

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2018/498

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 21 november 2018 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
k l a a g s t e r,
gemachtigde: C

tegen

D,
chirurg,
werkzaam te E en F
v e r w e e r d e r,
gemachtigde: mr. S.J. Berkhoff-Muntinga, verbonden aan VvAA Rechtsbijstand te Utrecht.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek.

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 5 februari 2019 behandeld.

Namens klaagster was haar dochter, tevens gemachtigde aanwezig. Verweerder was aanwezig met zijn gemachtigde.

De klacht is behandeld tezamen met de andere, met de klacht samenhangende, klacht zoals bedoeld in artikel 57, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), die bekend is onder dossiernummer: 2018/499 (G, arts-assistent en chirurg in opleiding).

2. De feiten

2.1 Klaagster (geboren september 1941) is na verwijzing door de dienstdoende huisarts bij op de huisartsenpost in het H in verband met verdenking blindedarmontsteking, in de nacht van 19 op 20 juni 2018 gepresenteerd op de spoedeisende hulp van het I. Verweerder was op dat moment de dienstdoend chirurg en is in die nacht en de daaropvolgende dag (20 juni 2018) bij de behandeling betrokken geweest. Na onderzoek door de arts-assistent chirurgie en telefonisch contact met verweerder is klaagster onder klinische verdenking van een appendiculair infiltraat (een gevorderde blindedarmontsteking) opgenomen op de Algemene Opname Afdeling (AOA). Er werd direct gestart met antibiotica en een basisinfuus van 1 liter per 24 uur. Verweerder werd als dienstdoend chirurg (automatisch) hoofdbehandelaar van klaagster conform de afspraken in zijn vakgroep.

2.2 In de ochtend van 20 juni 2018 werd door verweerder visite gelopen op de AOA. Na aanvullend onderzoek door middel van echografie en CT-scan werd de diagnose appendiculair infiltraat met abcesvorming bevestigd. Na overleg met de radioloog bleek het abces niet geschikt voor radiologische drainage. Omdat er sprake was van een langer bestaande appendicitis (blindedarmontsteking) met infiltraatvorming werd gekozen voor behandeling met antibiotica en niet voor operatieve verwijdering. Diezelfde dag werd verificatie van de thuismedicatie gedaan en werd informatie opgevraagd bij de cardioloog in J in verband met de aortaklepverving in 2013. Klaagster is overgeplaatst naar de afdeling chirurgie. Zij is daar verbleven tot haar ontslag op 27 juni 2018.

2.3 Per locatie wordt per afdeling visite gelopen, zodat de hoofdbehandelaar niet altijd in eigen persoon meeloopt en dit ook fysiek niet kan, omdat hij/zij op een andere locatie is. De zaalarts staat onder supervisie van de ingeroosterd chirurg op die dag.

2.4 Na 20 juni 2018 is verweerder niet meer (direct) bij de behandeling van klaagster betrokken geweest: op 21 juni was hij afwezig, op 22 juni was hij werkzaam op de locatie H, in het weekend van 23-24 juni had verweerder geen dienst, op 25 juni was verweerder ingedeeld op locatie I op de OK, op 26 juni had verweerder een managementdag en op 27 juni was verweerder extern werkzaam.

2.5 Op 25, 26 en 27 juni 2018 is klaagster onder meer gezien door de dienstdoende zaalarts G, verweerder in zaak 2018/499.

2.6 In het medisch dossier over de periode 20-27 juni 2018 is onder meer het navolgende opgenomen (met weglating/verbetering van kennelijke typefouten):

20 juni 2018:

Visite o.a. D.

anamnese: ... pijnklachten nu 5dg bestaand. Pijn zo onder controle.

aandachtspunten/beleid : iom D, D overlegd met K: nu niet geschikt voor drainage gezien faeces en geen lucht-vloeistof spiegels

Patiënt om 12.30 herbeoordeeld

... buikpijn neemt niet toe

>iom D Z/F door, nu geen drainage ...

Morgen lab controle

VG (voorgeschiedenis)

... 2013 aortaklepverving (bioprothese Sorin 21 mm) ivm ernstige AoS

2013 pAF

Hypertensie

Hypercholesterolemie ...

In het verpleegkundig verslag is beschreven dat de pijn onder controle is met paracetamol.

2.7 21 juni 2018

Visite door andere artsen.

anamnese: *patiënt heeft bijna geen buikpijn meer. Is misselijk, niet gebraakt. Patiënt heeft last van diarree sinds zaterdag.*

Er is voorts lichamelijk onderzoek verricht.

conclusie en actuele problemen:

+1 appendiculair infiltraat met abcesvorming en gedekte perforatie wv nu antibiotische behandeling, klinisch niet acuut zieke patiënt

aandachtspunten/beleid: ...

22/6 eerste contactpersoon bellen

23/6 herhalen lab

In het verpleegkundig verslag is onder meer beschreven: (ochtend) *een erg vol gevoel. Drinken gaat goed. Vanochtend misselijk, niet gebraakt. Def + diarree en (middag): misselijkheid blijft enigszins aanwezig. Bij opmerkingen staat: mw & dochter hadden vragen voor de arts; dit gaat morgen gebeuren, omdat de dochter al weg was. In de avond staat beschreven mw geeft aan dat het volle gevoel in de buik blijft. De ontlasting was gisteren dun en groen en volgende keer wordt er door verpleegkundige naar gekeken.*

2.8 22 juni 2018

Visite door andere artsen.

anamnese: *patiënt heeft nog steeds een vol gevoel. Geen buikpijn. Niet misselijk. Geen eetlust. Drinkt wel goed. Heeft nog steeds diarree.*

Er is voorts lichamelijk onderzoek verricht.

De conclusie is nagenoeg gelijklopend met 21 juni.

aandachtspunten/beleid:

- 23/6 herhalen lab

- Indien achteruitgang kliniek echo abdomen herhalen om te zien of drainage mogelijk is.

- 22/6 eerste contactpersoon gebeld: Was de afgelopen dagen bezorgd over haar moeder. Sinds vandaag wel het gevoel dat het beter gaat. Moeder geeft het slecht aan als het niet goed met haar gaat.

In het verpleegkundig verslag is onder meer beschreven dat klaagster (middaguur) nog een erg vol gevoel heeft en verder: *mw kreeg rond de lunch last van haar buik, tegen haar middenrif aan. Een stekende pijn, wel dragelijk. Arts was niet bereikbaar, dus deze is nog niet op de hoogte. Klaagster is toen ook kennelijk voor het eerst gewogen: 69,3 kg.*

2.9 23 juni 2018

Visite door andere artsen

onder anamnese: **A** *pijn oc met pcm. ontlasting: dun. intake: + mictie + mobiliseert: loopt zs op*

Bij lichamelijk onderzoek is onder meer vermeld: **ademhalingsfrequentie (!) 22**

Het ingezette beleid is voortgezet (klinisch niet zieke patiënt).

In het verpleegkundig verslag is onder meer beschreven (in de nacht): *ademhalingsfrequentie (!) 24* . *Mw geeft aan snel buiten adem te zijn*. Verder geen klachten van misselijkheid gehoord. *Pijn in de buik is aanwezig, niet verergerd. Doet pijn bij ademen*. In de avond is vermeld: *Pijn is aanwezig. Kreeg oxynorm*.

2.10 24 juni 2018

Visite door andere artsen.

onder anamnese: **A/** *Nog steeds af en toe pijnlijk. Met pijnstilling ov. wisselend door hele abdomen. ontlasting: nog steeds dun. N – V – intake: + mictie ...*

Bij lichamenlijk onderzoek is onder meer vermeld: *ademhalingsfrequentie (!) 22*

aandachtspunten/beleid:

- *Z-f zo door*

- *lab ma herhalen*

In het verpleegkundig verslag is onder meer beschreven (in de nacht): *ademhalingsfrequentie (!) 22* en in de middag (waarbij de ademhalingsfrequentie 20 is): *Pijn in de maagstreek – waarvoor oxynorm gekregen gisterenavond. Nu nog drukkend gevoel, zwaar. Daarnaast ook pijn in de linker bovenbuik. Pijn wordt erger als mw gegeten heeft. Klachten passend bij diagnose*. In de avond wordt de pijn in de buik als draaglijk beschreven.

2.11 25 juni 2018

Visite door G en semi-arts.

anamnese: *patiënt vindt dat het redelijk gaat. Nog pijn in de bovenbuik. Eetlust is een beetje terug. Niet misselijk. Ontlasting blijft dun. Mobiliseren gaat goed.*

Er is lichamenlijk onderzoek verricht, met onder meer ademhalingsfrequentie 20.

aandachtspunten/beleid:

- *stop Z/f iv, gezien vijf dagen behandeld met AB iv., goede kliniek en daling infectieparameters.*

- *R/Augementin oraal gedurende 2 dagen*

- *Herstart accenocoumarol@, 28/6 INR*

- *Streefontslag: 26/6*

Addendum 14.30

Labwaardes en switch naar orale AB met patiënt besproken. Patiënt begint opnieuw over de pijn boven in haar buik. Omschrijft dit als een strakke band. Had dit al voor de opname. Pijn is continu aanwezig. Geen uitstraling. Tevens misselijk

B/ECG

ECG iom cardiologie: Geen aanwijzingen voor acute pathologie. ECG niet geheel goed te beoordelen. Indien hoge klinische verdenking tromponine prikken.

B/ Morgen herbeoordelen

In het verpleegkundig verslag is onder meer beschreven in de nacht: *mw is kortademig na inspanning (ademhalingsfrequentie 20) en in de ochtend: pijn is net aan dragelijk; ademhalingsfrequentie 18. Bij opmerkingen: Er werd rond 15h30 een ECG afgenomen ovv. Pijn boven in de buik die aanvoelt als een strakke band*. In de (late) avond is opgenomen dat de pijn in de buik draaglijk is en dat klaagster niet geklaagd heeft over een drukkend gevoel op de buik.

2.12 26 juni 2018

Visite door G, andere arts en semi-arts.

anamnese: *Patiënt heeft nog steeds veel diarree. Pijn in de bovenbuik blijft op de achtergrond aanwezig. Geen hevige pijn. Patiënt heeft woning waarvoor zij 6 trap treden op moet. Wil graag met fysio oefenen.*

Er is lichamenlijk onderzoek verricht, met ademhalingsfrequentie van 18.

aandachtspunten/beleid:

- *icc fysio: mobiliseren en oefenen met traplopen*

- *t.a.v. antistolling: 28/6 INR*

- *streefontslag: 27/6*

Ontslag:

- *Nog te overleggen: telefonische controle over 2 weken met arts-assistent chirurgie*

- *Poliklinische coloscopie. Order@, patiënt wordt hiervoor opgeroepen*

In het verpleegkundig verslag is onder meer beschreven (middaguur): *intake matig; mw geeft aan een erg vol gevoel te hebben. Buik is nog wat aan de bolle kant, mw geeft aan dat het minder wordt. Bandgevoel blijft aanwezig, maar geen pob klachten. Aan het einde van de middag wordt gemeld dat de pijn draaglijk is, maar wel vol gevoel (waardoor intake matig).*

Bij **opmerkingen:** *Fysio komt vandaag langs om trap te lopen met mw.*

2.13 27 juni 2018

Visite door G en semi-arts.

anamnese: *patiënt was vanmorgen erg misselijk. Patiënt braakt niet. Pijn onder controle. Diarree onveranderd, 3dd kleine hoeveelheid. Patiënt vindt haar buik iets voller dan normaal. Ziet het wel zitten om naar huis te gaan.*

Er is lichamenlijk onderzoek verricht.

Er is een afspraak gemaakt voor policonrole over 2 weken.

Addendum 13.00

Dochter heeft nog veel vragen. Is erg bezorgd over haar moeder. Wil graag tips over de voeding.

B/ Vragen beantwoord...

In het verpleegkundig verslag is onder meer beschreven dat klagster in de vroege ochtend heel erg misselijk was, maar verder geen klachten. *Buik: volgens mw wat voller, wel soepel.*

2.14 13 juli 2018

telefonisch consult (gebeld door ziekenhuis met klagster)

Patiënt weet dat het telefonisch consult een regulier consult vervangt.

Diagnose: appendiculair infiltraat

Anamnese: 1 dag na ontslag weer opgenomen en in L (eigen zkh) vw hartfalen. Daar nog 1 week opgenomen gelegen en 5-10L ontwaterd. Gaat nu stuk beter sinds 1 week. Krijgt coloscopie over 2 weken aldaar. Wil ook verder behandeld worden in L. ...

2.15 Op 27 juni 2018 is klagster uit het ziekenhuis ontslagen. Op 28 juni 2018 is zij met ernstige klachten (hartfalen) een week opgenomen geweest in het L.

3. De klacht en het standpunt van klagster

De klacht, die is ingediend door de dochter namens klagster, bestaat uit drie onderdelen:

1) klagster en haar familie hebben geen persoonlijk contact gehad met de verantwoordelijke dokters, in het bijzonder verweerder;

- 2) er is geen actie ondernomen ondanks aandringen van de familie dat klaagster, die hartpatiënt is en steeds meer klachten kreeg van pijn in de buik, een steeds dikkere buik en een opgeblazen gevoel;
- 3) op 24 juni 2018 is geen nader onderzoek gedaan terwijl klaagster had aangegeven benauwd te zijn en steeds meer pijnklachten kreeg.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan. Verweerder heeft ook enige algemene uitleg gegeven over de organisatie van het M dat drie locaties heeft. Verweerder is als hoofdbehandelaar aangemerkt omdat bij de opname van klaagster verweerder die avond/nacht dienst had. Er is door de andere artsen in de periode dat klaagster in het ziekenhuis lag geen contact met verweerder opgenomen en het is hem (dus) ook niet bekend geworden dat klaagster en/of haar familie hem wilden spreken.

5. De beoordeling

5.1 Door de eigen verantwoordelijkheidsverdeling van het M is verweerder als hoofdbehandelaar aangemerkt. Volgens (vaste) tuchtrechtelijke rechtspraak (van het CTG) is de hoofdbehandelaar, naast de zorg die hij als zorgverlener ten opzichte van de patiënt en diens naaste betrekkingen heeft te betrachten, belast met de regie van de behandeling van de patiënt. De regie houdt in algemene zin in dat de hoofdbehandelaar

(1) ervoor zorgdraagt dat de verrichtingen van allen die beroepshalve bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken op elkaar zijn afgestemd en gecoördineerd, in zoverre als een en ander vereist is voor een vakkundige en zorgvuldige behandeling van de patiënt en tijdens het gehele behandelingstraject voor hen allen het centrale aanspreekpunt is;

(2) voor de patiënt en diens naaste betrekkingen ten aanzien van informatie over (het verloop van) de behandeling het centrale aanspreekpunt vormt.

Meer in het bijzonder zal de regievoering door de hoofdbehandelaar ten minste moeten inhouden dat hij:

(a) door adequate communicatie en organisatie de voorwaarden en omstandigheden schept waaronder de behandeling verantwoord kan worden uitgevoerd;

(b) de betrokken zorgverleners in staat stelt een deskundige bijdrage te leveren aan een verantwoorde behandeling van de patiënt;

(c) in de mate die van hem beroepsmatig mag worden verwacht alert is op aspecten van de behandeling die mede liggen op andere vakgebieden dan het zijne en zich over die aspecten laat informeren door de specialisten van de andere vakgebieden, zo tijdig en voldoende als voor een verantwoorde behandeling van de patiënt vereist is;

(d) toetst of de door de betrokken zorgverleners geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen zijn eigen behandelplan en in overeenstemming hiermee ervoor heeft gezorgd dat de bij de verschillende zorgverleners ingewonnen adviezen zijn opgevolgd;

(e) in overleg met de desbetreffende bij de behandeling betrokken zorgverleners erop toeziet dat in alle fasen van het traject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen;

(f) als hoofdbehandelaar de patiënt en zijn naaste betrekkingen voldoende op de hoogte houdt van het beloop van de behandeling en hun vragen tijdig en adequaat beantwoordt.

Een en ander is ook neergelegd in de Handreiking (26 januari 2010) Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.

5.2 Vast staat hier dat verweerder als hoofdbehandelaar nimmer door zijn collegae is aangesproken voor vragen ten aanzien van de (voortzetting van de) behandeling en het beleid ten aanzien van klaagster. Vast staat ook dat de organisatie waarin verweerder werkt zich kenmerkt door drie verschillende locaties (het multilocatiemodel), waardoor verweerder ook werkzaam is/kan zijn op drie verschillende locaties. Klaagster kan als een “gewone patiënt” gekwalificeerd worden, aldus dat geen sprake was van een bijzondere medische situatie die extra zorg en/of aandacht vergde. Klaagster heeft iedere ochtend visite gehad van een zaalarts, al dan niet vergezeld van een chirurg. De zaalarts staat onder supervisie van een chirurg, zo heeft het college ter zitting begrepen. Uit het medisch dossier is niet gebleken dat de gezondheidstoestand van klaagster zó veranderde dat wijziging van het ingezette beleid nodig was dan wel dat de nadere onderzoeken die zijn verricht (waaronder lab-onderzoek en een ECG) onder supervisie van een collega-chirurg (volgens de decursusgegevens) noopten tot overleg met verweerder. Dat is dan ook niet gebeurd. De vraag is of dit verweerder als hoofdbehandelaar tuchtrechtelijk kan worden verweten. Naar het oordeel van het college is dat niet het geval. Strikt genomen heeft verweerder niet gehandeld zoals hiervoor onder f weergegeven en volgens de Handreiking van 2010, doch hiertegenover staat dat van verweerder als hoofdbehandelaar – in de dagelijkse praktijk in een multilocatiemodel – niet verlangd kan worden dat hij eigenmachtig contact zoekt met de andere behandelaren om te informeren hoe het met zijn patiënt (klaagster) gaat dan wel eigenmachtig het medisch dossier van klaagster had moeten raadplegen om zich van haar verdere behandeling te vergewissen indien daartoe geen speciale medische noodzaak bestond. In die zin kon en mocht verweerder er ook op vertrouwen dat zijn collegae (die de visites liepen) met hem contact zouden zoeken indien wijziging in het beleid besproken moest worden of anderszins collegiaal overleg nodig was betreffende de zorg voor klaagster. De kenbaarheid van zijn hoofdbehandelaarschap was voor klaagster en haar familie onduidelijk, nu dezen geen idee hadden dat verweerder hoofdbehandelaar was en dat zij zich ook (direct) tot hem konden wenden voor vragen. Daartegenover staat wel dat de vragen die klaagster en haar dochter hadden ook gesteld kunnen worden aan de verpleegkundigen en/of een aanwezige (zaal)arts, die dan op hun beurt die vragen ofwel zelf beantwoorden dan wel deze vragen doorspelen naar verweerder als hoofdbehandelaar. Uit het medisch dossier is kenbaar dat de dochter van klaagster op 22 juni en op 17 juni 2018 heeft gesproken met de semi-arts; niet kenbaar uit de verslaglegging is dat klaagster en haar dochter ook op andere momenten vragen hadden aan een arts over de behandeling dan wel zorgen hadden daarover. Vast staat ook dat klaagster iedere ochtend bij de visite is beoordeeld, waarbij zij ook vragen had kunnen stellen aan de arts(-en).

Gezien de hierboven vermelde feiten en omstandigheden oordeelt het college dat verweerder als hoofdbehandelaar tuchtrechtelijk niet verwijtbaar heeft gehandeld door geen persoonlijk contact meer te hebben met klaagster (en haar dochter) na 20 juni 2018. Dat zijn naam als hoofdbehandelaar niet bij klaagster en haar dochter bekend was is eerder een verwijt aan de organisatie (het ziekenhuis) dan aan verweerder, zodat het college deze omissie verweerder ook niet tuchtrechtelijk aanrekent. Klachtonderdeel 1) slaagt dus niet.

5.3 Het is het college duidelijk geworden zowel uit het klaagschrift als uit hetgeen ter zitting namens klaagster is aangevoerd, dat de dochter (en misschien ook klaagster)

zich niet gehoord voelde in haar zorgen en vragen over de gezondheid van haar moeder. Kennelijk zijn de zorgen van de dochter van klaagster niet (goed) opgepikt door de verpleging dan wel de zaalarts en zijn deze vragen/zorgen in ieder geval niet als zodanig in het medisch dossier vermeld. De medische verslaglegging (ook die van de verpleegkundigen) is duidelijk en uitvoerig genoeg en voldoet zeker aan de tuchtrechtelijke normen. Uit deze verslaglegging volgt niet een zodanig beeld van klaagster dat nader onderzoek geboden was naar onder meer haar hart (hetgeen overigens wel eenmaal is gebeurd). De benauwdheid van klaagster is wel meerdere keren in de verslaglegging terecht gekomen (onder andere de ademhalingsfrequentie die soms aan de hoge kant was en de gemelde benauwdheid bij het traplopen) doch daartegenover staat dat klaagster ook oefende met traplopen met de fysiotherapeut en zelf uit haar bed kon komen en kon lopen. Er was aldus geen medische noodzaak voor het luisteren naar de longen en het bijhouden van het gewicht van klaagster (wel komt het eerst gemeten gewicht op 22 juni 2018 van 69,3 kg vijf dagen terug in het dossier, zodat het lijkt alsof klaagster al die dagen gewogen is – hetgeen niet zo is, daarover waren verweerders in beide zaken het wel eens). Uit het medisch dossier is niet kenbaar dat klaagster steeds “dikker” werd in haar gezicht en hals (zoals de dochter ter zitting meldde) en ook niet dat zij “dikke” benen kreeg. Of klaagster hierop de zaalarts bij de visite en/of de verpleging heeft gewezen blijkt ook niet uit het dossier.

5.4 Al met al waren er gedurende de opnameperiode op de chirurgische afdeling geen overtuigende alarmsignalen dat er mogelijk nog sprake was van onderliggend hartlijden. De gevonden parameters pasten immers ook goed bij de opnamediagnose appendiculair infiltraat met abcesvorming. Dat betekent dat de klachtonderdelen 2) en 3) ook niet slagen.

5.5 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht (in al haar onderdelen) ongegrond is. Verweerder 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. Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekendgemaakt.

6. De beslissing

Het college:

- wijst de klacht af.

Bepaalt voorts dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus beslist door:

R.A. Dozy, voorzitter,

M.A. de Meij, P.A. Hustinx, J.C. Goslings, leden-arts,

E. Pans, lid-jurist,

bijgestaan door G.H. Felix, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 19 maart 2019 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG
secretaris

WG
voorzitter