

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 18105b

Uitspraak: 20 januari 2020

**HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS-
ZORG**

TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 2 juli 2018 binnengekomen klacht van:

[A]
wonende te [B]
klaagster
gemachtigde: mr. F.J. Straathof te 's-Hertogenbosch

en

[C]
wonende te [D]
klager
gemachtigde: mr. F.J. Straathof te 's-Hertogenbosch

tegen:

[E]
internist
werkzaam te [B]
verweerder
gemachtigde: mr. K. Zeylmaker te Rotterdam

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift en de aanvulling daarop;

- het verweerschrift;
- het proces-verbaal van het op 24 januari 2019 gehouden mondelinge vooronderzoek;
- de brief van 31 januari 2019, ontvangen van de gemachtigde van verweerder.
- de brief van 23 mei 2019 met bijlagen, ontvangen van de gemachtigde van klagers.

Na ontvangst van het verweerschrift heeft de secretaris de zaak naar een openbare zitting van het college verwezen.

De klacht is samen met de klachten gericht tegen twee andere verweerders (geregistreerd onder zaaknummer 18105a en 18105c) op de openbare zitting van 18 december 2019 behandeld. Partijen waren aanwezig (bijgestaan door hun gemachtigden).

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende.

Op 11 maart 2016 is bij de echtgenoot van klaagster, respectievelijk de vader van klager (hierna: de patiënt) uitgezaaide maagkanker geconstateerd. In het ziekenhuis is een palliatieve behandeling gestart met cytostatica, die onder meer bestond uit capecitabine. Nadat de patiënt op 28 april 2016 een tweede kuur kreeg toegediend, verslechterde zijn situatie snel. Op 4 mei 2016 meldde de patiënt zich op de spoedeisende hulp (SEH) met klachten van diarree, ontbrekende eetlust en buikpijnen. De dienstdoende arts-assistent op de spoedeisende hulp (verweerder in zaaknummer 18105c, hierna: arts-assistent 1) heeft de patiënt gezien en onderzocht. De patiënt kreeg een infuus van vocht en paracetamol toegediend. Arts-assistent 1 heeft de patiënt na overleg met zijn supervisor, tevens hoofdbehandelaar (verweerder in zaaknummer 18105a), naar huis gestuurd.

In het medisch dossier heeft arts-assistent 1 op 4 mei 2016 onder meer het volgende genoteerd:

“Reden van bezoek diarree// dehydratie ? bij chemo (28-04)

Anamnese (...)

Heden kuur 2. 1e dag 2e kuur op 28-4.

Nu sinds 2 dagen ontbreken van eetlust. Niet gebraakt. Na intake stekende/krampende pijn in epigastrio.

Tevens 3-4 keer per dag waterdunne diarree. Med hiertoe niet geholpen.

Gisteren totale intake aan water 625cc. Vandaag moet moeite 1 flesje nutridrink ingenomen. Enkele slokken water.

(...)

Vitaal. Geen thuiszorg. Diagnose kwam als donderslag bij heldere hemel.

Wil erg graag naar huis.

Lichamelijk onderzoek Controles: RR 134/88 mmHg, pols 64/min, SaO2 % zonder zuurstof, Ademhaling 20 /min, Temp 35.6 °C

Algemeen: Niet acuut ziek ogende patiënt. Helder en alert.

Anaemisch-, Cyanotisch-, Icterisch-, Dyspneu-, Oedemen-, Turgor normaal.

Cor: S1 S2 geen soufflé

Pul: Vesiculair ademgeruis zonder bijgeluiden

Abd: Normale peristaltiek, wisselende tympani, Enige drukpijn centraal in de onderbuik.

Geen spierverset. Geen slagpijn nierloges.

Dhr voelt zich na het inlopen van het infuus reeds veel beter.

Aanvullend onderzoek
CRP 31, leuko 3.3
INR 7.25

Lab: Na 137, K 4.3, U 9.1, kreat 69, MDRD 105

(...)

Overweging/ Differentiaaldiagnose 73-jarige patiënt met in de voorgeschiedenis recent gediagnosticeerd maagcarcinoom met metastasen op afstand (supraclaviculair). Nu 2e kuur epirubicine/oxaliplatin/capecitabine (1e dag 28-4).

Nu alhier in verband met misselijkheid, geen intake en diarree. Heden is nierfunctie uitstekend.

DD:

- Dreigende dehydratie

(...)

Beleid In overleg met [verweerder in zaak 18105a] internist:

- Gezien wens pt tot naar huis gaan à NH*
- TNO stop xeloda*
- Primperan 3dd*
- Granisetron zn*
- Vanavond geen sintrom*
- Vit K 2 mg alhier op SEH*
- Morgen thuis INR meten*
- Vrijdag belafsprak [verweerder in zaak 18105a]*
- Bij koorts melden op SEH"*

Op 6 mei 2016 (twee dagen later) was de toestand van de patiënt ernstig verslechterd waarop zijn echtgenote 's ochtends contact met de afdeling oncologie heeft opgenomen. Op advies van het behandelteam in het ziekenhuis is de huisarts gevraagd bij de patiënt langs te gaan. De huisarts gaf onmiddellijk opdracht de patiënt per ambulance naar het ziekenhuis te vervoeren.

Op 6 mei 2016 heeft een andere arts-assistent (hierna: arts-assistent 2) de patiënt gezien.

Arts-assistent 2 heeft op 6 mei 2016 onder meer in het medisch dossier genoteerd:

"Reden van bezoek koorts na chemo

Anamnese (...)

Heden kuur 2. 1e dag 2e kuur op 28-4.

4 mei op SEH gemeld ivm ontbreken eetlust, diarree en pijn epigastrio.

Vitaal, wilde graag naar huis daarom ontslag. Xeloda tno stop.

Decursus 6 mei:

Het is thuis niet meer te doen, ondanks hulp van zijn vrouw.

Krijgt nu niets meer binnen, erg misselijk maar zonder te braken. Heeft 5x/dag waterdunne ontlasting, geen bloed- of slijmbijmenging. Heeft ook buikpijn onderin de buik. gebruikt thuis tramadol maar pijn is niet te houden.

(...)

Lichamelijk onderzoek RR 146/94; HF 66; Sat 98%; Temp 37,4

Cor S1S2 s-

Pulm VAG bdz, geen bijgeluiden.

Abdomen: soepele buik, spaarzame peristaltiek, drukpijn onderin de buik met enig spierverzet.

Aanvullend onderzoek X-Thorax: consolidatie hilair recht, mogelijk alveolair oedeem. infiltraat niet waarschijnlijk bij kliniek

Lab:

CRP 270

Hb 9,2 (9,6)

Leuko 0,7 (3,3)

Tromb 123 (218)

(...)

Overwegingen/ Differentiaal diagnose 1) neutropene koorts 9 dagen na chemo,
diarree, nausea, buikpijn onderin.

2) pancytopenie

3) doorgesloten INR

Conclusie leukopene koorts na chemo

Beleid iom [verweerder], internist:

opname

NaCl 0,9% 2L/24 u

pijnstilling met zn morfine 2,5 mg sc

vanavond geen sintrom

primperan zn

feceskweken

Xeloda tno stop

morgen lab + inr

urinesed volgt à uitslag doorbellen naar arts ass.

Volledig beleid (heeft dit nog niet besproken met hoofdbeh, voor nu VB gezet)

bij koorts à bloedkweken en start fortum (ceftazidim)

(...)"

Op zaterdag 7 mei 2016 (exact tijdstip onbekend) is in het medisch dossier van de patiënt genoteerd:

"Beloop vpk: T39,9

Beleid - bloedkweken

- start ceftazidim 3 dd 2000 mg iv"

Op zaterdag 7 mei 2016 is door verweerder zelf in het medisch dossier van patiënt genoteerd (laatste notitie van die dag):

"Beloop vannacht heeft 2x dunne def, tevens buikpijn en misselijk

Conclusie neutropeen koorts. beleid : idem"

Zondagochtend 8 mei 2016 is de echtgenote van de patiënt door een verpleegkundige gebeld om te laten weten dat de patiënt wilde dat zijn echtgenote naar hem toe kwam. Het vermoeden bestond dat er een gaatje in de darm zat. Omdat de patiënt te zwak was, was een operatie geen optie. De indicatie werd gesteld om patiënt over te plaatsen naar de medium care. Omdat die afdeling volledig bezet was, werd hij overgebracht naar de afdeling spoedeisende hulp om met de behandeling te starten. De situatie van de patiënt is verder verslechterd en hij is snel daarna overleden.

3. Het standpunt van klagers en de klacht

Verweerder, als supervisor, wordt verweten dat op 6 mei 2016:

- is nagelaten een goede differentiaaldiagnose op te stellen en uit te werken;
- is nagelaten het lichamelijk onderzoek door de internist (verweerder) als supervisor zelf te laten verrichten;
- onvoldoende is gelet op de laboratoriumuitslagen en de gebruikte medicatie;
- onvoldoende is geluisterd naar de klachten van de patiënt, te weten buikpijn.

Ter onderbouwing van hun klacht verwijzen klagers naar de rapportages van 22 april 2017 en 5 september 2017 van hun medisch adviseur.

Zij hebben op de zitting nog toegelicht dat er met verweerder helemaal geen contact meer is geweest, de communicatie gebrekkig is geweest en niet alle facetten van het ziektebeeld aan bod zijn gekomen.

4. Het standpunt van verweerder

Met betrekking tot klachtonderdelen a en d voert verweerder aan dat de klacht buikpijn bij lichamelijk onderzoek is beoordeeld, waarbij geen alarmerende symptomen zijn vastgesteld. Er werd (wederom) gedacht aan de effecten van capecitabine, waarmee inmiddels al twee dagen was gestopt maar de effecten kunnen nog even doorwerken. De leukopenie is herkend want als werkdiagnose is "leukopene koorts" vermeld. Weliswaar was er geen koorts maar de opgeschreven werkdiagnose toont wel aan dat leukopenie is onderkend. Actie daartegen is niet te ondernemen (anders dan stoppen met capecitabine).

De verhoogde CRP is inderdaad een signaal maar ook onderkend door verweerder. In zijn telefonisch consult op 6 mei 2016 met arts-assistent 2 (op de SEH) is besproken de patiënt op te nemen om hem nauwlettend te observeren en dat er (direct) gestart moest worden met ceftazidim alsook dat ingeval de patiënt alsnog koorts zou krijgen, er een bloedkweek moest worden afgenomen. Arts-assistent 2 heeft echter, zo blijkt uit zijn aantekening in het medisch dossier, het starten met ceftazidim gerelateerd aan koorts, zodat niet direct met deze antibiotica is gestart. Met ceftazidim is alsnog circa 16 uur later gestart wat niet van invloed is geweest op het beloop en afloop.

Daarnaast bedroeg op 6 mei 2016 de bij patiënt gemeten lichaamstemperatuur 37,4 graden Celsius en was er geen sprake van koorts. De werkdiagnose "leukopene koorts" doet daar niet aan af.

Er was sprake van 4 tot 5 keer per dag diarree, wat naar medisch objectieve maatstaven niet onhoudbaar is.

Met betrekking tot klachtonderdeel b voert verweerder aan dat arts-assistent 2 een volwaardig (basis)arts is en prima in staat is op zelfstandig patiënten te onderzoeken. Er was geen reden voor verweerder de patiënt zelf te onderzoeken en klagers motiveren niet waarom verweerder dat wel had moeten doen. Er is besloten de patiënt op te nemen, wat ook is gebeurd en een eigen onderzoek door verweerder had dat niet anders gemaakt.

Met betrekking tot klachtonderdeel c stelt verweerder dat onduidelijk is op welke laboratoriumuitslagen hij niet heeft gelet, en waar hij dan wel op had moeten letten. De temperatuur is vermeld en de patiënt had op 6 mei 2016 geen koorts. De fors verhoogde CRP-waarde is niet genegeerd want de patiënt is niet voor niets opgenomen en geobserveerd.

5. De overwegingen van het college

Het college heeft er begrip voor dat de ziekte en het overlijden van patiënt voor klagers zeer aangrijpend zijn geweest. Toch zal ook in dit geval, waar het gaat om de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen, moeten worden beoordeeld of verweerder bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Daarbij wordt rekening gehouden met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klager klachtwaardig geachte handelen en met wat in de beroepsgroep terzake als norm was aanvaard.

De klacht van klagers richt zich uitsluitend op het handelen van verweerder op 6 mei 2016.

Daarom beoordeelt het tuchtcollege alleen zijn handelen op die dag en laat zijn handelen op

7 en 8 mei 2016 buiten beschouwing omdat hierover in deze aan het college voorgelegde klacht niet is geklaagd.

Het college ziet aanleiding alle klachtonderdelen gezamenlijk te behandelen.

Mede onder verantwoordelijkheid van verweerder heeft arts-assistent 2 de patiënt op 6 mei 2016 gezien en onderzocht. Uit het medisch dossier volgt dat de patiënt beduidend zieker was dan twee dagen daarvoor, op 4 mei 2016, toen de patiënt zich op de afdeling spoedeisende hulp meldde met klachten van diarree, ontbrekende eetlust en buikpijnen. Op 6 mei 2016 kreeg arts-assistent 2 van de patiënt te horen dat het thuis, ondanks hulp van zijn vrouw, niet meer te doen was. Hij kreeg niets meer binnen, was erg misselijk (maar zonder te braken) en had ook pijn onderin de buik. Ondanks gebruik van tramadol thuis was de pijn niet te houden. Klagers hebben verklaard dat de patiënt in de ochtend van 6 mei 2016 thuis onverklaarbare rillingen had (op de zitting geduid als koude rillingen) en rond 13.30 uur per ambulance naar de spoedeisende hulp is gebracht en uiteindelijk rond 22.30 uur is opgenomen op de afdeling. Ter zitting is duidelijk geworden dat het verblijf op de SEH, ten behoeve van onderzoek en vaststellen van het beleid, een tijdbestek heeft genomen van grofweg 14.00 tot 22.30 uur (in het medisch dossier is geen notitie van tijden aanwezig, alleen van data).

Verweerder heeft verklaard vanaf vrijdag 6 mei 2016 van 17.00 uur tot zondagochtend 8 mei 2016 dienst te hebben gehad en op 6 mei 2016 om 21.30 uur voor overleg over de patiënt is gebeld. Verweerder heeft – zo heeft hij ter zitting verklaard – de patiënt op

6 mei 2016 zelf niet gezien. In het verweerschrift stelt verweerder dat in zijn telefonisch consult met arts-assistent 2 is besproken de patiënt op te nemen om hem nauwlettend te observeren en dat er gestart moest worden met antibiotica. In medisch dossier is dat echter niet terug te lezen en op de zitting heeft verweerder verklaard niet de vraag te kunnen beantwoorden wanneer precies met de antibiotica is, of zou moeten worden gestart. Wel constateert het college dat op 6 mei 2016 onder reden van bezoek “koorts na chemo” is vermeld terwijl daar op dat moment (nog) geen sprake van was (vermeld werd een temperatuur van 37,4 graden Celsius).

Het college houdt het op basis van de gegevens ontleend aan het medisch dossier (zie onder 2. De Feiten) erop dat de op de SEH voorgestelde antibiotica pas op zaterdagnacht 7 mei 2016 bij een lichaamstemperatuur van 39,9 graden Celsius koorts is gestart. Het feit dat de CRP-waarde in twee dagen tijd was gestegen van 31 naar 270 mg/L en tevens het leucocyten-gehalte in twee dagen tijd was gezakt van 3.3 naar $0,7 \cdot 10^9/L$ was alarmerend. In verband met een zeer wel mogelijk of dreigend, ernstig ontstekingsgevaar had alerter gehandeld moeten worden. Bij al deze aanwezige klinische parameters, bij een patiënt met een dergelijk complex ziektebeeld, had van verweerder als supervisor mogen worden verwacht dat hij deze patiënt zelf zou zijn gaan zien. Dit heeft hij tuchtrechtelijk verwijtbaar nagelaten.

Door beter te luisteren naar de presentatie van het klachtenpatroon van patiënt, oog te hebben voor alarmerende laboratoriumgegevens, die in de loop van de dagen klinisch relevante veranderingen lieten zien, in combinatie met de onderliggende aandoening en behandeling van patiënt had verwacht mogen worden dat verweerder zelf de patiënt had gezien op de SEH op 6 mei 2016 en zelf als supervisor had kunnen komen tot een goede differentiaaldiagnose die nu ontoereikend is geweest.

Het college komt dan ook tot de conclusie dat alle klachtonderdelen gegrond zijn.

Bij het opleggen van de maatregel betreft het college dat verweerder als supervisor op essentiële onderdelen tekort is geschoten: onvoldoende gevoel voor urgentie, incorrecte interpretatie van veranderde laboratoriumgegevens, progressief verslechterend klinisch beeld en inadequate communicatie (doorvragen) met de arts-assistent op de SEH. Hierdoor ontstaat een totaalbeeld van handelen van verweerder wat het college als laakbaar aanmerkt. Verweerder heeft, naar oordeel van het college, de situatie in dit geval aantoonbaar onjuist ingeschat en niet gehandeld zoals van een behandelend/superviserend arts/specialist mag worden verwacht. Daarom is een berisping passend en geboden.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht in alle onderdelen gegrond;
- legt aan verweerder de maatregel van berisping op.

Aldus beslist door T. Zuidema als voorzitter, A.H.M.J.F. Piëtte als lid-jurist, J.I. van der Spoel, H.A.M. Sinnige en W.F.R.M. Koch als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van I.H.M. van Rijn als secretaris en in het openbaar uitgesproken door C.D.M. Lamers op 20 januari 2020 in aanwezigheid van de secretaris.