

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2011/014

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE AMSTERDAM

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 12 januari 2011 binnengekomen klacht van:

A en B,
beiden wonende te C,
k l a a g s t e r s,
gemachtigde mr. A.M. Vogelzang, advocaat te Amsterdam,

tegen

D,
internist-oncoloog,
wonende en werkzaam te C,
v e r w e e r s t e r,
gemachtigde mr. M.C. Hoorweg-de Boer, verbonden aan de Stichting VvAA rechtsbijstand te Utrecht.

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen ;
- de repliek;
- de dupliek;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;
- de brief van de gemachtigde van verweerster met de bijlagen, binnengekomen op 23 maart 2011.

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 de voet van artikel 57 lid 1 Wet BIG gezamenlijk behandeld met de klacht van klagsters tegen mevrouw E, arts-assistent in opleiding tot internist, werkzaam te C

Klagsters waren met bericht van verhindering afwezig. Zij werden vertegenwoordigd door mr. Vogelzang voornoemd, verweerster werd bijgestaan door mr. M.C. Hoorweg-de Boer voornoemd, die een toelichting heeft gegeven aan de hand van pleitnotities die aan het college zijn overgelegd.

2. De feiten

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

2.1

Klaagsters zijn respectievelijk de echtgenote en de moeder van F, hierna te noemen F.

Verweerster is sinds augustus 2004 werkzaam als internist-oncoloog in het G. Op 23 januari 2010 was zij als supervisor van de arts-assistent in opleiding E, hierna van E betrokken bij de zorgverlening aan F die later op die dag om 19.30 uur is overleden.

2.2

Op 23 januari 2010 werd F door de huisarts van de Huisartsenpost Centrum ingestuurd naar de spoedeisende hulp van het G waar hij door E werd gezien. Zij trof een zieke man aan, die grauw en bleek zag en naar zijn opgave sinds een dag hevige buikpijn had. Uit de voorgeschiedenis bleek dat F bekend was met heroïne abusius, persisterende hypercapnie en hypoxie bij COPD met 1 liter zuurstofgebruik thuis. F was in verband met longproblematiek uitgebreid bekend bij de afdeling Longziekten van het ziekenhuis. In augustus 2009 was hij opgenomen geweest op de afdeling Longziekten vanwege een exacerbatie van COPD waarvoor hij met BIPAP werd behandeld. Tijdens die opname was F mede beoordeeld door de intensivist die toen concludeerde dat gezien de irreversibiliteit van zijn zeer ernstig longlijden invasieve beademing geen optie was. Er was toen besloten tot een niet reanimeerbeleid, niet (invasief) beademen en niet IC beleid.

2.3

E heeft bij F een uitgebreide anamnese afgenomen en lichamelijk onderzoek gedaan. Zij heeft een ECG laten maken, een X-thorax, een X-BOZ en bloedonderzoek laten uitvoeren.

Als diagnose noteerde zij in het dossier:

1. algehele malaise, en buikpijn
DD darmischemie cave gedekte maagperforatie
bij retentieblaas
bij obstipatie
choledocholithiasis
pancreatitis
2. leucocytose en linksverschuiving DD/UWI
cholangitis
ischemie
focus?
3. Hyponatriemie DD/absoluut zouttekort (klinisch droog) bij diuretica en verminderde intake SIADH
4. PM hypercalciemie en verhoogd AF cave botmetastasen ikv?

E heeft anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumwaarden met verweerster besproken. Wegens een hoge verdenking op een perforatie werd besloten tot een aanvullende CT-scan van de buik.

Ook het reanimatiebeleid werd besproken. Naast niet reanimeren zou F voor het overige voor de in het beleid benoemde behandelmogelijkheden in aanmerking komen, omdat hij een relatief jonge patiënt was die ondanks een ernstig chronisch longlijden op dat moment een aandoening had waarvoor hij mogelijk chirurgisch behandeld zou kunnen worden. Dat beleid zou afhankelijk van de bevindingen en ontwikkelingen zo nodig worden aangepast.

2.4.

Uit de CT-scan bleek dat er lucht in de galblaas en galwegen werd gezien. In het duodenum was enige wandverdikking en mucosale aankleuring te zien, waarbij de verdikking bestond op een geperforeerd ulcus duodeni. Er was een opvallend obstipatiebeeld met een zeer wijd colon. Overtuigende aanwijzingen voor darmischaemie waren er niet maar de sensitiviteit van de CT-scan met betrekking tot darmischaemie was slechts 30%. Geen vrij vocht of vrij lucht in de buik. Het radiologisch verslag van de CT-scan vermeldde als conclusie: lucht in galblaas en galwegen waarschijnlijk afkomstig van geperforeerd ulcus duodeni.

Naar aanleiding van de uitslag van de CT-scan heeft E de chirurg in consult gevraagd om de buikkachten te beoordelen. Deze vond geen indicatie voor operatief ingrijpen, omdat er in de CT-scan geen sprake was van vrij lucht in de buikholte. Op advies van de chirurg en de radioloog werd een aanvullend echo van de abdomen gemaakt ter uitsluiting van ischaemie. Het radiologisch verslag van de echo vermeldde: lastig beoordeelbaar bij dyspnoïsche patiënt. Er wordt in elk geval lucht in de galblaas gezien. De luchtconfiguraties in de lever zijn niet zeker te localiseren in galwegen of vaten.

2.5.

Ook na de echo zag de chirurg geen indicatie om F op dat moment te opereren. Hij zou wel in consult blijven en bij vrij lucht intra-abdominaal zou er alsnog een chirurgische interventie kunnen plaatsvinden. In verband daarmee vroeg E de longarts in consult voor een risico-inschatting van een eventuele operatie en voor aanpassing van de longmedicatie.

Vervolgens heeft zij in overleg met verweerster besloten F op te nemen op de interne afdeling B6 en afspraken gemaakt voor de verpleging met betrekking tot de controles en het te volgen vochtbeleid. Deze opname vond plaats om 15.30 uur (althans 16.00 uur) F kreeg een infuus en mocht niets per os.

De in consult gevraagde longarts zag F op de afdeling en gaf aan dat hij bij een mogelijke operatie een hoog peri-operatief mortaliteitsrisico had in verband met de ernstige COPD. Zijn advies was om het finale oordeel over een eventuele operatieve interventie aan de anesthesist te laten.

In verband met pijnklachten kreeg F op de afdeling 50 mg Pethidine toegediend.

2.6.

Op of omstreeks 19.00 uur trad een acute zeer ernstige verslechtering op. Op verzoek van de verpleegkundige heeft E F direct bezocht. Zij trof hem bleek en klam aan. Hij had geen meetbare bloeddruk en pols meer en een gaspende ademhaling. Hij braakte fors. Naloxon gaf geen verbetering in zijn toestand.

E heeft telefonisch contact opgenomen met verweerster en de ontstane situatie besproken. Er was sprake van acuut ontstane hemodynamische instabiliteit en respiratoire insufficiëntie. Gezien de voorgeschiedenis en de eerdere afspraken met betrekking tot het niet reanimeren, niet beademen en een niet IC beleid en gezien de conclusie van de longarts dat er een hoog ingeschat peri-operatief mortaliteitsrisico was, werd besloten om F niet over te plaatsen naar de intensive care afdeling voor intubatie en reanimatie. Er waren op dat moment geen therapeutische mogelijkheden meer voor F.

2.7.

Na het telefonisch overleg met verweerster heeft E het aldus bepaalde beleid met klagsters uitvoerig besproken. F is kort daarna om 19.30 uur overleden.

Klaagsters hebben geen toestemming gegeven voor obductie.

3. De klacht en het standpunt van klagsters

De klacht houdt zakelijk weergegeven in:

1.

Verweerster heeft ten onrechte verzuimd F na opname op de afdeling B6 daadwerkelijk te observeren en haar onderzoek naar de oorzaak van zijn malaise te vervolgen; dit klemt temeer nu de radioloog in de uitslag van de CT-abdomen duidelijk heeft aangegeven dat de sensitiviteit met betrekking tot de vermeende darmischaemie maar ongeveer 30% is en verweerster ook de vermeende cardiologische oorzaak nog niet middels een cardiologisch consult had geëvalueerd dan wel had uitgesloten;

2.

Verweerster heeft ten onrechte nagelaten operatief in te grijpen om zo de verergering van de vermeende perforatie dan wel ischaemie te voorkomen;

3.

Verweerster heeft ten onrechte besloten F niet te opereren vanwege het hoge peri-operatief mortaliteitsrisico nu de geconsulteerde longarts duidelijk had geadviseerd om het finale oordeel aan de anesthesist over te laten;

4.

Verweerster heeft ten onrechte verzuimd het verloop na de vorige opname adequaat te evalueren met als gevolg dat zij ten onrechte aan het toen geldende beperkte beleid heeft vastgehouden en ten onrechte heeft besloten F niet over te plaatsen naar de intensive care;

5.

Verweerster heeft in de ontslagbrief ten onrechte gesteld dat de toestand van F in de loop van de dag verslechterde nu de daadwerkelijke verslechtering eerst omstreeks 19.00 uur is ingetreden; dit klemt temeer nu verweerster F vanaf de opname omstreeks 15.30 uur aan zijn lot heeft overgelaten.

4. Het standpunt van verweerster

Verweerster heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen in al zijn onderdelen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De overwegingen van het college

5.1

In de kern komt de klacht van klaagsters hierop neer dat verweerster zich te weinig heeft ingespannen voor F, hem ten onrechte niet heeft geopereerd en hem niet heeft gecontroleerd op de afdeling B6 en het oude (non reanimatie) beleid niet goed heeft geëvalueerd. Het college zal de diverse klachtonderdelen aldus gezamenlijk bespreken. Het college gaat er daarbij van uit dat verweerster als supervisor van E een eigen verantwoordelijkheid droeg voor de zorgverlening voor F en voor het terzake gevoerde medisch beleid.

5.2

Het college is van oordeel dat verweerster gezien de bevindingen bij opname en de uitslagen van de X-thorax, X-BOZ, het CT-Abdomen en de echo-Abdomen differentiaal diagnostisch ten onrechte naast de verdenking van een geperforeerd ulcus duodeni en een ischaemische darm de mogelijkheid van een sepsis niet heeft overwogen. Er was immers sprake van een door chronisch prednisongebruik immuun gecompromitteerde patiënt met laboratoriumwaarden waarbij een infectie niet uitgesloten kon worden. Er was bovendien sprake van een klinisch slechte/kwetsbare patiënt met als medicatie onder meer prednison, welke medicatie koorts –naar verweerster had moeten weten– kan maskeren.

Hoewel verweerster naar het oordeel van het college tezamen met E zich zeer heeft ingespannen voor F en veel onderzoek heeft (laten) uitvoeren, is het college niettemin

van oordeel dat verweerster in de differentiaaldiagnose ook een mogelijke infectie had moeten meenemen en haar medicatie-beleid met de toediening van antibiotica daarop had moeten afstemmen. Door dat na te laten is een kans gemist op een mogelijk herstel. In die zin is de klacht dan ook gegrond waarbij het college aantekent dat indien tijdig antibiotica zou zijn toegediend het beloop naar alle waarschijnlijkheid niet anders zou zijn geweest omdat van meet af aan de kans op herstel gering was.

5.3.

Dat verweerster na consultatie van de chirurg en de longarts heeft besloten F niet te opereren, kan haar niet worden verweten, nu de beslissing daarover is voorbehouden aan de chirurg, welke laatste –overigens op begrijpelijke gronden- daarvoor geen indicatie zag. Daar komt bij, dat de longarts reeds voordat de beslissing om niet te opereren was genomen, had vastgesteld dat er een aanmerkelijk peri-operatief risico bestond in verband met de zeer ernstige COPD.

5.4.

Het college kan zich vinden in de beslissing van verweerster om F niet over te plaatsen naar de afdeling intensive care doch hem ter observatie op te nemen op de verpleegafdeling B6 van het ziekenhuis. Gezien de afspraken die bij opname werden gemaakt met betrekking tot een niet reanimeerbeleid in combinatie met verder volledig beleid met IC/CCU indicatie dat eventueel aangepast diende te worden bij mogelijke verandering, en gezien de bevindingen uit het diagnostisch onderzoek en het oordeel van de longarts en chirurg kon verweerster daartoe op goede gronden besluiten. Nadat de acute verslechtering rond 19.00 uur optrad (abusievelijk vermeldt verweerster in de ontslagbrief van 5 februari 2010 aan de huisarts dat de klinische toestand in de loop van de dag verslechterde, maar die vergissing is geen grond voor een tuchtrechtelijk verwijt), waarbij F geen meetbare pols en bloeddruk meer had en respiratoir insufficiënt was, heeft verweerster in overleg met E terecht besloten dat beademen geen optie was en dat er op dat moment geen interventies meer mogelijk waren.

Ook dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

5.5.

De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. Verweerster heeft gehandeld in strijd met de zorg die zij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg jegens klagsters had behoren te betrachten. De oplegging van een waarschuwing is daarvoor een passende maatregel waarbij het college aantekent dat een waarschuwing een zakelijke terechtwijzing is die de onjuistheid van een handelwijze naar voren brengt zonder daarop een stempel van laakbaarheid te drukken.

Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekend gemaakt.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege waarschuwt verweerster.

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

Aldus gewezen op 6 september 2011 door:
mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter,

D.E. de Jong, G. Tiessens en dr. J.D. Banga, leden-artsen,
mr. E.W.M. Meulemans, lid-jurist,
mr. P. Tanja, als secretaris,
en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 1 november 2011 door de voor-
zitter in aanwezigheid van de secretaris.
w.g. J.S.W. Holtrop, voorzitter
w.g. P. Tanja, secretaris