

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2016-214b

Datum uitspraak: 3 januari 2017

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

A,
wonende te B,
klager,
gemachtigde: mr. R. Zwiers, werkzaam te Schiedam,

tegen:

C, arts,
werkzaam te B,
verweerder,
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 met bijlage, ontvangen op 26 juli 2016
- het verweerschrift met bijlagen
- foto's van de patiënte ontvangen van klager op 5 september 2016

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 8 november 2016. De partijen zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Klager werd vergezeld door zijn dochter en bijgestaan door mr. Zwiers, zijn gemachtigde, en D, tolk; verweerder werd bijgestaan mr. F. Lijffijt, kantoorgenoot van mr. Kastelein. Mr. Zwiers heeft pleitnotities overgelegd. 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: 2016-214a en 2016-214c.

2. De feiten

2.1 Klager is de echtgenoot van E, geboren in 1947 en overleden in 2016 (hierna: patiënte).

2.2 Verweerder is sinds 1 april 2016 werkzaam op de afdeling IC van het F te B als arts-assistent niet in opleiding. Op 1 februari 2016 heeft hij zijn BIG-registratie verkregen. Verweerder is op 4 mei 2016 voor het eerst betrokken geraakt bij patiënte.

2.3 Op 26 maart 2016 is patiënte tegen middernacht op de afdeling Spoedeisende Hulp (hierna: SEH) van het F, locatie G, binnengebracht, waarna zij is opgenomen op de afdeling Interne Geneeskunde wegens verdenking op een longembolie. Op 27 maart 2016 is een CT-scan verricht waarbij geen longembolieën werden vastgesteld. Wel werd een aneurysma van de distale thoracale aorta gezien.

2.4 Op 28 maart 2016 is een vasculaire stent in de aorta geplaatst (TEVAR-procedure) door de vaatchirurg in samenwerking met de radioloog. Patiënte ontwikkelde een acute (op chronische) nierfunctiestoornis, waarschijnlijk door een contrastnefropathie, waarvoor het advies van een internist/nefroloog is gevraagd. Op 6 april 2016 is patiënte naar huis ontslagen met medicatie en bloeddrukcontrole via de huisarts.

2.5 Op 18 april 2016 is patiënte door de huisarts naar de SEH verwezen vanwege algehele malaise sinds haar ontslag uit het ziekenhuis. Er was sprake van persisterende misselijkheid en braken en rugpijn thoracaal / tussen de schouderbladen. Een CT-thorax toonde geen afwijkingen, c.q. heelkundig probleem. Patiënte is vervolgens opgenomen op de afdeling Interne Geneeskunde. In verband met lage saturaties is op 26 april 2016 een CT-scan verricht ter uitsluiting van een longembolie en mogelijke overvulling. Er bleken evenwel geen aanwijzingen voor longembolieën als oorzaak of consolidaties. Wel werd enig pleuravocht links basaal gezien. Getracht werd om met plasmedicatie de dyspneu te behandelen. Het was evenwel moeilijk een evenwicht te vinden tussen teveel vocht waardoor kortademigheid optrad en te weinig waardoor de nierfunctie werd belemmerd.

2.6 Op 4 mei 2016 in de avond heeft verweerder naar aanleiding van een oproep van de afdeling Interne Geneeskunde voor een SIT-consult vanwege toenemende dyspneu patiënte mede beoordeeld. Verweerder zag geen IC-indicatie. Bij herbeoordeling door verweerder en een collega arts-assistent die de dienst van verweerder overnam rond middernacht werd opname op de afdeling IC wederom niet geïndiceerd geacht.

2.7 Op 5 mei 2016 was er sprake van snel toenemende dyspneu, waarbij patiënte toenemend zuurstofbehoefstig was en is zij na een SIT-oproep opgenomen op de afdeling IC. Na het maken van een CT-scan bleek sprake te zijn van een eerder, op de CT-scan van 26 april 2016, niet onderkende compressie van de linker hoofdbronchus door een weke delen zwelling rondom de TEVAR. Ook rechts was sprake van compressie, echter meer distaal.

2.8 Op 6 mei 2016 is patiënte overgeplaatst naar het H (H) voor een mogelijke stentplaatsing. In multidisciplinaire evaluatie aldaar is vastgesteld dat operatief ingrijpen geen optie was en is besloten een dumon Y-stent in de hoofdcarina te plaatsen. Op 7 mei 2016 is patiënte teruggeplaatst naar de afdeling IC van het F om te trachten de beademing af te bouwen (weanen) en verslechtering te voorkomen.

2.9 Op verzoek van patiënte en de familie is patiënte op 22 mei 2016 teruggeplaatst naar het H. Op 23 mei 2016 is patiënte overleden.

3. De klacht

Klager verwijt verweerder dat hij patiënte op 4 mei 2016 niet direct op de IC heeft laten opnemen, waardoor er tijdsverlies is ontstaan. In plaats daarvan heeft verweerder plasmedicatie en morfine geadviseerd, wat de verkeerde medicatie was.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder de klachten en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

5.1 Het College stelt vast dat verweerder alleen op 4 mei 2016 in de avond bij de behandeling van patiënte betrokken is geweest, toen hij dienst had op de afdeling Intensive Care en om een zogeheten SIT-consult werd gevraagd. Bij de overdracht door een collega kreeg verweerder de melding dat patiënte een toenemende zuurstofbehoefte had na het staken van diuretica enkele dagen eerder. Na onderzoek, waarbij verweerder mogelijke alternatieven heeft overwogen, heeft hij de supervisor, de dienstdoende intensivist, telefonisch geraadpleegd. Na overleg werd besloten om patiënte furosemide toe te dienen in combinatie met nitroglycerine. Een herbeoordeling samen met verweerder vond die middernacht plaats, waarbij opnieuw na overleg met de supervisor werd besloten om te adviseren morfine toe te dienen.

5.2 Gelet op het doel van een SIT-consult, te weten een vroege herkenning en acute noodzaak van behandeling van de patiënt die het risico op ernstige complicaties loopt, heeft verweerder na onderzoek van patiënte en overleg met de supervisor geen reden gezien tot het nemen van spoedeisende maatregelen, of opname op de IC. Die beslissing is juist geweest, nu de bij het onderzoek gebleken objectieve gegevens opname op de IC niet nodig maakten.

5.3 Wat betreft het verwijt van verkeerde medicatie geldt het volgende. Op 4 mei 2016 mocht verweerder uitgaan van de eerder gestelde en door andere artsen gevolgde diagnose van overvulling als oorzaak van de ernstige klachten van patiënte. Pas op 5 mei 2016 is bij herbeoordeling van een eerder gemaakte CT-scan de ware oorzaak, een compressie van de linker hoofdbronchus door een hematoom bij de TEVAR ontdekt. Dit betreft echter een zeer zeldzame complicatie, namelijk een door een thoracaal aneurysmazak veroorzaakte compressie van de linker hoofdbronchus. Verweerder behoefde er bij het gevolgde medicatiebeleid, waartoe bovendien in overleg met de supervisor was besloten, geen rekening mee te houden dat de tot dat moment gevolgde diagnose onjuist was. Dit onderdeel van de klacht is dan ook ongegrond.

5.4 Namens klager is ter zitting nog naar voren gebracht dat het juist in bijzondere gevallen met veel vraagtekens op de weg ligt van de betrokken artsen om bij collega's of artsen in hun kring of specialisten elders (buiten het ziekenhuis) te raden te gaan voor overleg en advies. Aannemende dat deze stelling ook bedoeld is richting verweerder, kan hier worden overwogen dat de stelling juist is. Dit neemt echter niet weg dat

het in dergelijke bijzondere gevallen onvermijdelijk is om eerst via eigen onderzoek en zo nodig na overleg met en advies van andere collega's de ware oorzaak van de klachten op te sporen. Daarvoor is meestal tijd nodig. Helaas heeft dit patiënte niet kunnen baten. Zoals hiervoor overwogen is het verweerder niet te verwijten dat hij patiënte niet heeft kunnen helpen.

5.5 De conclusie is dat verweerder met betrekking tot de klacht geen verwijt zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a, 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. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. M.E. Groeneveld-Stubbe, lid-jurist, G.A. van Meer, dr. E.A. Dubois, dr. J.W. van 't Wout, leden-artsen, bijgestaan door mr. I.C.M. Spitters-Vermeulen, secretaris en uitgesproken in het openbaar op 3 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.