

## **REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

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

**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**, internist,  
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 2016-214b.

## 2. De feiten

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

2.2 Verweerder is als internist-intensivist werkzaam op de afdeling IC van het F. Hij had in het Paasweekend, 26 en 27 maart 2016, dienst op de afdeling IC.

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 CTA verricht waarbij een aneurysma van de distale thoracale aorta werd gezien.

2.4 Na het bekend worden van de CT-uitslag is patiënte op 27 maart 2016 na overleg tussen de vaatchirurg en de afdeling IC op laatstgenoemde afdeling opgenomen ter tensiebewaking.

2.5 Op 27 maart 2016 heeft verweerder een gesprek met de familie gevoerd.

2.6 Op 28 maart 2016 is een vasculaire stent in de aorta geplaatst (TEVAR-procedure) door de vaatchirurg in samenwerking met de radioloog. Na deze procedure is patiënte op de afdeling IC teruggekeerd tot 31 maart 2016 voor hemodynamische bewaking, waarna zij is overgeplaatst naar de afdeling Heelkunde. Op 6 april 2016 is patiënte naar huis ontslagen met medicatie en bloeddrukcontrole via de huisarts.

2.7 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. Een longembolie als oorzaak van de lage saturaties is uitgesloten. Patiënte werd in meerdere en mindere mate behandeld met furosemide in verband met mogelijke overvulling.

2.8 Op 5 mei 2016 was er sprake van snel toenemende dyspneu waarbij patiënte toenemend zuurstofbehoefstig was en zij is na een SIT-oproep opgenomen op de afdeling IC. Na het maken van een CT-thorax 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.

2.9 Op 6 mei 2016 heeft verweerder wederom met de familie gesproken.

2.10 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.

2.11 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 informatie heeft achtergehouden of daarvoor verantwoordelijk is geweest en dat patiënte na de operatie op 28 maart 2016 ten onrechte naar huis is gestuurd.

### **4. Het standpunt van verweerder**

Verweerder heeft 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 voorop dat verweerder als internist-intensivist alleen verantwoordelijk kan worden gehouden voor zijn handelen op de IC, derhalve niet voor medische handelingen op andere afdelingen. Uit de feiten volgt dat verweerder voor het eerst bij de behandeling van patiënte betrokken is geweest op 26 maart 2016, toen patiënte tegen middernacht op de afdeling Spoedeisende Hulp werd binnengebracht, en op 27 maart 2016 toen hij blijkens zijn mededeling in het verweerschrift dienst had en bij het familiegesprek rond patiënte betrokken is geweest.

5.2 Verweerder bestrijdt dat hij, zoals klager hem verwijt, informatie heeft achtergehouden. Het College heeft echter niet kunnen vaststellen dat verweerder bewust hem bekende gegevens heeft achtergehouden. Voor zover klager erop doelt dat verweerder bij het familiegesprek van 27 maart 2016 klager niet of onjuist heeft geïnformeerd over de ware stand van zaken en de voorgenomen ingreep op 28 maart 2016 bij patiënte, kan verweerder ook daarvan geen verwijt worden gemaakt. Verweerder wist tijdens dat gesprek niet meer dan dat de diagnose symptomatisch aneurysma was gesteld. Voor die diagnose was verweerder overigens niet verantwoordelijk nu die eerder voor de opname van patiënte op de IC elders op een andere afdeling was gesteld. Pas later, begin mei 2016, is duidelijk geworden dat sprake was van een compressie van de linker hoofdbronchus die als de oorzaak van de blijvende ernstige klachten van patiënte moest worden geduid. Uit het verweerschrift blijkt dat verweerder zich bij het gesprek met de familie terughoudend heeft opgesteld over de oorzaak en de diagnose. Hij heeft zich beperkt tot het bespreken van de reden van opname op de IC en van het behandelplan. Een dergelijke opstelling is juist, al was het alleen al omdat verweerder de diagnose niet had gesteld en zich begrijpelijkerwijze niet op het terrein van zijn collega's wilde begeven. Dat zou dan kunnen leiden tot misverstanden, waar de familie niet bij gebaat zou zijn. Hieraan moet worden toegevoegd dat evenmin is gebleken dat verweerder de familie bij het gesprek niet adequaat – over de uitslag van de CT-thorax bijvoorbeeld – heeft ingelicht.

5.3 Ook op 6 mei 2016 is verweerder bij patiënte betrokken geweest. Toen was de nadere uitslag van de CT-thorax van 5 mei 2016 bekend. Toen heeft verweerder volgens

zijn stellingen de familie geïnformeerd en ervoor gezorgd dat patiënte werd overgebracht naar het

H. Er zijn geen aanwijzingen dat verweerder toen onjuiste informatie heeft gegeven, laat staan dat hij bewust informatie heeft achtergehouden.

5.4 Na de operatie op 28 maart 2016 heeft patiënte tot 31 maart 2016 op de afdeling IC gelegen, waarna zij is overgeplaatst naar de afdeling Heelkunde. Bij de behandeling op de afdeling Heelkunde en de beslissing om patiënte op 6 april 2016 met ontslag te laten gaan is verweerder niet betrokken geweest, zodat het verwijt aan verweerder dat patiënte na de operatie op 28 maart 2016 ten onrechte naar huis is gestuurd ongegrond is.

5.5 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 specialismen elders (buiten het ziekenhuis) te raden te gaan voor overleg en advies. Deze stelling is juist, maar dit neemt niet weg dat het in dergelijke bijzondere gevallen onvermijdelijk is om via 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, zoals ook in dit geval, nodig. Helaas heeft dit patiënte niet kunnen baten. Dat verweerder hierin geen rol heeft kunnen spelen, valt hem niet te verwijten.

5.6 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.