

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: G2010/97

Rep.nr. G2010/97

24 juli 2012

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
TE GRONINGEN**

Het College heeft het volgende overwogen en beslist over de op 6 oktober 2010 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
klaagster,

tegen

C,
chirurg,
werkende te D,
verweerder,
BIG reg.nr: -,
advocaat: mr. P. Dalhuisen.

1. Verloop van de procedure

Voor het verloop van de procedure tot aan de tussenuitspraak van 22 november 2011 verwijst het College naar die uitspraak.

Het College heeft voorts kennisgenomen van:
- het medisch dossier;

- aanvullende stukken van klaagster met betrekking tot de klacht, ingekomen op 31 oktober 2011;
- het proces-verbaal van het op 14 maart 2012 gehouden mondeling verhoor van getuige mevrouw E, verpleegkundige, door vooronderzoeker mr. drs. W.J. de Boer;
- het proces-verbaal van het op 28 maart 2012 gevoerde telefoongesprek door de genoemde vooronderzoeker met J. Vesseur, arts MPH en project-hoofdinspecteur van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna te noemen: de IGZ);
- een afschrift van het SIRE (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie)-rapport van 3 december 2009 met daarin de resultaten van het SIRE-onderzoek naar het overlijden van mevrouw F;
- de brief van 25 juni 2009 van de IGZ aan klaagster met betrekking tot de resultaten van voornoemd SIRE-onderzoek;
- de reacties van beide partijen op het proces-verbaal van de zitting op 15 november 2011.

Na afloop van het aanvullend onderzoek, waartoe in de hiervoor bedoelde tussenuitspraak is gelast, is de behandeling door het College ter openbare terechtzitting voortgezet op 3 juli 2012. Verschenen zijn: klaagster en haar echtgenoot en verweerder, samen met zijn advocaat. Van de zitting is proces-verbaal opgemaakt.

2. Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van de klacht gaat het College uit van de volgende feiten, die tussen partijen als niet of onvoldoende betwist vaststaan.

Op 3 november 2008 is de moeder van klaagster, mevrouw F (hierna te noemen: patiënte) voor darmonderzoek behandeld in het ziekenhuis te D. Tijdens dit onderzoek is een poliep verwijderd en vastgesteld dat de dikke darm een kwaadaardige tumor (coloncarcinoom) bevatte. Op 26 november 2008 is deze tumor operatief verwijderd.

Op 27 november 2008 is patiënte een aantal keren uit bed gekomen. Zij heeft 's middags een lichte maaltijd gegeten. 's Avonds voelde patiënte zich erg ziek worden. Bij patiënte werd door het verpleegkundig personeel een temperatuur van 38.5 graden C gemeten. De arts-assistent die op de bewuste datum dienst had van 16:00 uur tot 23:15 uur, heeft haar om 21:30 uur onderzocht en heeft geconcludeerd dat de klachten pasten bij de situatie één dag na de operatie en heeft de diagnose beginnende ileus (niet werkende darm) gesteld. De arts-assistent heeft met het verpleegkundig personeel afgesproken dat bij progressie van de buikklachten contact met hem zou worden gezocht. Daarnaast heeft hij geadviseerd: tweemaal daags een hoogopgaand klysma, in geval van misselijkheid en braken het plaatsen van een neus-maagsonde. Ook heeft hij slaapmedicatie voorgeschreven.

Vanaf 23:15 uur is de dienst overgenomen door een collega. Aan het begin van de nacht is laatstgenoemde telefonisch door het verpleegkundig personeel op de hoogte gebracht van het feit dat de urineproductie van patiënte sterk was verminderd, waarop zij de toediening van extra vocht in twee stappen heeft voorgeschreven. Aangezien patiënte zich erg beroerd bleef voelen, is rond 6:00 uur nogmaals met haar gebeld waarna zij meteen is gekomen om patiënte te onderzoeken. Patiënte had last van een pijnlijk gespannen buik. De bloeddruk was stabiel laag, de buik soepel en niet drukpijnlijk en de urineproductie iets verbeterd ten opzichte van voor de vochttoediening. Vervolgens

heeft de betreffende arts-assistente een arterieel bloedgas geprikt en dat zelf op de IC-afdeling onmiddellijk geanalyseerd. Aangezien de gemeten waarden niet alarmerend waren, volstond zij met de opdracht aan het verpleegkundig personeel patiënte een flatuscanule te geven ter tijdelijke verlichting. De overige bloedwaarden zijn tijdens de reguliere ronde om 7:30 uur geprikt, waarna de dienst op 28 november 2008 om 7:45 uur werd overgedragen aan verweerder en een derde arts-assistent onder zijn leiding, met de mededeling dat het niet goed ging met patiënte, dat ze in de gaten gehouden moest worden, maar dat ze nu stabiel was.

Tussen 8:45 uur en 9:00 uur op 28 november 2008 werd patiënte gezien door verweerder. Deze heeft haar buik onderzocht en vastgesteld dat er geen sprake was van een acute buik, besloten werd de buik later in de ochtend nogmaals te onderzoeken. Om 10:30 uur is bij patiënte een temperatuur van 38.0 °C gemeten en een bloeddruk van 89/63 mm Hg. Deze resultaten werden, samen met de mededeling dat het klinisch beeld van patiënte niet gewijzigd was ten opzichte van de situatie ten tijde van de visite eerder die ochtend, telefonisch door het verpleegkundig personeel aan de arts-assistent overgebracht. Deze laatste sprak af dat de urineproductie per uur zou worden bijgehouden. Tussen 11:00 uur en 12:00 uur die ochtend bezocht hij patiënte opnieuw op verzoek van de verpleging omdat de toestand verslechterde. Hij heeft de bloeduitslagen van het lab beoordeeld en contact opgenomen met een collega-chirurg van verweerder die verweerder onmiddellijk telefonisch heeft benaderd. Laatstgenoemde heeft terstond besloten tot het uitvoeren van een heroperatie, omdat hij naadlekkage vermoedde.

Op 28 november om 12:30 uur vond de heroperatie plaats door verweerder. In de buik bevond zich veel darminhoud. Op circa 20 cm afstand van de omslagplooï aan de anteromesenteriale zijde van de dikke darm was de darm geperforeerd. Vermoed werd in eerste instantie dat de perforatie was veroorzaakt door de flatuscanule. Een stukje darm werd verwijderd en naar de patholoog-anatoom gestuurd, de buikholtte werd gespoeld waarna de buikwand weer werd gesloten.

Patiënte is na de heroperatie overgebracht naar de IC-afdeling, alwaar zij in de nacht van 30 november op 1 december 2008 is overleden aan de gevolgen van multi-organfalen wegens sepsis na darmperforatie.

3. De klacht

De klacht luidt als volgt.

3.1 *Eerste klachtonderdeel*

Klaagster verwijt verweerder – zakelijk weergegeven – dat hij te lang heeft gewacht met het uitvoeren van een heroperatie bij patiënte.

3.2 *Tweede klachtonderdeel*

Daarnaast is door hem ten onrechte een verklaring ‘natuurlijke doodsoorzaak’ afgegeven.

4. Het verweer

Het verweer luidt – zakelijk weergegeven – als volgt.

4.1 *Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel*

Toen verweerder patiënte bezocht op 28 november 2008 's ochtends tussen 8:45 uur en 9:00 uur was alleen de uitslag van het bloedgas bekend en die lag binnen de bandbreedte. Verder waren de bloeddruk, de polsfrequentie de ademfrequentie, de bewustzijnstoestand, de temperatuur, de urineproductie en de buik niet alarmerend. Om die reden heeft verweerder besloten de situatie aan het einde van de ochtend opnieuw te beoordelen. Tussen 11:30 uur en 12:30 uur is verweerder gebeld over de overige bloedwaarden en het feit dat het klinisch beeld een verslechtering liet zien. Daarop heeft hij onmiddellijk besloten dat er een heroperatie moest worden uitgevoerd, die vervolgens vanaf 12:30 uur die dag plaatsvond. Verweerder is gelet op het voorgaande niet tuchtrechtelijk te kort geschoten in zijn behandeling van en zorg voor patiënte.

4.2 Ten aanzien van het tweede klachtonderdeel

Niet verweerder, maar de ten tijde van het overlijden van patiënte dienstdoende intensivist op de IC-afdeling heeft een verklaring 'natuurlijke doodsoorzaak' afgegeven. Verweerder had dat weekend geen dienst, en kan niet verantwoordelijk worden gehouden voor de verklaring die de intensivist buiten zijn aanwezigheid heeft afgegeven omtrent de oorzaak van het overlijden van patiënte.

5. Beoordeling van de klacht

5.1

Het College wijst er allereerst op dat het er bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen niet om gaat dat het handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen binnen de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2 Het eerste klachtonderdeel

Aangaande het handelen van verweerder overweegt het College het volgende. Toen hij patiënte bezocht tussen 8:45 uur en 9:00 uur op 28 november 2008 was er sprake van een temperatuur van meer dan 38.0 °C, een bloeddruk van 118/65 mm Hg en nog steeds oligurie (verminderde urineproductie). Deze parameters in combinatie met de geuite klachten van patiënte hadden voor verweerder aanleiding moeten zijn aan een complicatie te denken. Verweerder hield vast aan de gedachte dat de verschijnselen pasten bij een normaal postoperatief beloop, terwijl hij had kunnen bedenken dat de patiënt gelet op het aantal afwijkende parameters en de ontwikkeling van het klinisch beeld in de nachtelijke uren ernstig ziek was. Dat hij daarentegen besloot de rest van de ochtend af te wachten en niet onmiddellijk de laboratoriumuitslagen te achterhalen, betekent dat hij onvoldoende spoed heeft betracht in zijn behandeling van patiënte. Dit levert een tuchtrechtelijk verwijt op. Zijdelings merkt het College op dat verweerder na de operatie op 26 november 2008 geen aantekeningen meer heeft gemaakt in het medisch dossier, ook niet toen hij in de ochtend van 28 november 2008 samen met een arts-assistent visite liep. Het College acht dat onjuist, mede in het licht van hetgeen onder 5.4 zal worden overwogen.

5.3 *Het tweede klachtonderdeel*

De stelling van klaagster dat verweerder de verklaring 'natuurlijke doodsoorzaak' heeft afgegeven is, mist – zoals volgt uit het medisch dossier – feitelijke grondslag. Deze verklaring is door de intensivist die op dat moment dienst had, afgegeven. Dit klachtonderdeel faalt dan ook.

5.4 *Regievoering*

Het College merkt ten aanzien van de regie met betrekking tot de zorgketen nog het volgende op. Als hoofdbehandelaar was verweerder eindverantwoordelijk voor de behandeling van patiënte. Weliswaar dragen de verschillende arts-assistenten die betrokken zijn geweest bij de behandeling van patiënte ook een eigen verantwoordelijkheid, vooral voor zover zij zelfstandig en niet direct onder zijn supervisie hebben gehandeld, maar de verantwoordelijkheid voor de algehele zorgketen ligt bij verweerder. Omdat hij werkt met relatief onervaren arts-assistenten dient verweerder zijn regiefunctie goed te bewaken. Dit betekent onder meer dat de door de arts-assistenten verrichte zorg tijdens de overdracht zorgvuldig geëvalueerd dient te worden. In de onderhavige situatie had verweerder concrete afspraken met de arts-assistenten moeten maken omtrent de monitoring van deze postoperatieve patiënte om vroegtijdig te kunnen ingrijpen bij complicaties. Gesteld noch gebleken is dat die afspraken er zijn geweest. Ook is niet voldoende gebleken van het bestaan van afspraken die zijn gemaakt om de veranderde situatie van patiënte te objectiveren. In elk geval duidt de gang van zaken in deze situatie niet op het bestaan van dergelijke afspraken, althans niet op het naleven daarvan. Indien dit wel het geval was geweest, had kunnen worden voorkomen dat in de ochtend van 28 november 2008 was afgewacht met ingrijpen, maar dat er met spoed aanvullend laboratoriumonderzoek was verricht. Dan zou de noodzakelijke heroperatie naar alle waarschijnlijkheid op een eerder tijdstip zijn uitgevoerd.

Gezien het voorgaande kan niet anders worden geoordeeld dan dat verweerder onvoldoende regie heeft gevoerd ten aanzien van het zorgproces met betrekking tot patiënte. Klaagster heeft dit punt niet expliciet als onderdeel van haar klacht aan de orde gesteld. Nu het ook niet ter terechtzitting uitdrukkelijk als aanvullend klachtonderdeel is besproken, volstaat het College met deze overwegingen zonder er een tuchtrechtelijk verwijt aan te verbinden. Ten voordele van verweerder wordt in dit verband nog overwogen dat hij ter terechtzitting heeft laten blijken in te zien dat de regievoering door hem als hoofdbehandelaar in deze situatie onvoldoende was en dat herhaling moet worden voorkomen. Met het oog daarop zijn binnen het ziekenhuis afspraken gemaakt die in 2008 nog ontbraken. Ten voordele van verweerder strekt tevens dat hij ter terechtzitting heeft opgemerkt dat hij – als hij opnieuw voor deze situatie zou worden gesteld – een collega-chirurg om een objectief en onafhankelijk oordeel zou vragen tijdens of kort na een visite als die op 28 november 2008.

6. Slotsom

Verweerder is tuchtrechtelijk verwijtbaar te kort geschoten in zijn professionele beroepsuitoefening jegens patiënte. De klacht is dus wat betreft het eerste klachtonderdeel gegrond. Alles in ogenschouw nemend, acht het College de maatregel van waarschuwing passend.

Het tweede klachtonderdeel is daarentegen ongegrond.

7. Beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen:

- verklaart de klacht wat betreft het eerste klachtonderdeel gegrond zoals bovengeschreven en legt verweerder de maatregel van waarschuwing op;

- verklaart de klacht wat betreft het tweede klachtonderdeel ongegrond en wijst dit af.

Aldus gegeven door:

mr. dr. H.L.C. Hermans, voorzitter,
mr. P.W.M. Huisman, lid-jurist,
drs. H.R. van Dop, lid-geneeskundige,
dr. R.A. Droog, lid-geneeskundige,
mw. drs. C.J. Groenewold, lid-geneeskundige,
mw. mr. L.C. Commandeur, secretaris

en in het openbaar uitgesproken op 24 juli 2012 door de voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris.

De secretaris:
ter:

De voorzitter: