

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2016-026

**Datum uitspraak: 31 januari 2017**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

**A**,  
wonende te B,  
klaagster,  
gemachtigde: mr. I.H.M. Baas, werkzaam te Den Haag,

tegen:

**C**, arts,  
destijds werkzaam te B,  
verweester,  
gemachtigde: mr. W.R. Kastelein, werkzaam te Zwolle.

### 1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:  
- het klaagschrift, ontvangen op 27 januari 2016  
- het verweerschrift  
- de repliek  
- de dupliek  
alle met bijlagen.

1.2 De partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

1.3 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 6 december 2016. De partijen, bijgestaan door hun gemachtigden, en klaagster vergezeld van haar dochter, zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. De gemachtigde van klaagster heeft pleitnotities overgelegd.

1.4 De klacht is behandeld tezamen met de andere, met de klacht samenhangende, klachten zoals bedoeld in artikel 57, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, die bekend zijn onder de dossiernummers: 2016-020, 2016-022, 2016-024 en 2016-028.

## 2. De feiten

2.1 Klaagster is de weduwe van de heer D, geboren in 1941, die is overleden in 2013, hierna te noemen: patiënt. Zij hebben zich tezamen op 26, 27 en 28 oktober 2013 gemeld bij de afdeling SEH van het E, locatie F, te B, wegens buikklachten en braken. Op 28 oktober 2013 is patiënt in het ziekenhuis opgenomen met de diagnose dehydratie en ileus. Na rehydratie is patiënt op woensdag 30 oktober 2013 om 20.00 uur met spoed geopereerd aan een dunne darm ileus.

2.2 Na de operatie is patiënt gedurende de nacht van 30 oktober 2013 ter observatie opgenomen op de afdeling Intensive Care. Later die dag is patiënt overgeplaatst naar een verpleegafdeling (heelkunde). De maaghevel bleef open en patiënt kreeg voeding met TPV.

2.3 Op 1 november 2013 werd de maaghevel afgedopt na het bepalen van de maagretentie en werd gestart met een vloeibaar dieet naast de TPV.

2.4 Verweerster, destijds als arts-assistent niet in opleiding werkzaam op afdeling heelkunde, had op 1 november 2013 vanaf 20.00 uur dienst. Bij de overdracht is haar niet gezegd dat de toestand van patiënt problematisch was of dat zij vaker bij hem langs diende te gaan. Rond 22.00 uur die avond is zij door de verpleging gebeld met de mededeling dat patiënt onrustig was en de infuus- en TPV-lijn had verwijderd. Hij had op dat moment een zogenaamde Spoed Interventie Team(SIT)-score van 5. Verweerster heeft patiënt daarop om ca. 22.15 uur bezocht. Verweerster heeft de anamnese afgenomen en lichamelijk onderzoek verricht. Daarbij vond zij spaarzame hoog klinkende peristaltiek. Verweerster heeft aanvullend bloedonderzoek laten doen en zich voorgenomen een CT van de buik te laten verrichten, indien dat onderzoek aanwijzingen zou geven voor onderliggende ziekten en/of postoperatieve complicaties. Voorts heeft zij bij patiënt een urine-katheter laten plaatsen. Naar aanleiding van de uitslag van het hiervoor bedoelde bloedonderzoek is verweerster vervolgens gestart met de behandeling van de hypoxie door extra zuurstof en vernevelen. Voorts heeft zij de verpleging geïnstrueerd de DOS- en SIT-scores om de twee uur bij te houden.

2.5 Verweerster heeft die nacht patiënt om ca. 01.30 uur opnieuw bezocht. Hij sliep toen. Zijn tachycardie, tachypnoe, SIT- en DOS-scores waren toen gedaald. Wel had patiënt verhoging en was hij nog afhankelijk van zuurstof. Verweerster heeft hem opnieuw om ca. 6.30 uur beoordeeld. Patiënt had toen een SIT-score van 2 en gaf aan klam te zijn geweest. Verweerster vond bij lichamelijk onderzoek pulmonale afwijkingen en heeft in verband daarmee een CT-scan van de buik aangevraagd. Verweerster heeft patiënt vervolgens overgedragen aan de dienstdoende arts-assistent in opleiding tot chirurg, de heer G. Het medisch dossier vermeldt omtrent de door haar tijdens haar dienst aan patiënt afgelegde bezoeken:

*“Vpk: infusen afgetrokken + SIT 5. Pt is onrustig en slaat af en toe de plank mis.*

*AF 40 P 104 T 36.7 RR 118/85 Sat 94% zonder O2 UP 400cc/7u*

*Bij aankomst gespannen man, maakt zich erge zorgen over dat de buik niet op gang is. Wil rondlopen om te stimuleren daarom infusen afgekoppeld. Naarmate gesprek vordert wordt pt iets rustiger en reageert adequaat, niet verward. Geen pijn. Geen benauwdheid. Flatus + Def -.*

*LO/*

*Infuus: 10cc/u NaCl. Oraal. 600cc. TPV 1.51.*

*Hoge AF, niet dyspnoeisch*

*CVC: rustige insteek*

*Pulm: NAG alle velden*

*abd: bolle buik. drukgevoelig 1 OQ en caudaal v mediane litteken. geen peristaltiek.*

*hoge pingels hoog in de buik.*

*C/DULK 7/8. Beginnend delirant? Hypoxisch?*

*B/*

- *co a 2 uur*
- *CT scan in de morgen?? ABG?*
- *CAD*

-----  
*Slaapt*

*AF 28 P92 RR 121/78 Sat91% met 21 O2 138.2*

*DULK 6*

*Lab: ureum 11.6 (16.2) Kreat 103 (150) L 9,2 Hb 8.2 CRP 201 (337)*

*B/herbeoordelen*

-----  
*Adequaat maar vraagt af en toe rare dingen. Flatus +. Heft CAD geweigerd.*

*UP: 150cc/8u (=18cc/u)*

*Klinkt nu vol.*

*Klam/ veel gezweet*

*Pulm: basaal piepen + rhonchi*

*Abd: spaarzame peristaltiek, oedeem van de buik*

*Slanke enkels. CVD iets verhoogd.*

*B/*

- *vernevelen*
- *adequate VB!*
- *Overgedragen aan dagdienst: Septisch? Extravasaal overvuld? Pulmonaal focus?"*

2.6 De heer G zag patiënt tijdens de ochtendvisite rond 11.30 uur. Patiënt zat toen in een stoel de krant te lezen. Hij klaagde niet over buikpijn. Wel was hij benauwd. Een die dag gemaakte thoraxfoto liet uitgezette dunne darmlissen zien. Een later die gemaakte CT-scan gaf geen aanwijzingen voor een naadlekkage of een abces. Wel werd patiënt daarna weer een maaghevel gegeven.

2.7 Verweerster had die dag – 3 november 2013 – opnieuw avond- en nachtdienst. Haar zijn bij de overdracht geen bijzonderheden omtrent patiënt meegedeeld. Rond middernacht is zij door de verpleging gebeld. Patiënt had op dat moment een SIT-score van 6 en was onrustig. Verweerster, die zich toen bij een patiënt op de SEH bevond, heeft de verpleging geïnstrueerd patiënt intramusculair Lorazepam toe te dienen om hem te kalmeren om zo adequaat zuurstof te kunnen toedienen en klaagster gebeld met het verzoek naar het ziekenhuis te komen om bij patiënt te overnachten. Verweerster heeft hierna een patiënt op de SEH behandeld en is daarna naar patiënt gegaan. Verweerster heeft contact opgenomen met haar supervisor, die haar adviseerde de dienstdoende longarts te raadplegen. Verweerster is hierna opnieuw naar de SEH gegaan om een patiënt te beoordelen en heeft op weg naar de SEH gebeld met de dienstdoende longarts (op dat moment een arts-assistent in opleiding tot longarts). Deze adviseerde verweerster door te gaan met vernevelen, de zuurstof op te hogen en een arterieel bloedgas af te nemen. Verweerster heeft de verpleging dienovereenkomstig geïnstrueerd en verzocht de spullen voor een arterieel bloedgas klaar te leggen. Nadat verweerster de desbetreffende patiënt op de SEH had behandeld, is zij teruggegaan naar patiënt. Toen verweerster bij hem aankwam, zag hij grauw en werden de vitale controles herhaald. Patiënt had toen een SIT-score van 8, zakte weg en begon naar adem te happen. Verweerster heeft daarop een SIT-oproep gedaan, is met de reanimatie gestart, die door het SIT-team, dat kort daarna arriveerde, is overgenomen, en heeft haar supervisor gebeld, die eveneens naar patiënt is gekomen. Patiënt is om ongeveer 3.20 uur overleden. Verweerster heeft tijdens deze dienst het volgende genoteerd in het medisch dossier:

*“Vpk: pt weigert te vernevelen is onrustig*

*Bij co sat van 88% bij 21 O2 --> opgehoogd naar 51. maar trekt het af --> weigert med --> advies lorazepam im om te kalmeren en O2 alsnog toe te dienen en te kunnen vernevelen.*

*Bij aankomst is pt adequaat maar heeft geen ziekteinzicht. Wil graag wat drinken snapt niet waarom. Vrouw komt op dat moment in huis. Pt wordt hierdoor rustiger en voert opdrachten goed uit.*

*T36.4 P 98 RR 143/83 AF 25 Sat89% bij 5LO2*

*Cave adem prikkel bij COPD --> lom H/Longarts ABG en door met vernevelen*

*Bij aankomst voor ABG*

*T 38.3 P100 RR 159/91 AF 40 Sat 87%*

*Pt ziet grauw --> SIT oproep --> pt begint te gaspen --> rea sein uit gezet --> begonnen met reanimeren met vpk --> na circa 2 blokken rea team aanwezig (CCU vpk/IC vpk/ cardio arts/ ic arts) --> bij vierde blok is pt geintubeerd --> 4H's: hypoxie (tube): hypovolemie (...)*

2.8 In het verslag van de verpleging is bij 4 november 2013 om 00.00.37 uur genoteerd:

*“Hr is erg achterdochtig, wil drinken en zegt morgen naar de politie te gaan omdat wij niks geven. Klinkt vol op de borst, weigert op te hoesten of meer rechtop te zitten. Arts op de hoogte van onrust, is nu bezig op SEH komt zo kijken. Sat 89% AH 25, O2 op 4 ltr gezet.” en om 01.07.42 uur:*

*“Protocol delier wordt opgestart, echtgenote is aanwezig, Arts heeft met dhr gesproken, wantrouwt ons nog steeds Dos score is bepaald, gaarne overdag herhalen! hr heeft 1 mg lorazepam im gekregen, echtgenote blijft vannacht bij dhr.”*

en om 02.56.38 uur:

*“Bij komst van arts bleek Dhr te gaspen, reanimatie is gestart en team wordt gebeld. [...] aangesloten om 2.59 echtgenote is bij reanimatie aanwezig, dhr is geintubeerd Om 3.19 nog bezig met reanimatie 3.21 laatste reanimatieblok gestart Hr is om 3.23 overleden.”*

### **3. De klacht**

De klacht luidt – samengevat - als volgt.

- a. Verweerster heeft in de avond en nacht van 2 november 2013, gelet op de bij patiënt op een delier wijzende symptomen, nagelaten een adequaat beleid te voeren. Zij heeft in strijd met het SIT-protocol nagelaten de hulp en expertise van het SIT-team in te roepen.
- b. Verweerster heeft in de nacht van 3 op 4 november 2013 opnieuw in strijd met voornoemd protocol gehandeld, toen haar een SIT-score van 6 werd gemeld. Het heeft ongeveer drie uur geduurd, voordat verweerster bij patiënt aankwam om de geadviseerde bloedgasen te bepalen, zodat in strijd met het protocol niet binnen 30 minuten na de SIT-melding een behandelplan gereed was. Evenmin heeft zij alsnog het SIT- team opgeroepen.

### **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 Omtrent het eerste onderdeel van de klacht oordeelt het College als volgt. Verweerster heeft aangevoerd dat zij in de avond van 2 november 2013 dacht aan een beginnend delirant beeld, mogelijk ook aan hypoxie, en dat zij vooralsnog geconcludeerd heeft tot een eenmalige verwardheid, mogelijk passend bij postoperatieve complicaties, differentiaal diagnostisch bij pulmonaire pathologie, en dat zij om deze waarschijnlijkheidsdiagnoses verder te differentiëren aanvullend bloedonderzoek heeft laten verrichten. Naar het oordeel van het College heeft verweerster in redelijkheid tot deze conclusies heeft kunnen komen en kunnen afzien van het oproepen van het SIT-team. De enkele omstandigheid dat patiënt op dat moment een SIT- score van 5 had, was voor het oproepen van dit team niet doorslaggevend, wel voor het bepalen van een beleid. Op dat moment bestonden geen (andere) alarmsignalen. Dat patiënt de infuus- en de PVT-lijn had uitgetrokken, vormde op zichzelf niet een zodanig signaal.

5.2 Patiënt had wel een versnelde ademhaling. Daarop heeft verweerster ook gehandeld. Het verhogen van de zuurstof en vernevelen was in dat verband geen onjuiste behandeling. Verweerster heeft, zoals ook uit het medisch dossier blijkt, de toestand van patiënt die nacht opnieuw beoordeeld, waarbij deze door de ingezette behandeling leek te verbeteren.

5.3 Dat verweerster haar supervisor tijdens deze dienst over patiënt niet heeft geraadpleegd, acht het College, gelet op haar bevindingen met betrekking tot patiënt, niet verwijtbaar. Op grond van de door haar gestelde diagnose en de reactie van patiënt op de door haar ingestelde behandeling heeft zij daarvan immers in redelijkheid kunnen afzien.

Dit onderdeel van de klacht is derhalve ongegrond.

5.4 Omtrent het tweede onderdeel van de klacht overweegt het College als volgt. Naar het oordeel van het College heeft verweerster adequaat gehandeld toen de verpleging haar in de nacht van 3 op 4 november meldde dat patiënt onrustig was en een SIT-score van 6 had. Zij heeft een beleid ingezet, dat, gelet op haar bevindingen met patiënt gedurende de daaraan voorafgaande dienst, niet onlogisch was. Zij heeft in redelijkheid kunnen besluiten eerst een patiënt op de SEH, die, zoals door haar onweersproken is aangevoerd, op dat moment ook haar aandacht vroeg, te gaan beoordelen, alvorens patiënt te onderzoeken. Partijen verschillen van mening over het tijdsverloop tussen het telefoontje van de verpleging en het tijdstip waarop verweerster daarna bij patiënt is aangekomen. Uit de hiervoor aangehaalde passage uit het verpleegkundig verslag blijkt dat dit in ieder geval vóór ongeveer 01.00 uur moet zijn geweest. Niet gebleken is dat verweerster nadat zij de desbetreffende patiënt op de SEH had beoordeeld, onnodig heeft getalmd met naar patiënt te gaan.

5.5 Eenmaal bij patiënt aangekomen heeft verweerster adequaat gehandeld door haar supervisor te bellen en de instructies van haar supervisor op te volgen. Naar het oordeel van het College heeft verweerster, op grond van haar bevindingen met betrekking tot patiënt op dat moment, zoals die uit de hiervoor aangehaalde passage in het medisch dossier blijken, en het advies van haar supervisor, in redelijkheid kunnen besluiten nogmaals een patiënt op de SEH te gaan beoordelen.

5.6 Partijen verschillen eveneens over het tijdsverloop tussen dit en het volgende bezoek aan patiënt. Uit de hiervoor aangehaalde passage in het verpleegkundig verslag blijkt dat dit in ieder geval vóór ongeveer 03.00 uur moet zijn geweest. In het midden kan blijven hoe laat verweerster precies gearriveerd is, nu niet gebleken is dat zij, nadat zij ten tweede male een patiënt op de SEH had beoordeeld, onnodig getalmd heeft met het afleggen van een volgend bezoek aan patiënt. Eenmaal aangekomen bij patiënt heeft verweerster, gelet op de toestand van patiënt, juist gehandeld, door de reanimatie op te starten, het SIT-team op te roepen en haar supervisor te bellen. Dit onderdeel van de klacht is derhalve eveneens ongegrond.

5.7 De conclusie is dat verweerster met betrekking tot de klacht geen verwijt zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg kan worden gemaakt. De klacht zal dan ook als ongegrond worden afgewezen.

## **6. De beslissing**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag beslist als volgt:

wijst de klacht af.

Deze beslissing is gegeven door mr. L.J. Sarlemijn, voorzitter, mr. H. Uhlenbroek, lid-jurist, dr. G.J. Dogterom, prof. dr. J.F. Hamming en dr. E.A. Dubois, leden-artsen, bijge-

staan door mr. R.C. Kruit, secretaris en uitgesproken in het openbaar op 31 januari 2017.

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 het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem 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

Den Haag, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.