

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2011/517

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE AMSTERDAM

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 30 december 2011 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
k l a a g s t e r,

tegen

C,
neuroloog,
wonende te D,
werkzaam te E,
v e r w e e r d e r,
gemachtigde mr. S.J. Berkhoff-Muntinga, jurist, verbonden aan Stichting VvAA Rechtsbijstand te Utrecht.

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek met de bijlage;
- de dupliek;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;
- de brief van klaagster, binnengekomen op 30 oktober 2012.

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 behandeld.

Partijen waren aanwezig. Verweerder werd bijgestaan door mr. Berkhoff-Muntinga voornoemd. Voorts waren aanwezig F, verweester in de zaak 11/515Vp en G, verweester in de zaak 11/516Vp. Tevens was aanwezig mr. J.S.M. Brouwer, jurist, verbonden aan de DAS Rechtsbijstand te Amsterdam. Voorts waren aanwezig H en I, ter zitting als informant gehoord.

2. De feiten

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

2.1 Klaagster is de zuster van J, geboren op 15 april 1961 en overleden op 21 september 2010, verder te noemen: de patiënt.

2.2 Verweerder is als neuroloog verbonden aan het K te E, verder te noemen: het ziekenhuis.

2.3 Op 15 september 2010 had de patiënt klachten van acute draaiduizeligheid, dubbelzien en een doof gevoel in de mond. Hij is door de huisarts verwezen naar het ziekenhuis, waar hij vervolgens op de polikliniek is gezien door de neuroloog. Na lichamelijk onderzoek en een aanvullende CT-scan van de hersenen luidde de conclusie van de neuroloog, zoals staat genoteerd in zijn brief van diezelfde dag aan de huisarts: "verdenking vertebrobasilaire TIA's". Er werd als medicatie ascal 1dd300, persantin 150 mg en simvastatine 40mg voorgeschreven. Voorts werd als beleid afgesproken aanvullend onderzoek te verrichten, waaronder een electrografisch onderzoek (ECG) en een MRI/MRA. Afgesproken werd voorts dat de patiënt bij een langer durende aanval dan 15 minuten naar de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) zou komen.

2.4 Op 17 september 2010 heeft de patiënt zich opnieuw bij de huisarts gemeld met de hiervoor genoemde klachten. Hij is daarna - via de huisarts - op de afdeling SEH gezien door de neuroloog. De patiënt is vervolgens diezelfde dag ter observatie opgenomen op de stroke unit neurologie in het ziekenhuis. Er werd een duplex onderzoek van de halsvaten verricht, waarop geen afwijkingen werden gezien.

2.5 Op 18 september 2010 is in de verpleegkundige rapportage door de verpleegkundige vermeld dat de patiënt om 12.00 uur opnieuw last had van een verminderde coördinatie in de linkerarm en dat verweerder hierbij aanwezig was. Afgesproken werd bij motorische achteruitgang van de patiënt verweerder meteen te bellen. Verweerder, die dienst had, heeft daarover in het dossier genoteerd: "Vanochtend wederom tintelingen rondom mond/lip. Coördinatie zou ↓ zijn li arm, spontaan over na ± 3 min. Controles stabiel, Niet anders dan verschijnselen laatste keer. C/ voortzetten observatie, vertebrobasilair TIA's (..) Cave bij uitvalsverschijnselen → Trombolysie". De verpleegkundige noteerde om 16.00 uur in de verpleegkundige rapportage dat de patiënt last had van tintelingen rond de mondhoek en dat deze verschijnselen na een paar minuten wegtrrokken.

2.6 In de nacht van 18 op 19 september 2010 had de verpleegkundige F dienst. Zij noteerde in de verpleegkundige rapportage: "Om 06.30 belt dhr. Transpireert enorm. Is duizelig Heeft gevoel te vallen heeft last van diplopie en heeft 't enorm warm. T 36.4 p 57 RR 160/95 (map 120!) sat 96% blds 5,9 mmol Geen krachtsvermindering. Iets last van mondhoek Tijdens enorme duizeligheid en transpiratie dipt pols naar 48-52. In de nacht als patiënt slaapt is pols rond 64-68-72. Klachten zijn na 15 min nog aanwezig (6.45)". Omstreeks 07.00 uur heeft F de dienst overgedragen aan haar collega G, die dagdienst had. In de verpleegkundige rapportage staat op dat tijdstip het volgende vermeld: "Om 7.00 u acuut braken. Dhr vertelde erg draaiërig te zijn + transpireren. Geen motor.uitval of sens.stoornissen. wel vgs dhr lichte tintelingen rond de mond. Pupil +/-: spraak goed. RR wel hoog, pols laag: zie lijst. EMV: 15 MRC: 5/5 " .

2.7 Omstreeks 07.50 uur is vervolgens door de verpleegkundige vermeld dat bij de patiënt sprake was van een verminderde spraak, tintelingen over het gehele lichaam en uitvalsverschijnselen in rechterarm en -been. Verweerder, die meteen is gewaarschuwd, heeft vervolgens op weg naar het ziekenhuis, opdracht gegeven met spoed een CT-scan van de hersenen te laten verrichten. Tijdens dit onderzoek kreeg de patiënt

een bewustzijnsdaling en voorts apneus. De patiënt is vervolgens overgeplaatst naar de Intensive Care Unit (ICU), waar hij is gestabiliseerd en geïntubeerd. Daarna werd omstreeks 08.30 uur een trombolysie verricht. Op de ICU heeft een gesprek met de familie en verweerder plaatsgevonden. Na telefonisch overleg met het L is de patiënt overgeplaatst voor het verrichten van een trombectomie.

2.8 In de (overdracht)brief van 19 september 2010 gericht aan het L schrijft verweerder onder andere het volgende: " (...) CTscan toont geen bloed, wel "dense vessel sign" basilaris (zie CD Rom). Pt werd ter ondersteuning naar ICU overgeplaatst, geïntubeerd. Tevens trombolysie verricht. Géén neurologische verandering. NO/ EMV 1-2-1, isocore pupillen(...)VZR ↑/↑(...)"

2.9 De patiënt is op 21 september 2010 in het L overleden aan de gevolgen van een inklemmingsbeeld bij een staminfarct.

2.10 De familie heeft een klacht ingediend bij de klachtencommissie van het ziekenhuis.

3. De klacht en het standpunt van klaagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder is tekortgeschoten in het ten aanzien van de patiënt gevoerde behandelbeleid en de zorg die hij jegens de patiënt had behoren te betrachten. Klaagster heeft de volgende klachtonderdelen naar voren gebracht:

1. verweerder heeft op 18 september 2010 om 12.00 uur ten onrechte de ernst van de toegenomen klachten bij de patiënt onderschat en heeft nagelaten naar aanleiding daarvan een adequaat behandelbeleid in te stellen;
2. verweerder heeft onvoldoende zorggedragen voor een volledig dossier, in het bijzonder in de overdracht van de patiënt naar het L.

Klaagster heeft ten aanzien van het eerste klachtonderdeel nog aangevoerd dat als gevolg van verweerders afwachtende houding op zowel 18 en 19 september 2010 onnodig tijdsverlies is ontstaan. Klaagster heeft met betrekking tot de dossiervoering aangevoerd dat een aantekening van verweerder over de door familie geconstateerde verbeterde toestand van de patiënt op de afdeling ICU zowel in het dossier als op het overdrachtsformulier aan het L ontbreekt. Voorts ontbrak bij de overdracht aan het L de bij de patiënt gemaakte CT-scan.

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 Bij de beantwoording van de vraag of verweerder is tekortgeschoten in de ten aanzien van de patiënt te betrachten zorg - en aldus tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld - stelt het college het volgende voorop. Volgens vaste tuchtrechtspraak gaat het bij de tuchtrechtelijke beoordeling van het beroepsmatig handelen van een arts niet om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om het antwoord op de vraag of de aangeklaagde beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsbeoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep als norm was aanvaard.

5.2 Naar het oordeel van het college heeft verweerder in overeenstemming met deze norm gehandeld. De patiënt is lichamelijk onderzocht op de wijze zoals wordt aanbevolen

in de CBO-Richtlijn Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte uit 2008. Die richtlijnen schrijven in de situatie zoals die zich voordeed geen MRI of MRA voor. De op 15 september 2010 gemaakte CT-scan voldeed, ook los van de inhoud van de richtlijnen. Er bestond voor verweerder in de gegeven omstandigheden naar het oordeel van het college geen aanleiding om met spoed een MRI of MRA te laten verrichten. Verweerder heeft met juistheid op zaterdag 18 september 2010 de verpleegkundigen geïnstrueerd om hem te waarschuwen indien zich langdurige uitvalsverschijnselen zouden voordoen. Deze waarschuwing is gekomen op zondag 19 september 2010 om 7.45 uur. Verweerder heeft snel en adequaat op deze waarschuwing gereageerd. Voor zover klaagster meent dat verweerder ten onrechte niet heeft opgemerkt dat de toestand van de patiënt een verbetering vertoonde terwijl hij op de ICU lag, merkt het college op dat verweerder hier terecht tegen heeft aangevoerd dat de patiënt op dat moment het anestheticum propofol kreeg, waardoor het neurologische beeld niet meer goed te beoordelen is. Verweerder kan er dan ook geen verwijt van worden gemaakt dat hij op dat moment een verbetering niet zou hebben onderkend. Dat deze eventuele verbetering niet in het dossier is opgenomen kan hem daarom evenmin worden verweten. De conclusie van het college is dat verweerder de tragische afloop niet had kunnen voorkomen.

5.3 Ook voor het overige acht het college de dossiervorming van verweerder niet gebrekkig. Hij heeft in het dossier in voldoende mate verslag gedaan van zijn bevindingen. Waar klaagster stelt dat hij heeft nagelaten de CT-scan mee te geven naar het L volgt uit de overdrachtbrief van 19 september 2010 genoegzaam dat de CT-scan op een CD-rom is meegegeven en in elk geval dat het L op de aanwezigheid van de CT-scan op een CD-rom is gewezen.

5.4 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 6 november 2012 door:

mr. M. van Walraven, voorzitter,
dr. W. Boogerd en J.I. van der Spoel, leden-arts,
mr. P. Tanja, als secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 18 december 2012 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. M. van Walraven, voorzitter

w.g. P. Tanja, secretaris