

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: 191/2011

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE**

Beslissing d.d. 7 juni 2012 naar aanleiding van de op 8 juli 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,  
bijgestaan door mr. M.H.M. Mook, verbonden aan ARAG rechtsbijstand te Leusden,

k l a g e r

-tegen-

**C**, chirurg, werkzaam te B,  
bijgestaan door mr. W.R. Kastelein, advocaat te Utrecht,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift;
- het verweerschrift met het medisch dossier;
- de repliek met bijlagen;
- de dupliek met bijlagen.

Partijen hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is gelijktijdig met drie andere klachtzaken behandeld ter openbare zitting van 27 april 2012, alwaar partijen in persoon zijn verschenen, klager bijgestaan door mr. Mook en verweerder door mr. Kastelein. In die andere zaken heeft het college onder de nummers 189/2011, 190/2011, 193/2011 een beslissing gegeven.

## 2. DE FEITEN

Op grond van de stukken waaronder het medisch dossier en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klager, gepensioneerd huisarts en geboren op 25 maart 1947, is op donderdag 6 januari 2011 na verwijzing door een waarnemend huisarts om 21.00 uur gezien op de Spoedeisende Hulp (SEH) van het ziekenhuis D te B in verband met buikklachten en koorts. De op de SEH dienstdoende arts-assistent heeft lichamelijk onderzoek gedaan en de anamnese afgenomen. In het dossier noteerde hij dat klager niet acuut ziek was, wel misselijk zonder braken, dat er sprake was van koorts op en af, die middag met koude rillingen, (druk)pijn begonnen in de bovenbuik en afgezakt naar de rechter onderbuik, actieve defense, geen loslaatpijn en dat de infectieparameters verhoogd waren. Als differentiaaldiagnose noteerde hij appendicitis en diverticulitis. Laboratoriumonderzoek wees onder meer uit dat de CRP-waarde 185 mg/L bedroeg. De arts in opleiding tot chirurg E, destijds ongeveer één jaar in opleiding, heeft klager eveneens beoordeeld en besloot, na telefonisch overleg aan het eind van de avond met verweerder, klager op te nemen ter observatie. Klager gaf in eerste instantie aan dat hij wel naar huis kon. Uiteindelijk werd afgesproken dat klager zou worden opgenomen en dat de volgende dag laboratoriumonderzoek moest worden herhaald en zo nodig een echo van de buik moest worden gemaakt. Klager kreeg een vochtinfuus en paracetamol en diclofenac als pijnmedicatie voorgeschreven. E maakte geen aantekeningen in het dossier, de dienstdoende arts-assistent van de SEH heeft een en ander wel genoteerd in het medisch dossier van de SEH.

In de nacht van vrijdag 7 januari 2011 kreeg klager veel pijnklachten. Rond 04.00 uur is in overleg met E paracetamol voorgeschreven, met goed resultaat. De volgende ochtend is klager gezien door de arts-assistent die fungeerde als zaalarts van de verpleegafdeling waar klager was opgenomen. Er werd om 11.40 uur een CT-scan gemaakt waarop het beeld van een acute appendicitis te zien was. Klager is rond 14.00 uur geopereerd door een arts in opleiding tot chirurg, onder supervisie van een chirurg. Bij de laparoscopisch uitgevoerde operatie werd een geperforeerde appendix zichtbaar, die werd verwijderd.

Op zaterdag 8 januari 2011 kreeg klager 's nachts buikklachten en koorts. Hierop heeft de verpleging telefonisch contact opgenomen met de dienstdoende arts in opleiding tot chirurg, F, destijds ongeveer anderhalf jaar in opleiding. In het verpleegkundig dossier noteerde de verpleging: *‘Ivm temp, hoge pols en bolle buik overlegt. Nu geen actie. Er komt iemand bij dhr langs’* en vervolgens: *“Om plm 9.00 uur nogmaals dd arts gebeld, komen langs.”* Van 9.30 uur tot circa 11.00 uur was er overdracht. Daarna is chirurg G bij klager langsgesegaan en constateerde zij een ileus. Zij sprak af een maaghevel bij klager in te brengen en te starten met parenterale voeding. Na een operatieprogramma en een ronde langs diverse patiënten is zij nogmaals bij klager gaan kijken, het ging toen beter met hem. In het medisch dossier noteerde G niets over haar bevindingen. Op 14 januari 2011 is klager ontslagen uit het ziekenhuis. Bij ontslag is een ontslagbrief geschreven aan de huisarts waarin is vermeld dat de operatie zonder complicaties is verlopen maar niet is vermeld dat klager een week Metronidazol intraveneus had gekregen.

Gedurende de gehele opname is chirurg H als hoofdbehandelaar in het dossier aange-merkt. Achteraf is niet duidelijk geworden waarom dit is gebeurd, H heeft niets met de behandeling van klager van doen gehad. Een tegen hem ingediende klacht is bij raad-kamerbeslissing (192/2011) kennelijk ongegrond bevonden.

Op 21 februari 2011 heeft er een gesprek plaatsgevonden met klager, E, verweerder, chirurg I en de klachtenfunctionaris van het ziekenhuis. Van dit gesprek en een eerder gesprek met de klachtenfunctionaris is door deze een uitgebreid verslag gemaakt.

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij:

- geen aanvullend onderzoek heeft laten doen naar aanleiding van het telefonisch overleg met arts-assistent E;
- niet zelf naar klager is komen kijken;
- onduidelijkheid heeft laten bestaan over het hoofdbehandelaarschap.

### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij 's nachts is gebeld voor telefonisch overleg door E. Hij was die nacht achterwacht en hierdoor hoofdbehandelaar van klager tot aan de operatie. Volgens het destijds geldende systeem had (gedurende de hele opname) zijn naam in plaats van die van H op het ponsplaatje moeten staan. Tijdens de operatie was de opererend chirurg eindverantwoordelijk, daarna was J dat als super-viserend chirurg van de verpleegafdeling waar klager was opgenomen. Op grond van de informatie die E hem had gegeven was het naar zijn mening niet noodzakelijk klager zelf te beoordelen. Wel heeft hij opdracht gegeven klager op te nemen ter observatie om eventueel de volgende dag aanvullende diagnostiek te verrichten. Er is volgens 'de Richtlijn van de Vereniging voor Heelkunde over de diagnostiek en de behandeling van appendicitis' gehandeld en nadere diagnostiek (door beeldvormend onderzoek) kon worden uitgesteld tot de volgende dag omdat klager vanwege het klinisch beeld toch niet die nacht zou worden geopereerd.

### 5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

#### 5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat 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 in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

#### 5.2

Het eerste klachtonderdeel houdt in dat onvoldoende onderzoek is gedaan. Dit klacht-onderdeel is gegrond. Klager vertoonde immers het klassieke beeld van een appendi-

citis. De 'Richtlijn voor diagnostiek en behandeling van acute appendicitis' van februari 2010 schrijft als volgende stap beeldvormend onderzoek voor, zulks met name ter voorkoming van een negatieve appendectomie. In beginsel was volgens deze richtlijn een echo geïndiceerd en bij een negatieve of inconclusieve echo een CT-scan. Verweerder heeft ter zitting aangevoerd dat hij in beginsel, in afwachting van nader onderzoek de volgende dag, een CT-scan had afgesproken in verband met het postuur van klager (hij was 1.90 m lang bij 100 kg met een BMI van 27,7). Verder hield hij rekening met een carcinoom in het coecum als mogelijke oorzaak van de appendicitis bij een patiënt van boven de 60 jaar.

Naar het oordeel van het college zou het in deze situatie wel verdedigbaar zijn om aansluitend aan het uitgevoerde onderzoek aanstonds een CT-scan uit te voeren en de echo over te slaan. Vast staat echter dat klager rond 21.00 uur bij de SEH was binnengekomen, dat er (toen verweerder rond het middernachtelijk uur telefonisch overleg had met E) al drie uren waren verstreken waarin een echo had kunnen zijn gemaakt en dat ermee rekening moest worden gehouden dat klager pas in de loop van de volgende ochtend een CT-scan kon ondergaan. Tegen die achtergrond had verweerder E moeten instrueren om ten minste een echo te laten uitvoeren. Op voorhand kon niet, ook niet op basis van de door verweerder aangevoerde argumentatie, worden gesteld dat een echo geen diagnostische waarde kon hebben. Door niet die instructie te geven is onvoldoende voortvarend de vereiste diagnostiek bij klager uitgevoerd en heeft verweerder de arts in opleiding die hij superviseerde onvoldoende begeleid. Het enkele feit dat (wellicht) niet aanstonds zou zijn geopereerd, betekende nog niet dat de diagnostiek niet behoefde te worden voortgezet met een eenvoudig uit te voeren onderzoek als een echo.

#### 5.4

Wat betreft de vraag of verweerder had moeten komen om klager zelf te zien, wordt het volgende overwogen. Verweerder heeft ter zitting toegelicht dat hij die avond operaties had uitgevoerd en dat hij op het moment dat E hem belde een paar uur thuis was. Ook de volgende ochtend heeft hij klager niet bezocht, voor zijn dagprogramma. Op zichzelf is het, hoewel het fraaier was geweest dat wel te doen, niet verwijtbaar dat verweerder niet is (terug)gekomen om klager zelf te zien. Hij mocht op zichzelf wel afgaan op de gegevens die E hem verstreekte, waarvan ook niet is aangevoerd of gebleken dat deze inadequaet waren. Wel had hij, nu hij niet ter plekke was, E beter moeten begeleiden zoals hierboven reeds overwogen.

#### 5.5

Het college heeft in het verleden vaker benadrukt dat het zeker in een ziekenhuis uit oogpunt van continuïteit van de zorg en omwille van de benodigde duidelijkheid voor de patiënt en diens naaste verwanten noodzakelijk is dat er een hoofdbehandelaar is, belast met de regie van de behandeling van de patiënt door hemzelf en andere specialisten en zorgverleners tijdens het gehele behandelingstraject. De KNMG heeft op 26 januari 2010 de 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg' uitgebracht. Tuchtrechtelijke consequenties voor een individuele behandelaar heeft het ontbreken van een goede regeling op dit punt tot heden in het algemeen nog niet gehad. Onder omstandigheden kan het een individuele behandelaar echter tuchtrechtelijk worden aangerekend indien het hoofdbehandelaarschap niet goed is geregeld. In de onderhavige zaak ziet het college geen reden om te betwijfelen dat steeds één van de chirurgen verantwoordelijk is geweest voor de zorg op dat moment, waarbij in het midden wordt

gelaten of dat voldoet aan de zojuist gegeven beschrijving van het begrip hoofdbehandelaar. Het gaat er in deze zaak vooral om dat de communicatie met de patiënt niet goed was geregeld, voor hem was volgens het destijds geldende systeem steeds de dienstdoende chirurg bij opname de hoofdbehandelaar. Daargelaten dat ook nog eens H ten onrechte als zodanig was aangemerkt, ziet het college geen aanleiding om aan verweerder ter zake van het destijds geldende systeem individueel een tuchtrechtelijk verwijt te maken. Het betreft daarbij dat verweerder destijds nog maar enkele maanden werkzaam was in het desbetreffende ziekenhuis en dat hij zich er na deze zaak voor heeft beijverd om het systeem te veranderen.

## 5.6

Al met al is de klacht op één onderdeel gegrond. Het college acht ter zake de maatregel van waarschuwing passend.

## 6. DE BESLISSING

Het college waarschuwt verweerder!

Aldus gedaan in raadkamer door mr. A.L. Smit, voorzitter, mr. E.W. de Groot, lid-jurist, en dr. P.J.G. Jörning, S. Tiemersma en J.M. Komen, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van mr. G.E. Bart, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 7 juni 2012 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de gelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.