

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2014/424

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
TE AMSTERDAM

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 4 december 2014 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
C,
wonende te D,
E,
wonende te F,
G,
wonende te H,
klagers,

tegen

I,
arts,
wonende te D,
destijds werkzaam te J,
verweerder,
gemachtigde mr. E.P. Haverkate, verbonden aan 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 correspondentie betreffende het vooronderzoek;
- de brief van klagers met de bijlagen, binnengekomen op 4 mei 2015;
- de brief van klagers met de bijlagen, binnengekomen op 31 augustus 2015;
- de brief van klagers met de bijlagen, binnengekomen op 16 september 2015.;
- de brief van de gemachtigde van verweerder met bijlagen, binnengekomen op 28 september 2015;
- de brief van klagers met bijlage, binnengekomen op 28 september 2015;
- de brief van klagers met bijlagen, binnengekomen op 30 september 2015;
- de brief van klagers, binnengekomen op 6 oktober 2015.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord. De klacht is op 13 oktober 2015 ter openbare terechtzitting behandeld tezamen met andere, met de klacht samenhangende, klachten zoals bedoeld in artikel 57, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze klachten zijn bekend onder de dossiernummers 14/422, 14/423 en 14/426.

Partijen waren aanwezig. A heeft een toelichting gegeven aan de hand van een pleitnota die aan het college en de wederpartij is overgelegd. Verweerder werd bijgestaan door zijn gemachtigde. Klagers hebben zich doen vergezellen door de heer K, intensivist.

2. De feiten

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

2.1 Klagers zijn kinderen, respectievelijk de echtgenote van de heer L, geboren op juli 1950, hierna patiënt te noemen. Patiënt was bekend met een navelbreuk, die hij zelf reponeerde.

2.2 Op vrijdag 8 maart 2013 heeft patiënt erg moeten braken (het braaksel was zwart en rook naar ontlasting). Hij heeft zijn navelbreuk moeten reponeren. Na het terugduwen daarvan bleken de klachten voorbij. Zaterdag 9 maart en zondagochtend 10 maart 2013 was patiënt klachtenvrij.

Op zondagavond 10 maart 2013 is patiënt op het toilet na het reponeren van zijn navelbreuk gecollabeerd. Hij had hevige buikklachten en zei tegen zijn echtgenote: "dit is niet goed". Patiënt is per ambulance naar het M te J vervoerd, waar hij omstreeks 19.00 uur op de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) is gepresenteerd. Het ambulanceritformulier vermeldt het volgende:

"vanaf vrijdag na het terugduwen van een uitstulpende navelbreuk, zwart braken en zwarte ontlasting; bleek klam en zweten. op basis van verhaal scoop and run onderweg een infuus geprikt nog geen pijnstilling kunnen geven. Lijkt een trac dig bloeding of beklemming te zijn."

2.3 Verweerder was op dat moment als ANIOS (arts niet in opleiding tot specialist) in dat ziekenhuis werkzaam op de afdeling Spoedeisende Hulp (verder: SEH). Verweerder heeft bij patiënt de anamnese afgenomen en lichamelijk onderzoek uitgevoerd. Patiënt is aangesloten op een bloeddrukmeter waarmee drie keer (automatisch) de pols en tensie is gemeten. In het medisch dossier zijn drie metingen ingevoerd: 19.26 uur: pols 104, tensie 129/82; 20.03 uur: pols 110, tensie 135/85; 22.16 uur: pols 96, tensie 98/55. Verder was sprake van een tachypnoe van 26 per minuut en bij labonderzoek bleek er sprake van een leucocytose van 18. Patiënt had geen koorts tijdens het verblijf op de SEH. Hij heeft op de SEH de volgende medicatie toegediend gekregen: 19.20 uur 80 mg Pantozol; 19.32 uur Perfalgan 1000 mg; 20.04 uur morfine 4 mg iv; 22.19 uur morfine 6 mg iv in verband met aanhoudende pijn in zijn buik.

Op de SEH is een arterieel bloedgas afgenomen, waaruit een lichte metabole acidose bleek. Hierop heeft verweerder een lactaat laten bepalen waaruit een waarde van 2,4 bleek.

Verweerder heeft opdracht gegeven om bij patiënt een staande buikfoto (X-BOZ) te maken. Vanwege pijn is deze foto half zittend gemaakt. In het verslag van de buikfoto staat het volgende:

"Buikklachten. Bolle buik. Drukkend gevoel. Braken. Verslag: Matig beoordeelbare buikoverzichtsopname, niet geheel afgebeeld. Normale luchthoudendheid van de darm. Geen aanwijzing voor vrij lucht. Bolle buik. Forse rechts convexe thoracolumbale scoliose."

2.4 Op het SEH-formulier heeft verweerder het volgende genoteerd:

“O/Matig ziek ogende patiënt. Zit ongemakkelijk in bed, heeft buikpijn. Geen dyspnoe, geen tachypnoe. Cor: S1, S2, S-

Pulmonaal: VAG bdz

Abdomen iets bol zonder strak gespannen te zijn. Niet duidelijk geprikkeld. Spaarzame peristaltiek, palpatie en percussie pijnlijk onderbuik. Navelbreuk strak gespannen, huid rood, wel gemakkelijk reponibel. RT: spoortje lichte feaces aan handschoen.

Maagsonde ingebracht: maagsap met wat oud bloed.

CAD ingebracht.

Conclusie:

Opname, observatie buikpijnklachten, verdenking beginnende ileus dd klachten bij navelbreuk dd beginnende pancreatitis. Ureum en Hb passen niet bij heftige hoge tractus digestivus bloeding. NPO, maagsonde, 3 liter infuus. Morgen lab herhalen.”

2.5 Een SEH-verpleegkundige was ongerust over patiënt. Verweerder heeft deze verpleegkundige uitgelegd waarom hij patiënt niet vitaal bedreigd achtte. Verweerder heeft rond 22.30 uur telefonisch contact opgenomen met de chirurg van dienst (zaak 14/423), die op dat moment thuis was. Besloten is om patiënt ter observatie op te nemen op de verpleegafdeling chirurgie. Verweerder had op dat moment nog geen diagnose gesteld. Hij heeft tegen de chirurg gezegd dat hij er zijn vinger niet op kon leggen. Verweerder had niet een niet-pluis gevoel. Verweerder heeft zijn bevindingen met de chirurg gedeeld, evenals de uitslagen van de tot dan toe verrichte onderzoeken. Het bloedgas is daarbij niet door verweerder ter sprake gebracht. Een darmperforatie werd op dat moment door verweerder, noch de chirurg waarschijnlijk geacht. De chirurg kon zich vinden in het observatiebeleid van verweerder. Patiënt is om 22.59 uur overgeplaatst naar de verpleegafdeling chirurgie met een 3-liter infuus. Op het opnameformulier van de verpleegafdeling zijn geen observaties afgesproken. Dit staat wel als onderdeel op dat formulier vermeld.

2.6 Een dochter van patiënt, die zelf internist-nefroloog is, heeft die avond telefonisch overleg gehad met verweerder. De dochter maakte zich ernstig zorgen over patiënt en heeft om een aanvullend CT-onderzoek verzocht. Verweerder heeft zijn bevindingen met de dochter besproken, waaronder de bloeduitslagen en controles. Daarbij heeft hij gezegd dat de diagnose niet een beklemde breuk kon zijn omdat de breuk reponibel was. Op de vraag naar de werkdiagnose, heeft de dochter geen duidelijk antwoord gekregen. Verweerder dacht aan een pancreatitis omdat het amylase bij patiënt iets verhoogd was. Verweerder heeft meegedeeld dat hij niet bevoegd was om een CT-scan te laten maken en heeft de dochter gewezen op de omstandigheid dat patiënt inmiddels onder de verantwoordelijkheid van de chirurg viel. Verweerder heeft daarna gebeld met de chirurg en heeft het verzoek om een CT-scan en de ongerustheid van de dochter overgebracht. Op verzoek van de chirurg heeft verweerder bij de verpleegkundige van de verpleegafdeling chirurgie nagevraagd wat de waarden van de actuele controles waren en deze heeft verweerder telefonisch aan de chirurg doorgegeven. De chirurg heeft vervolgens rond 00.00 uur telefonisch overleg gehad met de dochter van patiënt. De chirurg heeft haar gezegd geen aanleiding te zien voor nader CT-onderzoek.

2.7 In de brief aan de huisarts is over de opname conform het SEH-verslag het volgende geschreven door verweerder en de chirurg:

“Conclusie en beleid:

Opname, observatie buikpijnklachten, verdenking beginnende ileus dd klachten bij navelbreuk dd beginnende pancreatitis. Ureum en Hb passen niet bij heftige hoge tractus digestivus bloeding. NPO, maagsonde, 3 liter infuus. Morgen lab herhalen.”

De chirurg heeft op die brief de volgende handgeschreven aantekening gemaakt:

“(...) gesprek met dochter in nacht van zondag op maandag uitleg dat klinische parameters nu geen aanleiding geven tot acute aanvullende CT.”

Ook heeft de chirurg de volgende aantekening gemaakt in het elektronisch patiëntendossier:

“opname patient zondagavond 10 maart 2013, telef overleg met SEH arts voor observatie buikklachten, nu geen reden voor acute chirurgische interventie combi kliniek, lab en X-BOZ geen tekenen van perforatie hol orgaan geen verzoek SEH arts om patient mede te beoordelen wel op verzoek SEH arts 's nachts dochter van patient gebeld, dochter verzoekt om beeldvorming

aan dochter uitgelegd dat gezien klinisch stabiele toestand van patient er geen noodzaak is tot acute diagnostiek, nu observatie, bij klinische verslechtering wel verder actie.”

2.8 Patiënt bleef zich na opname op de verpleegafdeling chirurgie niet lekker voelen, waarvan hij melding heeft gemaakt aan de dienstdoende verpleegkundige. Dit is als volgt door haar genoteerd:

“Bij aanvang dienst belde dhr, hij lag niet lekker en heeft pijn. Dhr morfine gegeven en hoger gelegd in bed. Dhr is kliebernoot, transpireert hevig.”

Door de verpleegkundige zijn de volgende waarden genoteerd:

“T: 36.1 RR 110/64 p 110 Sat 88%.” Door de verpleegkundige is de zuurstof verhoogd waarna zij een saturatie van 92% heeft gemeten.

2.9 Om 05.00 uur is patiënt door de verpleegkundige in een diepe septische shock aangetroffen. In de handgeschreven decursus van de dienstdoende arts staat hierover het volgende:

“Gebeld door vpk ivm hypotensie RR 60/40 mmHg.

Wakker geworden met veel buikpijn (...0

A/Pijn rond de navel, heeft het idee verstopt te zitten

Geen thoracale pijn

Geen dyspnoe (...)

C/ Hypovolemisch shock

Dd - maagbloeding

- ileus

- perforatie darm

- AAA”.

Patiënt is vervolgens naar de afdeling Intensive Care (IC) overgebracht voor stabilisatie.

2.10 Bij CT-onderzoek, verricht om 07.00 uur, is geconstateerd dat sprake was van een dunne darmperforatie bij een beklemde navelbreuk. Het verslag vermeldt daartoe het volgende:

“Conclusie: beklemde navelbreuk met focale dunne darmperforatie zoals bovenomschreven. Ascites in alle kwadranten. Geen bloeding. Geen aanwijzing voor ischemie. Mogelijk infiltraat dorsobasaal rechter onderkwab.”

Patiënt is met spoed geopereerd (laparotomie). Er bleek sprake van een dunne darmperforatie met ongeveer 4,5 liter vrij bruin gallig vocht in de buik. Het aangedane darmdeel ter hoogte van de navelbreuk is verwijderd en er is een side-to-side anastomose gemaakt. Het verslag vermeldt het volgende:

“Het stukje dunne darm ligt net thv de navelbreuk, het beeld met de striemen op de darmlis en de haemorrhagie lijkt het meest te passen bij een perforatie agv een beklemde navelbreuk.”

2.11 Patiënt is na de operatie opgenomen op de afdeling IC, alwaar hij een sepsis met multi-orgaan falen ontwikkelde.

In de ochtend van 13 maart 2013 is besloten tot een tweede operatie (relaparatomie). Bij die operatie is vier liter troebel vocht afgezogen. De anastomose bleek niet te lekken. De circulatie van het distale ileum was dubieus gebleken. De buik is na spoeling gesloten. Patiënt kreeg direct na de operatie bij het overtillen van de operatietafel naar het bed een circulatiestoornis met een hartstilstand en is na een onsuccesvolle reanimatie overleden.

2.12 De Raad van Bestuur heeft op 20 maart 2013 op basis van artikel 4a Kwaliteitswet zorginstellingen een calamiteitenmelding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Een calamiteitencommissie heeft vervolgens onderzoek verricht, hetgeen heeft geresulteerd in een eerste onderzoeksrapport gedateerd 5 juli 2013. Verweerder is niet gehoord door de calamiteitencommissie, maar heeft een telefoongesprek gehad met de voorzitter van die commissie. Deze rapportage is door IGZ als onvoldoende beoordeeld, waarna een tweede onderzoek mede met hulp van twee calamiteitenonderzoekers van het N heeft plaatsgevonden. Daarvan is een rapport opgesteld gedateerd 2 december 2013. Dit rapport is door IGZ voldoende beoordeeld en heeft op 13 mei 2014 de melding als afgehandeld geoordeeld.

2.13 Op 9 april 2013 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen klagers, de SEH verpleegkundige, de verpleegkundige van de afdeling chirurgie, verweerder en de chirurg waarmee het beleid was afgestemd. Op 2 mei 2013 hebben klagers gesproken met leden van de calamiteitencommissie. Een tweede gesprek met verweerder en genoemde chirurg heeft plaatsgevonden op 22 mei 2013.

2.14 Verweerder was vanaf 2002 werkzaam als arts, vanaf 2007 in het M. Hij was niet als SEH-arts gecertificeerd. Verweerder heeft zijn werkzaamheden in het ziekenhuis per 31 mei 2013 beëindigd en is nu werkzaam als medisch adviseur.

3. De klacht en het standpunt van klagers

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

1. onvoldoende kennis heeft genomen van de anamnese en toestand van patiënt. Hij heeft geen kennis genomen van het ambulanceritformulier, uitslagen bloedonderzoeken en overige onderzoeksuitslagen. Hij heeft niet geluisterd naar de familie van patiënt;
2. onvoldoende diagnostiek en onderzoek heeft gedaan. Verweerder heeft patiënt niet zelf gezien of onderzocht. Beeldvormend onderzoek is achterwege gebleven;
3. niet heeft herkend of erkend dat patiënt vitaal bedreigd was; hij heeft daardoor de diagnose darmperforatie gemist. De diagnostiek is niet afgerond, dan wel is nagelaten hierop aan te dringen bij de verantwoordelijk chirurg;
4. inadequaat differentiaal diagnostisch heeft geredeneerd. Hij had de differentiaal diagnose op de vitale bedreiging moeten afstemmen en de mogelijkheid van een beklemde breuk en perforatie na een beklemde breuk moeten overwegen zo mogelijk aantonen of uitsluiten;
5. te laat een aanvang heeft gemaakt met de behandeling van patiënt; hij had eerder antibiotica moeten toedienen en eerder het besluit tot een operatie moeten nemen. Een sepsisbehandeling is ten onrechte achterwege gelaten;
6. onvoldoende heeft zorggedragen voor adequate bewaking; opname op de verpleegafdeling zonder controle afspraken is te weinig en hij heeft niet de regie gevoerd.
7. de situatie van patiënt niet serieus heeft genomen en heeft onderschat. Hij had nader beeldvormend onderzoek moeten verrichten;

8. niet heeft geluisterd naar de dochter van patiënt, die zelf arts is;
9. de behandelopties niet of niet voldoende met patiënt heeft besproken;
10. onjuiste informatie heeft verschaft aan de calamiteitencommissie; hij heeft gezegd dat patiënt stabiel was hetgeen niet het geval was.

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 Het college wijst er bij de inhoudelijke beoordeling 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.

Het gaat daarbij om persoonlijke verwijtbaarheid van de beroepsbeoefenaar bij de behandeling van patiënt en dat heeft zich wat verweerder betreft beperkt tot het handelen op 10 maart 2013 gedurende de opname op de SEH en de overdracht naar de verpleegafdeling chirurgie.

5.2 Kern van de klacht is dat verweerder onzorgvuldig bij zijn onderzoek en de beoordeling en behandeling van patiënt heeft gehandeld. Verweerder zou daarbij niet hebben onderkend dat patiënt vitaal bedreigd was en de juiste diagnose, darmperforatie, hebben gemist waardoor patiënt niet de juiste medische behandeling heeft gekregen.

Het college zal de klachtonderdelen 1. tot en met 9. die daarop zien gezamenlijk bespreken. Daarbij wordt vooropgesteld dat het missen van een diagnose niet reeds tot het oordeel hoeft te leiden dat verweerder onzorgvuldig heeft gehandeld. Daarvoor is ook nodig dat vast komt te staan dat de wijze waarop verweerder tot de naderhand onjuist gebleken diagnose is gekomen in strijd is met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwaam beroepsgenoot mag worden verwacht.

5.3 Anders dan klagers betogen heeft verweerder wel een anamnese afgenomen en patiënt onderzocht, waarbij hij opdracht heeft gegeven tot beeldvormend- en labonderzoek. De eerste twee klachtonderdelen falen dan ook. Echter, bij de interpretatie van de uitkomsten van zijn onderzoek, heeft verweerder naar het oordeel van het college zowel een aantal alarmsignalen, als de ernst van de situatie door de onderlinge samenhang van deze signalen miskend. Patiënt kwam binnen met heftige pijnklachten in zijn buik met daarbij een hoge pijnscore van 8 of 9 op een schaal van 10 (zogenaamde VAS score), wat op zichzelf beschouwd al een alarmsymptoom is, te meer in combinatie met het verhoogd leucocytengetal van 18. Verder is volgens de genoteerde gegevens de patiënt tijdens zijn verblijf op de SEH afdeling voortdurend tachycard geweest (pols > 90/min) en tachypnoeisch geweest (ademhalingsfrequentie > 20/min). De patiënt was hiermee positief voor 3 van de 4 SIRS criteria (Systemic Inflammatory Response Syndrome). Dit in combinatie met de duidelijke pijn in de buik als mogelijke bron van de klachten en bevindingen hadden verweerder op het pad moeten zetten van een mogelijke sepsis. Een ervaren verpleegkundige had een niet pluis gevoel en noemde patiënt "shocky". De wisselende tensie met de forse daling naar 98/55 en tachycardie van 96/min om 22.16 uur heeft verweerder ten onrechte geweten aan de heftige pijn, terwijl normalerwijs de tensie bij forse pijn verwacht mag worden te stijgen. Tevens was sprake van een onvoldoend verklaarde tachypnoe. In zijn verweer heeft verweerder aangevoerd dat er ook periodes waren dat de patiënt normale waarden had, echter

verweerder heeft onvoldoende onderkent dat ook de afwijkende bevindingen relevant zijn. Daarnaast heeft verweerder zich onvoldoende rekenschap gegeven van het feit dat sprake was van een matig beoordeelbare buikoverzichtsfoto nu de foto niet staand was genomen en het feit dat ook een buikoverzichtsfoto zonder afwijkingen een perforatie niet uitsluit, hetgeen door verweerder ter zitting ook is toegegeven. Uit de brief van verweerder en de chirurg volgt bovendien dat wel sprake was van percussiepijn, terwijl blijkens het SEH-formulier roodheid van de huid door verweerder is geconstateerd. Ook werd de hoge leucocytose te gemakkelijk weg gezet als zogenaamde “stress leuco’s” zonder naar een alternatieve oorzaak op zoek te gaan. Naar het oordeel van het college waren er voldoende aanwijzingen voor een acute buik. Het feit dat onder die omstandigheden het amylase verhoogd kan zijn is door verweerder eveneens niet onderkend.

Voormelde fouten in de primaire beoordeling van patiënt en de onjuiste interpretatie van de uitkomsten van het aanvullend onderzoek hebben geleid tot onjuiste vervolgebepalingen, zoals de beslissing om patiënt onbewaakt op te nemen op een reguliere verpleegafdeling en niet op de IC, zonder dat daarbij duidelijke instructies aan de verpleging zijn verstrekt en zonder dat werd ingezet op nader diagnostisch of beeldvormend onderzoek, zoals een CT-scan. Wat tevens opvalt is dat verweerder ondanks het feit dat “hij zijn vinger er niet op kon leggen” geen aanleiding heeft gezien om een collega arts op de SEH te raadplegen of die naar patiënt te laten kijken. Evenmin heeft hij de chirurg gevraagd in huis te komen. Het opnameformulier is door verweerder onvoldoende ingevuld, terwijl dat (de arts) er juist toe dwingt om de beoordeling van patiënt nog eens te evalueren en tot juiste vervolgafspraken met betrekking tot bewaking en aanvullende diagnostiek te komen. Bijvoorbeeld door aan te geven welke controles er moeten plaatsvinden en hoe vaak, en wanneer de verpleging de dienstdoende arts moet bellen. In zijn verweer noemt verweerder dat hij de afdelingsverpleegkundige heeft gevraagd “goed op de patiënt te letten”. Het college kan niet vaststellen of dit daadwerkelijk is gevraagd. Los daarvan moet dit als onvoldoende worden beschouwd. De klachten en uitkomsten van de onderzoeken bij patiënt waren niet verenigbaar met de conclusie van verweerder dat patiënt matig ziek was en niet vitaal bedreigd, terwijl een differentiaal diagnose hernia umbilicalis en pancreatitis evenmin in de rede lag. Verweerder had in ieder geval de diagnose darmperforatie niet terzijde mogen schuiven en had een mogelijke sepsis moeten overwegen.

5.4 De conclusie is dat verweerder inadequaat diagnostisch heeft geredeneerd en daardoor heeft nagelaten om door middel van aanvullend onderzoek tot een juiste diagnose te komen, dan wel ernstige pathologie uit te sluiten. De klachtonderdelen 3. tot en met 7. slagen daarmee. Onjuist is dat verweerder niet naar de dochter die zelf arts is, heeft geluisterd, zoals verweten met klachtonderdeel 8. Verweerder heeft met de dochter gesproken en naar haar visie geluisterd, maar heeft daarbij een andere - naderhand onjuist gebleken - afweging gemaakt. Dat een arts een eigen afweging maakt is op zichzelf beschouwd niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Hetzelfde geldt voor klachtonderdeel 9.

5.5 Ook het laatste klachtonderdeel kan niet slagen nu niet is vast komen te staan dat verweerder de calamiteitencommissie welbewust op het verkeerde been heeft willen zetten. Naar verweerder ter zitting heeft verklaard is hij niet door de commissie gehoord, maar heeft hij slechts een telefoongesprek met de voorzitter daarvan gehad. Evenmin zou het onderzoeksrapport in concept aan verweerder zijn gezonden. Dat het rapport daardoor onjuistheden bevat, kan niet aan verweerder worden tegengeworpen.

Dat verweerder heeft verklaard dat hij patiënt niet vitaal bedreigd achtte, valt hem evenmin te verwijten. Zoals overwogen is verweerders interpretatie van de informatie uit de onderzoeken onjuist geweest en dat heeft geleid tot een onjuiste inschatting van de toestand van patiënt, een onjuiste differentiaaldiagnose en een onjuist beleid waaraan een onzorgvuldig handelen ten grondslag ligt. De klachtonderdelen daarop betrekking hebbend (3. tot en met 7.) zijn in zoverre gegrond.

5.6 Wat de op te leggen maatregel betreft, overweegt het college dat rekening wordt gehouden met enerzijds de aard en ernst van het onzorgvuldig handelen en anderzijds de omstandigheden waaronder verweerder destijds werkzaam was en het inzicht dat verweerder in zijn handelen heeft getoond. Verweerder was ANIOS en stond destijds onder supervisie van de chirurg en heeft over zijn handelen overleg gehad met zijn supervisor. Ten tijde van het handelen van verweerder bestond er geen buikprotocol op de SEH en naar hij heeft verklaard, werd hij niet gefaciliteerd in bij- of nascholing. Verweerder heeft zich toetsbaar opgesteld en heeft diverse gesprekken met de familie van patiënt gehad. Mede gewogen is het feit dat verweerder naar aanleiding van deze casus zijn werkzaamheden als niet-gecertificeerd SEH-arts heeft beëindigd. Alles overwegende is het college van oordeel dat kan worden volstaan met de maatregel van waarschuwing.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege:

- verklaart de klachtonderdelen 2., 3., 4., 5., 6. en 7. gegrond;
- waarschuwt verweerder;
- 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 en Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en de website GZR-update ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus gewezen op 13 oktober 2015 door:

mr. A.A.A.M. Schreuder, voorzitter,

dr. B. van Ramshorst, dr. C. Keijzer en drs. B.W.J. Bens, leden-arts,

mr. dr. R.P. Wijne, lid-jurist,

mr. C. Neve, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 24 november 2015 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. A.A.A.M. Schreuder, voorzitter

w.g. C. Neve, secretaris