

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2018-332

Datum uitspraak: 18 juni 2019

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

A,
wonende te B,
klaagster,
gemachtigde: C (broer van klaagster), wonende te D,

tegen:

E, radioloog,
destijds werkzaam te F,
beklaagde,
gemachtigde: mr. A.W. Hielkema, werkzaam te Utrecht.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 4 december 2018;
- de machtiging van Q (de moeder van klaagster en echtgenote van de hierna te noemen patiënt) van 25 december 2018;
- het verweerschrift met bijlagen;
- een afschrift van een brief van het Openbaar Ministerie van 11 juli 2018, ingezonden door klaagster en ontvangen op 4 maart 2019;
- drie brieven van mr. Hielkema van 7 maart 2019, 16 april 2019 en 18 april 2019, alle met bijlagen.

1.2 Partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om in het vooronderzoek hun standpunten nader toe te lichten.

1.3 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 7 mei 2019. De partijen, bijgestaan door hun gemachtigden, zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. De gemachtigde van beklagde heeft pleitnotities overgelegd.

2. De feiten

2.1 Klaagster en haar gemachtigde/broer zijn kinderen van G, geboren in 1935 (hierna: de patiënt). Op 2 augustus 2016 wordt de patiënt, na een val met zijn hoofd

tegen de muur, beoordeeld op de spoedeisende hulp (SEH) van H, locatie I te F (hierna: het ziekenhuis). Er wordt – in strijd met het geldende, maar op de SEH niet bekende protocol – geen neuroloog in consult gevraagd. Wel is om 11.26 uur een CT-scan van de hersenen gemaakt. Op het aanvraagformulier met als kop “S.E.H. CITO” staat bij ‘aanvragend arts’ niets ingevuld. Bij ‘Klinische gegevens/vraagstelling’ is vermeld: *“gevallen bij collaps. wond achterhoofd.*

protocollair CT-cerebrum

(fractuur, opmerking College)? *intracranieel letsel?*”

Op een – onbekend door wie – op het aanvraagformulier geplakte sticker staat het tijdstip 11.20 uur vermeld en als aanvrager J, neurologe.

2.2 Op de CT-scan is een subduraal hematoom links frontaal en temporaal te zien van 4 mm.

2.3 Als de patiënt terugkomt op de SEH belt de betrokken co-assistent, K, de dienstdoende (mannelijke) radioloog, die meedeelt dat hij op dat moment geen tijd heeft en na tien minuten terug zal bellen. Deze radioloog belt daadwerkelijk terug. Beiden bekijken, ieder op een eigen computer, de beelden van de CT-scan. Aan de zijde van de co-assistent is de dienstdoende SEH-arts L aanwezig. Het verslag van de co-assistent en de SEH-arts vermeldt hierover:

“CT-cerebrum: (Iom M, radioloog): geen intracranieel letsel, geen ossaal letsel.”

In het medische dossier bevinden zich van de hand van de betreffende radioloog geen verslag en geen aantekeningen over dit telefoongesprek.

2.4 Beklaagde werkte in augustus 2016 als radioloog in het ziekenhuis. Zij heeft de CT-scan op 2 augustus 2016 beoordeeld en het verslag daarvan met de bovenvermelde bevinding (subduraal hematoom) om 12.36 uur in het elektronische dossier opgeslagen. Bovenaan het verslag staat:

“Final signature: N, RADIOLOOG (N)”

Onder het verslag staat vermeld: *“Met vriendelijke groet, O, radioloog”*.

Het verslag luidt, voor zover relevant:

“Subduraal hematoom links frontaal en temporaal met een schil dikte van 4 mm. Geen contusiehaarden of parenchymateuze bloeding. Normaal kaliber van het ventrikelsysteem. Geen fractuur. Partiele sluiering van de sinus ethmoidalis.”

Het verslag wordt – vermoedelijk automatisch door het elektronische systeem – naar de op de aanvraag vermelde neurologe J verzonden. Deze heeft geen dienst op 2 augustus 2016.

2.5 De patiënt wordt in de loop van de middag van 2 augustus 2016 opgenomen op de CCU (Coronary Care Unit) vanwege verdenking van hartritmeproblematiek bij een trifasciculair blok.

In de ochtend van 3 augustus 2016 ontwikkelt hij boezemfibrilleren. De behandelend cardioloog P neemt alleen kennis van het SEH-verslag en schrijft antistollingsmedicatie voor om een CVA (herseneninfarct) te voorkomen. Halverwege de dag wordt de patiënt overgeplaatst naar de afdeling cardiologie.

2.6 In de ochtend van 4 augustus 2016 wordt de patiënt niet lekker. Hij heeft een hoge bloeddruk en geeft aan dat hij duizelig is. Hij wordt klam en wit en zakt langzaam weg. Uit een gemaakte CT-scan blijkt dat sprake is van een zeer uitgebreid subduraal hematoom links met inklemming, met ongunstige prognose. De patiënt overlijdt om 12.53 uur.

2.7 De Raad van Bestuur van het ziekenhuis heeft het overlijden op 4 augustus 2016 als calamiteit gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Het ziekenhuis heeft zelf een onderzoek ingesteld. Daarvan is een rapport opgemaakt, waaruit de hiervoor vermelde feiten naar voren komen. Op 23 januari 2017 heeft IGJ op basis

van dit rapport geconcludeerd dat de kwestie goed was onderzocht en dat passende maatregelen waren genomen. IGJ heeft de melding daarmee afgesloten.

3. De klacht

Klaagster verwijt beklaagde dat zij niet direct, althans niet binnen 24 uur melding heeft gemaakt bij de hoofdbehandelaar van de levensbedreigende subdurale bloeding. Ook houdt de klacht in dat de dienstdoende radioloog, die niet bekend is geworden, met de SEH-arts heeft besproken dat er op de op 2 augustus 2016 gemaakte CT-scan geen afwijkingen te zien waren.

4. Het standpunt van beklaagde

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

5. De beoordeling

5.1 Vast staat dat de onder 2.3 bedoelde dienstdoende radioloog op 2 augustus 2016 aan de co-assistent van de SEH heeft doorgegeven dat geen sprake was van intracranieel of ossaal letsel en dat bij de verdere behandeling is voortgeborduurd op die uitslag, die achteraf niet correct is gebleken. De betreffende radioloog heeft het onderzoek niet verslagen en van het gesprek geen aantekeningen gemaakt in het medische dossier.

Tijdens de behandeling ter zitting is gebleken dat bij klaagster en haar broer sprake is van boosheid en frustratie, omdat uit het onderzoek door het ziekenhuis niet naar voren is gekomen wie deze radioloog is geweest en IGJ daarmee genoeg heeft genomen. Beklaagde heeft in haar verweerschrift begrip getoond voor deze frustratie en ook het College kan klaagster en haar broer daar goed in volgen. Het rapport vermeldt ter zake dat de door de betrokken co-assistent genoemde radioloog M heeft aangegeven dat hij niet betrokken is geweest bij de patiënt, dat hij die dag dienst had op echo 1 en niet de diensttelefoon had, terwijl de co-assistent heeft verklaard dat hij er zeker van is dat hij deze radioloog heeft gesproken. De onderzoekscommissie vermeldt dat zij 'heeft getracht' de logs op te vragen waaruit blijkt wie van de radiologen op dat tijdstip de CT-beelden van deze patiënt in PACS heeft bekeken. Dit was echter niet mogelijk, aldus het rapport. Het rapport vermeldt niet waarom dit niet mogelijk zou zijn geweest. Verder schrijft de commissie dat de vakgroep radiologie, ondanks een expliciet verzoek om te onderzoeken welke radioloog gebeld heeft met de betrokken co-assistent, heeft laten weten dat geen van de radiologen de betreffende casus kent en niemand van hen dit telefoontje heeft gepleegd. Dit laatste is uiteraard, gelet op de inhoud van de SEH-status op dit punt, hoogst onwaarschijnlijk, zo niet onmogelijk. Uit het rapport blijkt niet op welke wijze nader onderzoek heeft plaatsgevonden naar de betrokkenheid van de met name genoemde radioloog of, indien deze daadwerkelijk niet betrokken was, naar de vraag of en hoe de mededelingen van de verschillende andere in het ziekenhuis aanwezige radiologen omtrent hun betrokkenheid zijn geverifieerd. Het is, gezien het beperkte aantal in het ziekenhuis werkzame radiologen – volgens beklaagde ongeveer drie tot vijf op de bewuste dag –, weinig aannemelijk dat hierover niet meer zekerheid had kunnen worden verkregen. In het licht van de gewenste transparantie bij calamiteiten en/of fouten in de zorg is dit te betreuren, evenals de omstandigheid dat IGJ – voor zover het College bekend is – kennelijk niet op nadere actie ter zake heeft aangedrongen.

Voor alle duidelijkheid vermeldt het College dat het met het voorgaande geen uitspraak doet over de vraag of de betreffende radioloog een (al of niet tuchtrechtelijk verwijtbare) fout heeft gemaakt. Die vraag ligt niet aan het College voor.

5.2 Wat wel duidelijk is, is dat beklagde niet de radioloog kan zijn geweest die telefonisch contact heeft gehad met de co-assistent van de SEH, nu het hier volgens de betrokken co-assistent om een mannelijke en met name genoemde radioloog ging. Nu het in het tuchtrecht uitsluitend gaat om persoonlijke verwijtbaarheid van de aangeklaagde zorgverlener, kan beklagde ook niet voor het handelen van deze radioloog verantwoordelijk worden gehouden. Dat betekent dat het tweede klachtonderdeel, dat betrekking heeft op het doorbellen van de onjuiste uitslag, ten aanzien van beklagde niet kan slagen.

5.3 Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel volgt uit de hiervoor weergegeven feiten dat het op zichzelf juist is dat beklagde niet direct, althans niet binnen 24 uur melding heeft gemaakt van het subdurale hematoom bij de hoofdbehandelaar. Zij heeft hierover in het verweerschrift aangevoerd dat zij geen aanleiding had om de aanvrager van de CT-scan uit eigen beweging – naast de plaatsing van het verslag in het systeem – op de hoogte te stellen van het resultaat, omdat er geen aanvraag was voor een spoedbeoordeling of andere bijzonderheden, de uitslag kort na de aanvraag – na iets meer dan een uur – beschikbaar was in het systeem en zij niet wist dat er telefonisch al een (andere) uitslag was doorgegeven. Als zij dit laatste had geweten, zou zij zeker hebben gebeld, aldus beklagde.

5.4 Het College overweegt als volgt.

In het klaagschrift wordt verwezen naar de in juni 2015 vastgestelde ‘Leidraad Kritieke Bevindingen NVvR’ van de Nederlandse Vereniging voor Radiologie. Deze Leidraad beschrijft volgens de inleiding een systeem voor tijdige en adequate communicatie met de verwijzer over kritieke radiologische bevindingen. De Leidraad vermeldt dat de NVvR van mening is dat de primaire verantwoordelijkheid voor het kennismaken van een radiologisch verslag bij de verwijzer ligt en dat de IGZ (*thans IGJ, opmerking College*) heeft aangegeven deze mening te delen. Ook het College deelt deze opvatting. Dat neemt niet weg dat een actieve houding van de radioloog, indien dit op grond van de bevindingen is aangewezen, kan bijdragen aan betere zorg, hetgeen ook het doel is van de Leidraad.

In de Leidraad wordt een kritieke radiologische bevinding omschreven als:

“een bevinding bij beeldvormend onderzoek waarbij vertraging in het rapporteren ervan, of vertraging in of uitblijven van de kennisname van de verslaglegging ervan kan resulteren in ernstige nadelige gevolgen voor de patiënt, zulks in te schatten door de beoordelend radioloog.” Vervolgens worden drie urgentieniveaus onderscheiden, gerelateerd aan de door de radioloog in te schatten termijn waarop uitblijven van het rapporteren, of uitblijven van de kennisname van de verslaglegging van een kritieke bevinding, kan resulteren in ernstige nadelige gevolgen voor de patiënt:

“Urgentieniveau 1: direct contact binnen 60 minuten noodzakelijk.

Bevindingen die potentieel levensbedreigend zijn en/of onmiddellijke verandering in het beleid van de patiënt noodzakelijk kunnen maken.

Urgentieniveau 2: direct contact binnen 6 uur noodzakelijk.

Bevindingen die op korte termijn kunnen resulteren in mortaliteit of morbiditeit als niet wordt ingegrepen.

Urgentieniveau 3: contact binnen 6 werkdagen noodzakelijk.

Bevindingen die kunnen resulteren in mortaliteit of morbiditeit als niet wordt ingegrepen, maar niet direct levensbedreigend zijn.”

Beklaagde heeft de door haar geconstateerde bloeding op de CT-scan op goede gronden niet als een dergelijke kritische bevinding beschouwd.

Het relatief kleine hematoom was op zichzelf niet (potentieel) levensbedreigend. Beklaagde behoefde daarbij niet bedacht te zijn op de latere toediening van antistollingsmedicatie, nu zij geen aanwijzingen had voor in die richting wijzende problematiek bij de patiënt. Zij mocht er ook op vertrouwen dat een opvolgende behandelaar bij de bepaling van het verdere beleid kennis zou nemen van haar verslag. Zoals beklagde heeft aangevoerd zou bij een afwachtend beleid deze bloeduitstorting vermoedelijk vanzelf verdwijnen. In die zin was er ook geen sprake van een bevinding die onmiddellijke verandering in het beleid ten aanzien van de patiënt noodzakelijk zou kunnen maken.

Urgentieniveau 1 was daarmee dus niet van toepassing.

Verder hoefde beklagde er redelijkerwijs niet van uit te gaan dat dit hematoom op korte termijn zou kunnen resulteren in overlijden of ernstige bijkomende ziekteverschijnselen als niet zou worden ingegrepen. Ook de situaties beschreven onder urgentieniveaus 2 en 3 waren dus niet aan de orde. Er was wel sprake van een belangrijke bevinding, maar dat maakte het niet per definitie ook tot een kritieke bevinding zoals in de Leidraad gedefinieerd.

Overigens vermeldt het aanvraagformulier in de kop "S.E.H. CITO", en in zoverre was er wel belang bij een spoedige kennisneming door de verwijzer van de uitslag van de scan (en had beklagde dit ook kunnen weten), maar beklagde heeft haar verslag 70 minuten na de vervaardiging van de scan in het systeem gezet. Dat is voldoende voortvarend, ook omdat er van mag worden uitgegaan dat een verwijzer van de SEH op het verslag van een aangevraagde CT-scan zit te wachten. Dat is in dit geval ook gebleken, nu de co-assistent contact heeft gezocht met de dienstdoende radioloog. Nu deze radioloog daarvan geen aantekening heeft gemaakt, kon beklagde niet weten dat er een andere uitslag was doorgegeven en dat er daardoor geen belang meer was voor de verwijzer om (alsnog) kennis te nemen van het verslag van de CT-scan.

Ten slotte pasten de bevindingen van beklagde bij de op het aanvraagformulier vermelde klinische gegevens en vraagstelling.

5.5 Het College kan in de overwegingen van beklagde dus geen onjuistheden vaststellen en kan daarom ook niet concluderen dat beklagde tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld, hetzij op basis van deze Leidraad, hetzij anderszins. Het is het College niet duidelijk waaraan klaagster de termijn van 24 uur heeft ontleend.

5.6 Het voorgaande neemt niet weg dat radiologen in de praktijk vaak wel bellen met de aanvrager bij een uitslag als deze, of deze mondeling doorgeven. Deze praktijk is in ieder geval in lijn met de geest van de genoemde Leidraad. Die beoogt ertoe bij te dragen dat radiologische uitslagen tijdig bij de verwijzer terechtkomen en radiologen daarin, ondanks de primaire verantwoordelijkheid van de verwijzer, ook een rol te geven. In dit geval zou, als beklagde de uitslag direct telefonisch zou hebben doorgegeven, het beloop waarschijnlijk anders zijn geweest. Dan zou al spoedig zijn gebleken dat de op het formulier vermelde aanvrager niet de werkelijke aanvrager was en zou het verslag alsnog bij de SEH en de cardioloog terecht gekomen zijn. Ook zou naar voren hebben kunnen komen dat eerder telefonisch een onjuiste uitslag was doorgegeven. Kortom, door anderen gemaakte omissies of fouten zouden daardoor mogelijk gecorrigeerd zijn. Het lijkt dan ook gewenst dat niet alleen kritische bevindingen zoals nu verwoord in de Leidraad, maar ook andere belangrijke radiologische bevindingen wel direct (telefonisch of mondeling) worden doorgegeven aan de aanvrager. Het College geeft de NVvR in overweging om naar aanleiding van deze casus hierover nader te overleggen en zo nodig de Leidraad aan te passen.

5.7 Er is sprake geweest van een zeer ongelukkige samenloop van verschillende omstandigheden met een voor de patiënt en zijn familie buitengewoon tragische afloop. Van geen van die omstandigheden kan beklagde echter een tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt.

5.8 Gelet op het voorgaande zal de klacht ongegrond worden verklaard.

6. De beslissing

Het College verklaart de klacht ongegrond.

Deze beslissing is gegeven door N.B. Verkleij, voorzitter, M.M. van 't Nedereind, lid-jurist, H.N. Koetsier, P.C.L.A. Lambregts en E.P. van Heuzen, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door R.C. Kruit, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 18 juni 2019.

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 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht ongegrond is verklaard, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur Gezondheidszorg en Jeugd, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centraal 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. Degene die beroep instelt, is € 50,- griffierecht verschuldigd aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht van het Centraal Tuchtcollege. Als degene die in beroep is gegaan geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht terugbetaald.