

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2016/288

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 22 juni 2016 binnengekomen klacht van:

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

tegen

**C,**  
radioloog,  
werkzaam te D,  
v e r w e e r s t e r ,  
gemachtigde: mr. W.R. Kastelein, advocaat te Zwolle.

#### 1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift d.d. 20 juni 2016 met de bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift d.d. 28 juli 2016 met dezelfde bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- de brief van 18 januari 2017 van klagster, met bijlagen;
- de brief van 1 maart 2017 van klagster, met bijlagen;
- de brief van 1 maart 2017 van verweester, met een bijlage.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

De klacht is op een openbare zitting van 21 maart 2017 behandeld. Partijen waren aanwezig. Klagster werd bijgestaan door drs. J en verweester door mr. W.R. Kastelein, advocaat te Zwolle. Drs. J heeft een toelichting gegeven aan de hand van een pleitnota die aan het college en de wederpartij is overgelegd. De behandeling van deze zaak heeft plaatsgevonden tegelijk met de behandeling van de zaken tegen E (zaaknummer 16/215), tegen F (zaaknummer 16/289) en tegen G (zaaknummer 16/290). Omwille van het overzicht van de zaak wordt in al deze zaken het gehele feitencomplex opgenomen.

## 2. De feiten

2.1 Op 14 oktober 2015 heeft klaagster telefonisch contact opgenomen met haar huisarts vanwege buikpijnklachten. Deze adviseerde uitzielen. Daarna heeft klaagster contact gezocht met de huisartsenpost D e.o., alwaar zij door een huisarts is onderzocht. De volgende dag, 15 oktober 2015, heeft klaagster wederom contact opgenomen met haar huisarts in verband met een verslechtering van haar gezondheidstoestand. Zij is toen door de huisarts direct doorverwezen naar de SEH van H, locatie D, onder verdenking van een acute appendicitis.

2.2 Op de SEH is klaagster onderzocht door arts-assistent chirurgie I (tegen wie de klacht met zaaknummer 16/285 is ingediend). I heeft na anamnese en lichamelijk onderzoek een CT-abdomen aangevraagd onder de vraagstelling "diverticulitis". De nierfunctie die geprikt was, was volledig normaal. Klaagster kreeg ter pijnstilling 5 mg morfine "iv FD" en later ook 3dd 50 mg diclofenac voorgeschreven.

2.3 In plaats van een CT-abdomen heeft verweerster een echo-abdomen verricht. De conclusie van het echo-onderzoek luidde: "Beeld van itis met infiltratie van het vet waarschijnlijk diverticulitis uitgaande van het sigmoid of in de DD colitis met reactieve verdikking van de urineblaas".

2.4 I heeft na de uitslag van het echo-onderzoek zijn bevindingen en bloedwaarden met zijn supervisor, de dienstdoende chirurg van die dag en tevens hoofdbehandelaar van klaagster, E (tegen wie de klacht met zaaknummer 16/215 is ingediend), besproken. E was toen niet in staat klaagster zelf te beoordelen in verband met werkzaamheden op de operatiekamer en het overleg gebeurde daarom telefonisch. Gezien de uitslag van de echo (beeld van diverticulitis) werd besloten klaagster onder verdenking van een diverticulitis op te nemen op de acute opname afdeling AOA. In de opnamestatus van de SEH-afdeling is hierover het volgende vastgelegd: "Ongecompliceerde diverticulitis, geen aanwijzingen voor abces. (...)". Klaagster zou de volgende dag een nieuw bloedonderzoek krijgen en bij klinische achteruitgang zou alsnog een CT-abdomen worden verricht.

2.5 De volgende dag, op 16 oktober 2015, lag de verantwoordelijkheid voor de zorg van klaagster in handen van J, arts-assistent in opleiding tot (orthopedisch) chirurg (tegen wie de klacht met zaaknummer 16/286 is ingediend). Chirurg G (tegen wie de klacht met zaaknummer 16/299 is ingediend) was aangewezen als dagsupervisor. J heeft na de ochtendoverdracht een anamnese afgenomen bij klaagster en haar onderzocht. Omstreeks 8.00-8.30 uur werd er bloed afgenomen; de uitslag kon dan rond 10.00 uur in de computer te staan. J duidde de mictieklachten en de retentieblaas als zijnde gevolg van de (ongecompliceerde) diverticulitis. Na de zaalvisite vergden andere acute patiënten zijn aandacht.

2.6 In de middag van 16 oktober 2015 omstreeks 15.00 uur heeft J de laboratoriumwaarden gezien. Er was sprake van een CRP-stijging van 165 naar 378, een daling van het leukocytengetal van 17,2 naar 16,8 en een stijging van het serum creatinine van 74 naar 187. In overleg met de chirurg en supervisor van die dag, G, is besloten de diclofenac te stoppen (i.v.m. de creatinine stijging) en een internist in consult te vragen ter beoordeling van het acute nierfalen van klaagster. Een CT-scan werd door de arts-assistent interne niet wenselijk gevonden in verband met de slechte nierfunctie

en omdat geen sprake was van een levensbedreigende situatie; er zou aldus de volgende morgen een CT-scan worden gemaakt bij een verbeterde nierfunctie.

Daarna sprak I, die naar de afdeling AOA was gelopen, J aan over de bloedwaarden van klaagster die hij al eerder had bekeken: hij zag de hoge ontstekingswaarden en de gedaalde nierfunctie. Zij bespraken de noodzaak van een CT-scan en besloten dit punt alsnog in te brengen in de middagoverdracht omstreeks 16.45 uur. E was bij die overdracht niet aanwezig, zo is ter zitting verklaard. Bij de middagoverdracht is besloten de CT-abdomen op advies van de arts-assistent interne uit te stellen tot de volgende dag, tenzij klaagster zieker zou worden. J heeft dit na de bespreking overlegd met G. Vervolgens heeft hij klaagster ingelicht en de verdere zorg weer op zich genomen. I is niet meer bij de behandeling van klaagster betrokken geweest.

Toen J van klaagster vernam dat ze hartkloppingen (na een ablatie van 2 weken daarvoor) had, heeft hij besloten direct een ECG te laten maken; dit was omstreeks 17.35 uur. Na telefonisch overleg met de arts-assistent cardiologie is aan klaagster flecaïnide voorgeschreven, hetgeen zij omstreeks 18.00 uur van een verpleegkundige gekregen heeft. Door middel van een nieuw ECG is het effect hiervan gecontroleerd (op verzoek van K).

2.7 Op 17 oktober 2015 is de CT-abdomen verricht, waaruit bleek dat sprake was van een geperforeerde appendicitis acuta met abcesvorming in het kleine bekken. Klaagster is direct geopereerd en de geperforeerde appendix is toen verwijderd. De abcesholte is toen gespoeld (en niet de gehele buik). De operateur was chirurg in opleiding (6e jaars) K (tegen wie een klacht is ingediend met zaaknummer 16/287). Klaagster is daarna behandeld met antibiotica (5 dagen intraveneus) om abcesvorming te voorkomen. Zij is op 22 oktober 2015 uit het ziekenhuis ontslagen.

2.8 Op 26 oktober 2015 werd klaagster met recidief klachten op basis van twee abscessen in het cavum Douglasi opgenomen in het L.

2.9 Na haar herstel heeft klaagster de Raad van Bestuur van H per brief van 16 november 2015 op de hoogte gesteld van haar ervaringen. Er is toen een onderzoeksgroep geformeerd die de bevindingen heeft neergelegd in een (interne) rapportage van 23 februari 2016. Al eerder, op 8 december 2015, heeft een gesprek plaatsgevonden tussen klaagster en F zorgbestuurder van het ziekenhuis (tegen wie een klacht is ingediend met zaaknummer 16/289) en nog enige andere artsen/leden van de onderzoeksgroep. In het rapport zijn 8 verbetermaatregelen voorgesteld en 2 aandachtspunten geformuleerd, die inmiddels zijn geïmplementeerd. Op 23 februari 2016 heeft een volgend gesprek plaatsgevonden met klaagster.

2.10 Klaagster heeft de Inspectie ingeschakeld en heeft eveneens een klacht ingediend bij de klachtencommissie van het ziekenhuis, waarvan de mondelinge behandeling op 23 november 2016 heeft plaatsgevonden.

### **3. De klacht en het standpunt van klaagster**

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerster onvoldoende zorgvuldig heeft gehandeld naar aanleiding van de gebrekkige vraagstelling van de SEH door niet zelf de anamnese af te nemen en het lichamelijk onderzoek te doen. Het echo-onderzoek dat zij heeft gedaan is incompleet, omdat het kleine bekken niet (goed) in beeld kon worden gebracht. Zij heeft niet de echografische criteria voor de diagnose acute diver-

ticulitis gevolgd. Het ziektebeloop van klaagster is hierdoor onnodig verlengd en er zijn complicaties opgetreden.

#### **4. Het standpunt van verweerster**

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

#### **5. De beoordeling**

5.1 Gezien de klacht van klaagster zoals verwoord in het klaagschrift – nieuwe verwijten die door/namens klaagster in de pleitnotitie zijn opgenomen worden in het kader van een goede procesorde niet beoordeeld – ligt de vraag voor of verweerster onzorgvuldig heeft gehandeld door een echografisch onderzoek uit te voeren, door de wijze waarop zij dit onderzoek heeft verricht en door haar interpretatie van de beelden.

5.2 Ter beantwoording van die vraag stelt het college voorop dat bij klaagster op 17 oktober 2015 een geperforeerde appendicitis acuta met abcesvorming in het kleine bekken is geconstateerd. Vast staat ook dat verweerster dit niet heeft gezien bij het echografisch onderzoek op 15 oktober 2015. Toch maakt dit gegeven niet dat verweerster onzorgvuldig heeft gehandeld. Dit is pas het geval, als kan worden geoordeeld dat verweerster ten onrechte koos voor een echo en/of gezien de beelden als redelijk bekwaam en redelijk handelend radioloog niet tot haar conclusie had kunnen komen. Dit is naar het oordeel van het college niet het geval. In dat verband overweegt het college dat hoewel de vraagstelling gericht was op de diagnose diverticulitis, verweerster ter zitting genoegzaam en duidelijk heeft uitgelegd dat dit geen invloed heeft gehad op de keuze voor een echo. Zowel de NVVH richtlijn acute diverticulitis van het colon als de NVVH richtlijn acute appendicitis schrijft immers echografisch onderzoek voor als het eerst aangewezen diagnostisch onderzoek. De keuze voor een echo was dan ook gerechtvaardigd en verweerster was en is als radioloog zelfstandig bevoegd (dat wil zeggen zonder vooroverleg met arts-assistent L) om in plaats van de gevraagde CT-scan een echo te verrichten.

De vraagstelling “diverticulitis” heeft evenmin invloed gehad op de wijze waarop verweerster het echografisch onderzoek heeft uitgevoerd. Verweerster heeft ook op dit punt ter zitting helder uitgelegd dat zij de hele buik onderzoekt en niet slechts het gebied dat van belang zou kunnen zijn om een reeds veronderstelde diagnose te bevestigen. Dit was in het geval van klaagster niet anders. Verweerster heeft tijdens het onderzoek gecommuniceerd met klaagster en haar gevraagd de pijnlijke gebieden te duiden. Verweerster heeft de pijn gecombineerd met de beelden en duidde een en ander als een ontstekingsbeeld dat zou kunnen passen bij een diverticulitis. Het college acht deze (werk)diagnose verdedigbaar. Dat het kleine bekken niet in beeld kon worden gebracht – klaagster gaf aan daar veel pijn te hebben – doet daar dan ook niet aan af. Dit geldt te meer daar verweerster dit punt heeft onderkend en als vervolgonderzoek een CT-scan adviseerde.

5.3 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht ongegrond is. Verweerster 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 college:

- wijst de klacht af.

Aldus beslist op 21 maart 2017 door:

mr. R.A. Dozy, voorzitter,

dr. W.F. van Tets, dr. B. van Ramshorst en dr. G.A. Hoffland, leden-arts,

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

bijgestaan door mr. J.W. Rouwendal, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter zitting van 2 mei 2017 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. secretaris

w.g. voorzitter