

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2019/031

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 8 januari 2019 bij het Regionaal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg te Den Haag en – na doorzending – op 16 januari 2019 bij dit college binnengekomen klacht van:

1) A,

klager,
en zijn echtgenote

2) B,

klaagster,
beiden wonende te C,
k l a g e r s,
gemachtigde: mr. A. van der Weijden, advocaat te Haarlem,

tegen

D,

anesthesioloog,
destijds werkzaam te E,
v e r w e e r d e r,
gemachtigde: mr. A.C. de Die, advocaat te Amsterdam.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met 4 bijlagen;
- het verweerschrift met 1 bijlage;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- de brief van (de gemachtigde van) verweerder van 18 april 2019 met bijlage 2;
- de brief van (de gemachtigde van) klagers van 1 mei 2019.

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

De klacht is op 10 mei 2019 op een openbare zitting behandeld.

Partijen waren aanwezig, vergezeld van hun respectieve gemachtigden, die beiden een pleitnota hebben voorgedragen, evenals klaagster die ook een mondelinge voordracht heeft gehouden (in afschrift verstrekt aan de secretaris van het college).

2. De feiten

2.1. Op 3 april 2016 heeft klager (geb. mei 1967) een ongeval gehad bij een motorcross. Klager is met de ambulance overgebracht naar de SEH. Hij was hemodynamisch stabiel, de gehele buik was drukpijnlijk en de klachten pasten bij een stomp buiktrauma. Beeldvorming van de buik werd nodig geacht.

2.2. De volgende diagnostische onderzoeken zijn onder meer verricht: X-thorax, waarbij geen fractuur of pneumothorax waarneembaar was, ECG-onderzoek vertoonde geen bijzonderheden, Lab-onderzoek: Hb 10,0, Leuko's 3,6, kalium 2,6, Kreat 116, MDRD 58, glucose 6,8 en CRP < 5, CT-abdomen: geen vrij lucht, vocht rondom dunne darm, geen verdere afwijkingen en intra-abdominale organen meest passend bij contusie dunne darm. In de conclusie van het SEH-verslag staat vermeld: *Dunne darm contusie bij HET (hoog energetisch trauma) stuur versus buik*. De verdenking van een intracerebraal letsel was laag.

2.3. Op basis van de diagnose en het traumamechanisme is besloten om klager op te nemen op de klinische verpleegafdeling (traumatologie) ter observatie. Klager is aldaar overgenomen rond 13.00 uur. Klager bleef wel pijn houden in de buik, waarvoor pijnmedicatie werd gegeven.

2.4. In de ochtend van 4 april 2016 constateerde de verpleegkundige dat klager een zieke indruk maakte, nog niet verontrustend maar zij was wel alert op mogelijke problemen. Om 11.20 uur is een tweede CT-scan gemaakt. Dit veroorzaakte door de liggende houding van klager meer en andere pijn. In het verslag van de radioloog staat onder meer: *“... nu toch toename van een matige hoeveelheid vrij vocht rond de lever met name ook rond de milt. (...) sterk verdenking miltletsel met mogelijk miltruptuur rond de milt zelf. (...) Conclusie: Sterke aanwijzingen miltletsel, daarnaast mogelijk ook mesenteriaal vaatletsel retroperitoneaal vocht”*.

Rond 15.00 uur heeft de chirurg besloten te kiezen voor een conservatieve behandeling met overplaatsing van klager naar de IC ter observatie in verband met verdenking op een miltruptuur met kans op een miltbloeding en een jejunumcontusie (kneuzing dunne darm).

2.5. Verweerder had op de IC dienst van 4 april 2016 15.00 uur tot 5 april 2016 08.00 uur. De rol van verweerder zal hierna ook vermeld worden, zoals kenbaar uit het “Reactieformulier melding calamiteiten in ziekenhuizen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg”, verder te noemen ‘het Calamiteitenrapport’ (productie 1 klaagschrift), dat op inhoud niet bestreden is.

2.6. Tijdens de dagdienst van 4 april 2016 heeft de verpleegkundige op basis van het klinisch beeld, laboratoriumonderzoek en traumamechanisme gedacht aan een perforatie en niet aan een bloeding gezien het hoge Hb-gehalte. Dit vermoeden heeft de verpleegkundige gedeeld met verweerder die dit vermoeden (uiteindelijk) niet overnam, omdat deze aandoening zeer zeldzaam is en het door de radioloog opgestelde CT-verslag van enkele uren daarvoor geen verdenking op een ruptuur liet zien. Ook omdat de chirurg deze diagnose verworpen had heeft verweerder deze diagnose in

eerste instantie uitgesloten geacht, zo bleek ter zitting. Het afgesproken beleid werd voortgezet. Aan het einde van de dienst van de verpleegkundige heeft zij haar "niet pluis" gevoel weer met verweerder besproken. Volgens verweerder had een perforatie van de (dunne) darm afwijkingen op de CT-scan moeten geven (vrij lucht, inhomogeen aspect van het vrije vocht en contrastlekkage). Rond 18.00 uur heeft de dienstdoende chirurg de beelden van de CT-scan abdomen (van 11.20 uur) opnieuw beoordeeld. Er is toen eveneens een thoraxfoto gemaakt (rond 18.15 uur) met de vraag of sprake was van een longcontusie of infiltraat. De uitslag luidde: "... enige atelectase en pleuravocht links bij licht versterkte vaattekening." Er is toen wel besloten tot ademhalingsondersteuning (non invasieve beademing, NIV) en er is ook gestart met antibiotica intraveneus, IV.

Vanwege het hoge Hb-gehalte en de adequate pijnstilling werd het chirurgisch beleid niet bijgesteld. Er werd wel een Hb-controle voor 21.00 uur afgesproken.

2.7. Bij aanvang van de avonddienst van 4 april 2016 was klager hemodynamisch stabiel, al maakte hij volgens de verpleegkundige wel een zieke, matte indruk. Blijkens het onderzoek van verweerder was er drukpijn in de bovenbuik zonder loslaatpijn en was geen peristaltiek hoorbaar. Er is vanaf 20.30 uur gestart met continue pijnbestrijding. Het Hb-onderzoek werd verricht om 20.45 uur en het Hb-gehalte bleef onveranderd hoog. In de loop van de avond nam de hartfrequentie toe en daalde de zuurstofsaturatie. Verweerder heeft klager meerdere keren klinisch beoordeeld. Ondanks vochttoediening bleef de urineproductie laag en de hartfrequentie hoog. Verweerder vermoedde dat de pulmonale verslechtering, beginnende atelectase en de hoge hartfrequentie mogelijk verklaard konden worden door een long/hartcontusie, temeer daar de diagnose darmletsel eerder op de dag verworpen was door radioloog en chirurg. Dit was tevens de werkhypothese. Vanwege het hoge Hb-gehalte werd een bloeding van lever/milt uitgesloten.

2.8. De verpleegkundige bleef zich veel zorgen maken over de klinische situatie van klager. Ondanks meermalen overleg en gezamenlijke beoordeling met verweerder had de verpleegkundige de indruk dat het urgentiegevoel door hen verschillend werd geïnterpreteerd. Deze zorgen en de klinische achteruitgang heeft de verpleegkundige uitgebreid overgedragen aan de verpleegkundigen van de nachtdienst.

2.9. Omstreeks 23.30 uur heeft verweerder klager opnieuw beoordeeld vanwege de geleidelijk verslechterende klinische situatie. Op de controlefoto van de thorax zag verweerder om 00.02 uur een toename van de atelectase en pleuravocht links ten opzichte van de foto van de avond ervoor. Naast het ECG heeft verweerder ook nog een echo van het hart gemaakt in verband met de verdenking op een contusio cordis ten gevolge van het traumatisch ongeval. Verweerder en de dienstdoende cardioloog hebben gezamenlijk geconcludeerd dat geen sprake was van een harttamponade; de hoge hartfrequentie werd ook niet veroorzaakt door een hartritmestoornis. Het klinische beeld zou kunnen passen bij een contusio cordis ten gevolge van het ongeval (waarschijnlijkheidsdiagnose).

2.10. Verweerder heeft zelf nog een echo abdomen (buik) gemaakt (veel vocht bij de milt en weinig vocht bij de nieren en in de holte van Douglas) en heeft daarover overleg gevoerd met de dienstdoende radioloog (rond middernacht). Verweerder vroeg daarbij om een nieuwe CT-scan omdat hij het beeld niet goed begreep. Omdat de bevindingen van de echo overeenkwamen met de meest recente CT-scan van de abdomen meende

de radioloog dat een controle CT-scan geen meerwaarde zou hebben. De radioloog gaf daarbij aan dat als men zekerheid wilde hebben over de aard van de grote hoeveelheid abdominaal vocht dat dan geopereerd moet worden (of een peritoneale tap uitgevoerd zou moeten worden). Verweerder vond het niet nodig om een chirurg te bellen omdat het Hb-gehalte stabiel bleef (uit labonderzoek van 0.15 uur) en er niet sprake was van een acute buik. Bovendien meende verweerder dat de chirurg ook een CT-scan zou willen hebben en dat werd nu juist door de radioloog als niet zinvol beschouwd.

2.11. Bij het labonderzoek van 0.15 uur bleek wel een verhoging van amylase en een gestegen lactaatgehalte, dat volgens verweerder bij een shock paste. Een verhoogd amylasegehalte wordt vaak gezien bij zieke IC-patiënten. Vanwege de hoge hartfrequentie, de inmiddels ontstane hoge temperatuur (39,0 C) en het verhoogd lactaatgehalte is besloten om een centrale- en arteriële lijn in te brengen en is gestart met bloed-drukverhogende medicamenten en extra vochttoediening. De symptomen die patiënt inmiddels vertoonde kon verweerder niet verklaren met de aanvankelijke werkdiagnose miltruptuur. Verweerder heeft toen, omdat hij zich grote zorgen maakte over klager, gedurende de hele nacht gezocht naar een diagnose na uitsluiting van alternatieve diagnoses (pagina 9 van het Calamiteitenrapport). Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in de "diagnose" SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome), een niet-bacteriële ontsteking die kan ontstaan ten gevolge van een trauma; de verschijnselen van SIRS zijn hetzelfde als bij een sepsis. Het onderscheid tussen SIRS en sepsis kan alleen op basis van kweken worden gemaakt, die dan ook zijn afgenomen. Volgens verweerder kan een hart- of longcontusie dus een SIRS veroorzaken.

2.12. Rond 05:00 uur leek de klinische situatie zich te stabiliseren, het lactaatgehalte was gedaald en de bloeddrukverlagende medicatie kon worden afgebouwd.

2.13. Om 07.30 uur werd klager weer beoordeeld door verweerder. Klager was op dat moment hemodynamisch stabiel en leek goed gereageerd te hebben op de ingezette behandeling. Omdat klager een erg zieke indruk maakte en er grauw uitzag, heeft verweerder besloten de chirurg te bellen. Er zijn toen twee chirurgen gekomen die klager hebben beoordeeld. Hun conclusie was dat sprake was van een plankharde buik passend bij een peritonitis; daarnaast werd geconstateerd dat sprake was van een abdominaal compartiment syndroom omdat de peritoneale druk erg hoog was. Er werd een indicatie gegeven voor een spoedlaparoscopie, die uitgevoerd zou worden door een andere chirurg.

2.14. Klager kwam om 08.20 uur aan bij het operatiecomplex. Tijdens de start van de anesthesie raakte klager in een reanimatiesetting waarbij tijdens de intubatie ook veel maaginhoud werd geaspireerd. Er was geen eigen hartritme / output meer. Na 20 minuten reanimatie ontstond weer een eigen hartactie met output. Tijdens de reanimatie heeft de chirurg wel de buik geopend ter decompressie en om deze intra-abdominaal te inspecteren. Er was sprake van een jejunumruptuur die werd overhecht. Bij verdere inspectie heeft de chirurg geen traumatisch letsel gezien aan het dunne en dikke darmpakket. Er werd geen actieve bloeding waargenomen. Klager is teruggeplaatst naar de IC voor verdere behandeling.

2.15. Klager heeft ten gevolge van de circulatiestilstand / reanimatie blijvende neurologische schade opgelopen.

3. De klacht en het standpunt van klagers

De klachten zijn voornamelijk gebaseerd op het Calamiteitenrapport en vat het college aldus samen:

- 1) verweerder heeft de klinische redenering van één verpleegkundige verworpen en te weinig aandacht besteed aan het (terecht gebleken) 'niet pluis gevoel' van de verpleegkundigen;
- 2) verweerder heeft het advies van de radioloog om een chirurg te consulteren niet opgevolgd;
- 3) verweerder heeft geen overleg gevoerd met collegae-intensivisten;
- 4) verweerder heeft zijn werkdiagnose onvoldoende geëvalueerd.

Klagers menen dat door het handelen van verweerder klager in een zeer zorgwekkende, levensbedreigende toestand is komen te verkeren, die uiteindelijk heeft geleid tot een circulatietoestand met als gevolg ernstig cerebraal letsel.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Hij heeft onder meer aangevoerd dat hijzelf ook een sterk 'niet pluis gevoel' had, dat hij veel onderzoek heeft verricht/laten verrichten en dat hij actief heeft meegewerkt aan het interne onderzoek van de Calamiteitencommissie; hij heeft de mogelijke tekortkomingen ruimhartig en met de nodige zelfkritiek bespreekbaar gemaakt. Hij heeft gedaan wat in zijn macht lag om goede zorg aan klager te verlenen.

5. De beoordeling

5.1. Het college stelt twee punten voorop: het antwoord op de vraag of klager als gevolg van het handelen van verweerder (delay) in een levensbedreigende toestand is komen te verkeren en daardoor uiteindelijk een circulatiestilstand heeft gekregen kan en zal het college niet beantwoorden. De beoordeling van dit gestelde causaal verband is aan de civiele rechter en niet aan de tuchtrechter (het college) nu het hier gaat om de tuchtrechtelijke beoordeling van het handelen/nalaten van verweerder en niet om het mogelijk gevolg daarvan. Voorts zal het college deze zaak moeten beoordelen naar het moment van het handelen van verweerder, dus los van de kennis en wetenschap van nu, namelijk de jejunumruptuur en de opgetreden circulatiestilstand. Het college zal in deze zaak vooral afgaan op het onderzoek van de Calamiteitencommissie en het (niet gedateerde) uitgebrachte rapport nu de inhoud en bevindingen daarvan niet bestreden zijn.

5.2. In het Calamiteitenrapport staan onder vraag 2f "Hoe komt het dat de ruptuur niet eerder op de IC is vastgesteld?" onder meer de navolgende bevindingen: *De IC-episode wordt gekenmerkt door een voortschrijdende verslechtering van de patiënt [klager, toev. college], terwijl de intensivist [dit is verweerder, toev. college] blijft zoeken naar een bevredigende verklaring voor alle klachten, symptomen, laboratoriumwaarden en beelden. De intensivist heeft achteraf gezien de verkeerde werkdiagnose gehanteerd, die gebaseerd was op een achteraf niet correct beoordeelde CT-scan [door de radioloog die de contrastlekkage vanuit het jejunum niet heeft opgemerkt, toen klager was opgenomen op de klinische verpleegafdeling, toev. college]. Tegelijkertijd worden signalen van IC-verpleegkundigen, dat in een andere richting gezocht moet worden op basis van – naar later blijkt onjuiste – argumenten terzijde geschoven. Ook de suggestie van de radioloog, dat voor het verkrijgen van zekerheid de chirurg geconsulteerd moet worden, wordt niet overgenomen. Tekenen van lichte verbetering worden benadrukt, terwijl de grote lijn van verslechtering van de toestand van patiënt onderbelicht blijft.*

De intensivist heeft geen overleg gehad met een collega intensivist binnen de vakgroep of een intensivist van een ander ziekenhuis. De intensivist heeft achteraf aangegeven dat er in het diagnostisch traject sprake was van “kokervisie/blinde vlekken”. Ook geeft hij aan dat eigen diagnoses bij tegenstrijdige elementen eerder in twijfel hadden moeten worden getrokken. (...) Op basis van het klinisch beeld, laboratoriumonderzoek en traumamechanisme dacht de verpleegkundige aan een perforatie en niet aan een bloeding gezien het hoge HB gehalte. De intensivist sloot deze verdenking uit, omdat een perforatie door de CT scan van het abdomen was uitgesloten. (...) De intensivist heeft achteraf aangegeven dat de mate waarin deze patiënt zijn ziekteverschijnselen heeft kunnen compenseren hem op het verkeerde been heeft gezet in de diagnostiek en behandeling. (...) De uitkomst van de door de intensivist gemaakte echo van de buik is besproken met de radioloog. De radioloog gaf aan dat de bevindingen van de echo overeenkwamen met het beeld van de CT scan abdomen en dat een controle CT scan daarom geen nieuwe inzichten zou opleveren. Radioloog heeft verteld het volgende aan de intensivist te hebben geadviseerd: “Om zekerheid te krijgen over wat er zich in de buik afspeelde zou je een peritoneale tap uit moet voeren of opereren”. In de beleving van de intensivist is er wel gesproken over een operatie maar niet over een peritoneale tap. Intensivist geeft achteraf aan dat indien er wel over de peritoneale tap was gesproken, dit zeker tot een discussie had geleid met de radioloog omtrent een nieuwe differentiaaldiagnose. Het advies om te opereren is, ondanks de suggestie van de verpleegkundige dit wel te doen, niet door de intensivist overgenomen, omdat er door de nog steeds hoge HB waarden er geen sprake kon zijn van een bloeding. De intensivist schatte in dat een overleg met de chirurg geen nieuwe inzichten zou opleveren. De intensivist heeft aangegeven dat het nachtelijk tijdstip om een chirurg te consulteren, voor medebeoordeling, een belemmering was om contact te zoeken, mede omdat in zijn beleving er onvoldoende aanknopingspunten waren waarvoor de chirurg beoordeling een meerwaarde was. De intensivist gaf aan dat hij achteraf gezien toch de chirurg had moeten raadplegen. Een medebeoordeling door de chirurg had mogelijk tot een eerdere operatie geleid. Chirurgen hebben aangegeven dat een laparoscopie/laparotomie op dat moment de enige manier was geweest om intra abdominale pathologie vast te stellen. (...) De intensivist heeft een diagnose gemist om mogelijke andere oorzaken van de achteruitgaande klinische situatie uit te sluiten. Er was geen differentiaal diagnose in het patiëntendossier vastgelegd. (...) Partner geeft aan dat haar man veel pijn gedurende de IC periode heeft gehad ondanks de pijnbestrijding en dat er in haar beleving geen goede verklaring was voor de ernst en oorzaak van de pijn. (...) De grootste vraag die partner blijft houden over de periode tot aan operatie is waarom er niet eerder is gehandeld. Haar man had zoveel pijn, bleef ondanks veel pijnstilling pijn houden, maakte een heel zieke indruk en werd steeds zieker en zag grauw.

5.3. Het college constateert dat de bevindingen van de Calamiteitencommissie overeenkomen met de (deugdelijke) verslaglegging in het medisch dossier (waaronder ook het verpleegkundig dossier). Uit de verslaglegging volgt naar het oordeel van het college genoegzaam dat verweerder in zijn diensttijd (en ook 's nachts) steeds en intensief op zoek is gegaan naar een verklaring van de klachten van klager en de klinische achteruitgang; in zoverre had hij ook, net als de IC-verpleegkundigen, een 'niet pluis gevoel'. Dat hij niet (alleen) is afgegaan op het 'niet pluis gevoel' van de IC-verpleegkundigen, maar ook zijn eigen medische beoordeling en werkhypothesen heeft gevolgd is zonder meer verdedigbaar. Dat de inschatting van de IC-verpleegkundigen achteraf gezien juist was (namelijk dat de klinische verslechtering van klager 'in een andere

hoek' gezocht moest worden, een perforatie) maakt niet dat daarom verweerder tucht-rechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Verweerder heeft zijn (aanvankelijke) werkdiagnose gebaseerd op de achteraf foutief beoordeelde CT-scan, waarbij de radioloog de contrastlekkage vanuit het jejunum niet heeft opgemerkt en de hypothese/diagnose dat mogelijk sprake was van een miltruptuur heeft aangedragen; bij deze laatste hypothese/diagnose pasten niet echter het (blijvend) hoge Hb-gehalte en het verhoogde CRP. Ook de chirurg die in het begin van de avond de beelden van de CT-scan opnieuw heeft beoordeeld, heeft dat gedaan 'door de bril van een miltruptuur' en die beoordeling leverde aldus geen nieuwe inzichten op. Verweerder heeft nog rond middernacht met de radioloog gebeld en hem gevraagd een nieuwe beoordeling uit te voeren (hetgeen volgens de radioloog geen meerwaarde had, dus ook niet is uitgevoerd) en heeft zelf nog een echo van de buik gemaakt, omdat de klinische toestand van klager verslechterde en hij zocht naar een medische verklaring hiervoor. Al met al heeft verweerder, ook in de optiek van het college, echt zijn best gedaan om de klinische achteruitgang van klager te kunnen verklaren door actief optreden en onderzoek (lab-diagnostiek, echografie abdomen en cor (hart), tweemaal thoraxfoto aangevraagd). Dat zijn handelen niet heeft geleid tot een eerdere (en juiste) diagnose staat los hiervan. Dat betekent dat klachtonderdeel 1) faalt.

5.4. Verweerder heeft in de loop van de nacht inderdaad geen contact meer gezocht met de chirurg om overleg te voeren over de klinische achteruitgang van klager. Verweerder heeft dat zelf ook onderkend ter gelegenheid van het onderzoek door de Calamiteitencommissie. Wat hem weerhield was, zo begrijpt het college, dat hij geen concrete vraag had voor de chirurg (verklaring ter zitting) en dat het nachtelijk tijdstip een belemmering vormde om dan toch de chirurg te bellen (Calamiteitenrapport). Naar het oordeel van het college had verweerder zich niet moeten laten weerhouden door het nachtelijk tijdstip, immers de collega-chirurg heeft ook nachtdienst en kan/mag dan opgeroepen/gebeld worden door een collega, zoals verweerder. Dat verweerder geen concrete vraag had voor de chirurg moge zo zijn, maar dat laat onverlet dat verweerder wel zijn zorgen had kunnen uiten en delen met een collega/professional om samen te kunnen overleggen over de verdere behandeling van klager. De klinische situatie van klager was immers verslechterd nadat de dienstdoende chirurg omstreeks 18.00 uur klager en de CT-abdomen opnieuw had beoordeeld. Op dat moment was er geen reden om het conservatieve chirurgische beleid bij te stellen, maar dat was mogelijk na middernacht wel het geval. Dit nalaten is wel een gemiste kans geweest. Of en hoe de dienstdoende chirurg had gereageerd en gehandeld, doet dan verder niet ter zake: de aanname van verweerder dat het overleg met de chirurg geen nieuwe inzichten zou opleveren is aldus niet getoetst omdat het overleg niet heeft plaatsgevonden. Het nachtelijke tijdstip en/of gebrek aan een concrete vraag mag daarvoor geen belemmering zijn.

Dat betekent dat klachtonderdeel 2) slaagt.

5.5. Verweerder heeft ook geen overleg gevoerd met collega-intensivisten. Op grond van het medisch dossier ziet het college daartoe ook geen aanleiding; de Calamiteitencommissie merkt dit wel op, maar zonder hieraan de conclusie te verbinden dat dit wel had moeten. Met inachtneming van de "Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care" (van Zorginstituut Nederland, 7 juli 2016), waarin (op pagina 12-13) is beschreven hoe de regionale samenwerking tussen IC-zorg (in Nederland) gestalte moet worden gegeven en wat de aanbevelingen zijn, oordeelt het college dat in deze casus hiervoor, op het moment van verslechtering tijdens IC opname, geen aanleiding was. Als een

patiënt is opgenomen op een IC-afdeling met minder dan 12 bedden (zoals hier het geval is) dan dient binnen 24 uur overleg met een collega-intensivist plaats te vinden als de intensivist dat op grond van zijn/haar expertise wenselijk vindt, als sprake is van ernstig orgaanfalen en als sprake is van mogelijke indicatie voor behandeling die niet mogelijk is op de betreffende IC. Dat verweerder *de betreffende nacht* geen overleg met een collega-intensivist heeft gevoerd, kan het college, de drie bovengenoemde criteria in ogenschouw nemende, volgen. Bij ernstig orgaanfalen zoals in dit geval aan de orde is, zou een overleg volgens de richtlijn ook de volgende dag hebben kunnen plaatsvinden (het ernstig orgaanfalen ontstond namelijk in de loop van de nacht). Klachtonderdeel 3) slaagt dan ook niet.

5.6. Anders dan klagers menen heeft verweerder zijn werkdiagnose wel adequaat geëvalueerd en heeft verweerder het naar het oordeel van het college juist wel goed gedaan. Uit het Calamiteitenrapport, zoals hierboven al is weergegeven, blijkt genoegzaam dat verweerder steeds op zoek is gegaan naar een verklaring voor de klinische achteruitgang en dat hij daarop onderzoek heeft laten verrichten. Dat deze evaluatie van de werkdiagnose(s) niet heeft geleid tot het stellen van de juiste diagnose, doet hieraan niet af. Dat betekent dat klachtonderdeel 4) ook niet slaagt.

5.7. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens klagers had behoren te betrachten. Verweerder heeft zich naar het oordeel van het college open en toetsbaar opgesteld, zo volgt genoegzaam uit het rapport en ook uit zijn opstelling ter zitting, en heeft ook zijn eigen handelen kritisch onder de loep genomen en onder meer verklaard dat hij achteraf gezien toch beter de chirurg had moeten raadplegen. Dat laatste heeft hij niet gedaan en daarvoor moet het college de maatregel van een waarschuwing geven.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart klachtonderdeel 2) gegrond;
- legt aan verweerder de maatregel van een waarschuwing op;
- wijst de klacht voor het overige af.

Aldus beslist door:

R.A. Dozy, voorzitter,

W.N.K.A. van Mook, D. Boerma, W.F. van Tets, leden-arts

E. Pans, lid-jurist,

bijgestaan door H.D. Coumou, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 17 juni 2019 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG
secretaris

WG
voorzitter