlijden. Volgens verweerder is patiënte 's middags na aankomst op de afdeling B1TA beoordeeld door een arts-assistent op de afdeling en had deze geen aanleiding het ingezette beleid te wijzigen. Verweerder heeft vermeld dat hij om 17.00 uur aanwezig is geweest bij de overdracht en dat patiënte daar is besproken. De spoed-ERCP was toen aanstaande. Een en ander is door klaagsters niet gemotiveerd bestreden en strekt het College tot uitgangspunt.

5.2 Het eerste en het tweede klachtonderdeel lenen zich voor gezamenlijke behandeling. Naar het oordeel van het College waren er voor verweerder 's middags als zaalsupervisor en bij de overdracht geen aanknopingspunten om de ernst van de situatie van patiënte anders in te schatten dan is geschied. De eventuele cardiologische achtergrond voor de klachten was 's middags door de cardioloog op de Eerste Hart Hulp onderzocht en vooralsnog uitgesloten. Er was voor verweerder geen aanleiding te twijfelen aan de werkdiagnose van de daginternist. Ook was er geen aanleiding de indicatie voor de spoed ERCP bij te stellen. De behandeling met het antibioticum Piperacilline was op zichzelf adequaat gezien de werkdiagnose cholangitis. Op dat moment was niet bekend dat de bacterie bij patiënte resistent was voor dit antibioticum en er was ook anderszins geen aanleiding om daarmee rekening te houden. Onder deze omstandigheden hoefde verweerder ook geen aanleiding te hebben om te twijfelen aan de juistheid van de beslissing van de daginternist om patiënte over te plaatsen naar de afdeling B1TA. Het eerste en het tweede klachtonderdeel zijn ongegrond.

5.3 Het vierde klachtonderdeel betreft de gang van zaken in de avond en nacht van 7 en 8 januari 2008. Vast staat dat verweerder toen geen dienst had en niet bij de zorg voor patiënte betrokken is geweest. De enkele omstandigheid dat hij tevens opleider was in de vakgroep interne geneeskunde, brengt niet mee dat hij verantwoordelijk is voor de toen aan patiënte verleende zorg. Het vierde klachtonderdeel kan dan niet tot gegrondheid van de klacht leiden.

5.4 Het derde en het vijfde klachtonderdeel betreffen de informatie die aan klaagsters is verstrekt en lenen zich voor gezamenlijke behandeling. Klaagsters stellen dat op 7 januari 2008 aan de familie geen informatie is verstrekt over de toestand van patiënte. Het College heeft geen aanwijzingen dat het op de weg van verweerder als zaalsupervisor had gelegen zich er in de middag van 7 januari 2008 of

bij de overdracht om 17.00 ervan te vergewissen of de familie op de hoogte was van de toestand van patiënte. Niet blijkt dat de familie heeft gevraagd om een gesprek met een arts.

Klaagsters stellen verder dat verweerder in de contacten die zij na het overlijden van patiënte met verweerder hebben gehad, onjuiste, onvolledige en tegenstrijdige informatie aan de familie heeft verstrekt. Zij wijzen daartoe op de brief aan de huisarts, die verweerder als supervisor heeft ondertekend. Verweerder heeft aangevoerd dat hij destijds niet heeft onderkend dat de hiervoor onder 2.8 vermelde zinsnede bij klaagsters tot onduidelijkheid aanleiding kon geven. Wat daarvan ook zij, naar het oordeel van het College is het handelen van verweerder op dit punt niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Hierbij neemt het College in aanmerking dat de brief niet was geschreven aan klaagsters, maar was gericht tot de huisarts en dat verweerder, toen hem bleek dat klaagsters vragen hadden in verband met die brief, in de contacten met klaagsters heeft getracht zo goed mogelijk opheldering te geven over de betekenis van de desbetreffende zinsnede. Klaagsters stellen verder dat verweerder bij het eerste gesprek het dossier niet kende, niet aanstonds heeft gezegd dat de gegevens van de metingen in de avond van 7 januari 2008 niet in de status waren opgenomen, herhaaldelijk werd gebeld tijdens de gesprekken, onvoldoende tijd voor klaagsters had en tegenstrijdige informatie heeft verstrekt. Verweerder heeft een en ander gemotiveerd bestreden en daartoe onder meer verwezen naar de aantekeningen van de gesprekken in de status en de beleving van de andere gespreksdeelnemers aan de zijde van het ziekenhuis. Nu de standpunten van partijen over deze punten uiteen lopen, kan het College de feiten die klaagsters aan deze klachtonderdelen ten grondslag leggen, niet vaststellen. Het is duidelijk dat klaagsters en verweerder de gesprekken verschillend beleefd hebben en het valt te betreuren dat klaagsters de contacten met verweerder als onbevredigend hebben ervaren. Omdat de feiten niet komen vast te staan, kunnen de klachtonderdelen echter niet verder worden beoordeeld en moet het ervoor worden gehouden dat ze ongegrond zijn.

De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in al haar onderdelen ongegrond is. Verweerder kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege wijst de klacht af.

Aldus gewezen op 19 april 2011 door:

mr. G. de Groot, voorzitter,

dr. R.W. Koster en dr. J.D. Banga, leden-arts,

mr. P. Tanja, als secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 14 juni 2011 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. G. de Groot, voorzitter

w.g. P. Tanja, secretaris