

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 129/2019

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 17 januari 2020 naar aanleiding van de op 11 juni 2019 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam ingekomen en naar het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle doorgezonden klacht van:

A en zijn echtgenote **B**, beiden wonende te **C**,
bijgestaan door mr. A. van der Weijden, advocaat te Haarlem,

k l a g e r s

-tegen-

D, arts, (destijds) werkzaam te **E**,
bijgestaan door mr. E. van der Linde, werkzaam bij VvAA Rechtsbijstand te Utrecht,

b e k l a a g d e

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met bijlage.

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

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 6 december 2019. Partijen waren, bijgestaan door hun gemachtigden, aanwezig.

Ter zitting is eveneens een klacht behandeld die klagers tegen een collega van beklagde hebben ingediend. Deze zaak is bekend onder nummer 130/2019. In beide zaken wordt afzonderlijk uitspraak gedaan.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het “reactieformulier van calamiteiten in ziekenhuizen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg”) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klager, geboren in 1967, is na een ongeval met een crossmotor in de ochtend van 3 april 2016 rond 10:30 uur binnengebracht op de SEH. Klager was bij binnenkomst hemodynamisch stabiel, de gehele buik was drukkijnlijk. De klachten pasten bij een stomp buiktrauma.

Bij klager zijn na binnenkomst onder meer een X-thorax en een ECG vervaardigd. Deze onderzoeken vertoonden geen relevante bijzonderheden. Ook is Lab-onderzoek gedaan (Hb 10,0, leuko's 3,6, kalium 2,6, kreat 116, MDRD 58, glucose 6,8 en CRP < 5). Besloten werd tot het maken van een CT-scan van de buik (CT-abdomen). In het door een collega radioloog van beklagde gemaakte verslag van deze op 3 april 2016 gemaakte CT-scan staat:

“Klinische gegevens: Stuur in de buik met motorcross.

Vraagstelling: Bloeding?

Verslag: Onderste longvelden helder. Skelet geen fractuur. Verspreid in het abdomen minimaal spoortje vocht. Daarbij oedemateuze proximale jejunumlussen met hieromheen wat drukke tekening. Zie voorbeeld rond image 62 en bijvoorbeeld coronaal image 40. Ook linkeronderbuik rond image 90. Dit past bij uitgebreid contusioneel jejunum letsel. Geen vrije lucht. Verder aan de parenchymateuze organen en ook milt, linkernier geen bijzonderheden.

Conclusie: Contusioneel jejunum letsel.”

De CT-scan is in een traumabespreking om 12:00 uur nog eens beoordeeld door dezelfde collega radioloog en de dienstdoende chirurg. Dit overleg heeft niet tot nieuwe inzichten geleid. Klager is vervolgens ter observatie opgenomen op de verpleegafdeling traumatologie. Hij had op dat moment buikpijn waarvoor pijnmedicatie werd gegeven.

In de ochtend van 4 april 2016 maakte klager een zieke indruk en werd besloten een controle CT-abdomen te maken. Deze is om 11.20 uur gemaakt. Tijdens de CT-scan, waarbij klager plat moest liggen, trad er een toename en verandering van de pijn op. De pijn zat vanaf dat moment meer in de bovenbuik en vast aan de ademhaling. In het door beklagde gemaakte verslag van het CT-abdomen onderzoek van 4 april 2016 staat:

“Klinische gegevens: Hoogenergetisch trauma met val met motor. Stuur in buik.

Vraagstelling: Vrij vocht of fractuur?

Verslag: Ten opzichte van de opnamen van gisteren nu toch toename van een matige hoeveelheid vrij vocht rond de lever met name ook rond de milt. Ter plaatse van de

bovenpool van de milt sterk verdenking miltletsel met mogelijk miltruptuur rond de milt zelf.

Proximale tractus digestivus nu redelijk gevuld met oraalcontrast. Hieraan nu toch geen bijzonderheden zichtbaar. Geen aanwijzingen voor duodenum-letsel. Wel ook enig vrij vocht c.q. bloed retroperitoneaal in Douglas. Skelet toont oude degeneratieve veranderingen laaglumbaal, geen traumatisch ossaal letsel.

Conclusie:

Sterke aanwijzingen miltletsel, daarnaast mogelijk ook mesenteriaal vaatletsel gezien retroperitoneaal vocht. Een en ander overlegd met [physician assistant], e.a. chirurgie.”

Door de chirurg is gekozen voor een conservatief beleid met overplaatsing van klager naar de IC ter observatie in verband met verdenking van een miltruptuur.

De klinische toestand van klager is hierna geleidelijk achteruitgegaan.

Op 4 april 2016 is rond 18.15 uur een thoraxfoto gemaakt met de vraag of sprake was van een longcontusie of infiltraat. De uitslag luidde: *“enige atelectase en pleuravocht links bij licht versterkte vaattekening.”* Gestart werd met ademhalingsondersteuning (non invasieve beademing) en antibiotica intraveneus IV. De intensivist constateerde bij onderzoek drukpijn in de bovenbuik, zonder hoorbare peristaltiek. Vanaf 20.30 uur werd gestart met continue pijnbestrijding. In de loop van de avond nam de hartfrequentie toe en daalde de zuurstofsaturatie. Ook ontstond een temperatuurverhoging. Ondanks vochttoediening bleef de urineproductie laag en de hartfrequentie hoog. De door de intensivist aangenomen werkhypothese was op dat moment een hart-/longcontusie. Omdat het HB-gehalte bij klager hoog bleef werd een bloeding van de lever/milt uitgesloten.

Om 23.30 uur is klager opnieuw beoordeeld door de intensivist vanwege een geleidelijk verslechterende klinische situatie (onder meer toenemende hartfrequentie en ondanks extra vocht afnemende urineproductie). Na een ECG, echo van het hart en een controlefoto van de thorax, was de conclusie dat het klinische beeld zou kunnen passen bij een contusio cordis.

Bij een door hem gemaakte echo van de buik, zag de intensivist veel vocht bij de milt en weinig vocht bij de nieren en de holte van Douglas. De intensivist heeft rond 0.00 uur telefonisch overleg gehad met beklaagde. De vraag was of het, gezien de veranderende klinische situatie, zinvol was om een controle CT-abdomen te maken. Omdat de bevindingen van de echo overeenkwamen met de meest recente CT-scan, hebben beklaagde en intensivist geconcludeerd dat een controle CT-scan geen meerwaarde zou hebben. Beklaagde heeft daarbij gezegd dat als je zekerheid wilde hebben over de aard van de grote hoeveelheid abdominaal vocht, dat dan geopereerd moest worden (of een peritoneale tap uitgevoerd zou moeten worden).

In de ochtend van 5 april 2016 is klager met spoed geopereerd wegens symptomen die pasten bij peritonitis (buikvliesontsteking). Bij de start van de operatie is een circulatiestilstand opgetreden waarbij klager moest worden gereanimeerd. Tijdens de reanimatie heeft de chirurg de buik geopend ter decompressie en om deze van binnen te kunnen onderzoeken. Er bleek sprake van een jejunumruptuur die werd overhecht.

Klager heeft door de circulatiestilstand/reanimatie blijvende neurologische schade opgelopen.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGERS EN DE KLACHT

Klagers verwijten beklagde - zakelijk weergegeven - dat:

- a. hij de radiologische beelden niet juist heeft beoordeeld waardoor een te afwachtende houding is ingenomen;
- b. zijn verslaglegging onjuist en te summier is (hij had ook nevenbevindingen moeten noteren);
- c. hij naar aanleiding van het telefonisch overleg met de intensivist (rond middernacht in de nacht van 4 op 5 april 2016) zijn eerdere bevindingen had moeten heroverwegen.

4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklaagde erkent dat er sprake is geweest van een omissie bij het beoordelen van de CT-scan van 4 april 2016. Hij heeft de lekkage van oraal contrastvloeistof buiten de darm niet gezien. De symptomen van klager waren te verklaren door de sterke verdenking op miltletsel met mogelijk een miltruptuur. Op het moment van de CT-scan werd door klager de pijn meer in de miltregio dan in de onderbuik aangegeven. Beklaagde heeft het jejunum wel beoordeeld maar de contrastlekkage niet opgemerkt. Het homogene aspect van het vocht paste meer bij bloed dan bij darminhoud. Daarnaast was geen vrij lucht in de buikholte zichtbaar. Bij het telefonisch overleg met de intensivist zag beklagde geen meerwaarde in het maken van een nieuwe CT-scan, vanwege het stabiele HB-gehalte in het bloed. Dit riep bij beklagde wel de vraag op of het vocht in de buik mogelijk geen bloed was, maar bijvoorbeeld urine of vocht anderszins. Om zekerheid te krijgen over de aard van het vocht, adviseerde beklagde eerder een diagnostische punctie van de buikholte. Beklaagde wijst erop dat bij het beoordelen van radiologische beelden een onvermijdelijke menselijke factor bestaat en dat sommige afwijkingen, zelfs achteraf duidelijk zichtbare afwijkingen, gemist kunnen worden.

Het radiologisch verslag voldoet volgens beklagde aan de eisen die daaraan worden gesteld. Het klachtonderdeel dat daarop betrekking heeft is volgens beklagde ongegrond.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard. Zoals door klaagster tijdens de zitting nog eens is toegelicht, heeft de circulatiestilstand voor klager en zijn naasten ingrijpende en blijvende gevolgen. De vraag

of de opgetreden circulatiestilstand het (uiteindelijke) gevolg is van handelen van beklagde kan en zal het college niet beantwoorden. Het oordeel over dit (gestelde) causaal verband is niet aan de tuchtrechter, die slechts een oordeel geeft over het handelen/nalaten van beklagde en niet over het mogelijk gevolg daarvan. De toetsing van het handelen van beklagde moet voorts plaatsvinden in het licht van wat hem op het moment van zijn handelen bekend was en bekend kon zijn.

5.2

Beklaagde is bij de behandeling van klager betrokken geweest op 4 april 2016. Op die dag heeft hij de CT-scan beoordeeld en verslagen. Rond middernacht (de nacht van 4 op 5 april 2016) heeft de intensivist telefonisch contact opgenomen met beklagde en hebben zij besproken of aanvullend onderzoek door middel van een nieuwe CT-scan toegevoegde waarde zou hebben. Hierna is beklagde niet meer betrokken geweest bij de behandeling van klager.

5.3

Vaststaat dat beklagde de zichtbare lekkage van oraal contrastvloeistof op de CT-scan van 4 april 2016 niet heeft gezien en daarmee de jejunumruptuur heeft gemist. Bij de beoordeling van het eerste klachtonderdeel gaat het erom of beklagde hiervan een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Het college is van oordeel dat dit het geval is. Hierbij is het volgende van belang.

Beklaagde heeft zich voorafgaand aan de uitvoering van de CT-scan rekenschap gegeven van de aard van het ongeval met stomp buiktrauma. Juist vanwege de kans op darmletsel heeft beklagde opdracht gegeven klager voorafgaand aan het beeldvormend onderzoek oraal contrast te laten drinken. Ook de op 3 april 2016 gemaakte CT-scan en de in het verslag daarvan beschreven bevindingen aan het jejunum noopte tot alertheid op (dunne)darmletsel.

Ondanks het op – onder meer – letsel aan de (dunne) darm gerichte onderzoek heeft beklagde een duidelijk zichtbare lekkage van oraal contrastvloeistof op de CT-scan gemist.

Dat beklagde door het door hem geconstateerde miltletsel minder alert was op eventueel daarnaast nog aanwezig letsel zou een verklaring kunnen zijn voor het missen van de diagnose, maar neemt de verwijtbaarheid niet weg. Gelet op de eerdergenoemde omstandigheden bleef alertheid op jejunumletsel geboden.

Dit betekent dat klachtonderdeel a slaagt.

5.4

Voor zover dit betrekking heeft op de verslaglegging ten aanzien van het jejunum, slaagt ook klachtonderdeel b. Gelet op de eerdere bevindingen aan het jejunum en de toevoeging van oraal contrastmiddel met het oog op het uitsluiten van darmletsel, was een uitgebreidere beschrijving van de staat van het jejunum aangewezen (anders dan dat er aan de proximale tractus digestivus nu geen bijzonderheden waren). Op zijn minst had beklagde moeten beschrijven of hij al dan niet (nog) afwijkingen zag en, als dit het geval was, of deze afwijkingen al dan niet vergelijkbaar waren met de op de op 3 april 2016 gemaakte CT-scan geconstateerde afwijkingen.

Voor het overige was de verslaglegging, hoewel inderdaad summier, afdoende. Juist is dat niet expliciet vermeld is dat bij de CT-scan gebruik is gemaakt van oraal contrast.

Uit het verslag, waarin staat dat de proximale tractus digestivus “nu redelijk gevuld met oraalcontrast” was, komt het gebruik van oraal contrast echter wel voldoende helder naar voren. Beklaagde heeft verder als nevenbevinding benoemd het bestaan van degeneratieve veranderingen laaglumbaal. Het specifiek(er) benoemen van nevenbevindingen als een discopathie, lumbale wervels, liesbreuk en (volgens klagers) oude scapulafractuur links, was in de traumasetting met de daarop gerichte vraagstelling waarin deze CT-scan werd aangevraagd klinisch niet voldoende relevant. Het niet vermelden van deze door klagers genoemde nevenbevindingen leidt dan ook niet tot de conclusie dat de verslaglegging onvoldoende of onvolledig is geweest.

Ook de beschrijving van het door beklagde geconstateerde vocht als een “toename van een matige hoeveelheid vocht” was adequaat. De beschrijving van een toename van vocht in de buik was alarmerend. In combinatie met het door beklagde geziene letsel aan de milt heeft dit er ook toe geleid dat klager door de behandelend chirurg is overgeplaatst naar de IC.

5.5

Bij de beoordeling van klachtonderdeel c gaat het college uit van wat beklagde op de CT-scan van 4 april 2016 heeft gezien en niet van wat hij op de CT-scan had moeten zien. Dit is immers al aan de orde geweest bij de beoordeling van klachtonderdeel a. Dat betekent dat bij de beoordeling van klachtonderdeel c wordt uitgegaan van de bevinding dat sprake was van een toegenomen hoeveelheid vocht in de buikholte en miltletsel.

Beklaagde is rond middernacht gebeld door de intensivist. De intensivist heeft op dat moment aan beklagde voorgehouden dat de hoeveelheid vocht in de buikholte nog verder was toegenomen, terwijl het HB hoog bleef. Ook ging de klinische toestand van klager achteruit. Anders dan klagers menen, heeft beklagde wel een heroverweging van zijn eerdere bevindingen gemaakt door de mogelijkheid onder ogen te zien dat het geziene vocht geen bloed was. Het nog verder toenemen van de al op de CT-scan van 4 april 2016 geconstateerde vocht, hoefde voor beklagde geen reden te zijn tot verdere heroverweging van zijn eerdere bevindingen. Beklaagde heeft de intensivist daarop in overweging gegeven te opereren of te beslissen tot een diagnostische punctie van het vocht in de buik om zekerheid te krijgen over de aard van het vocht. Dit was een adequaat advies. Het college is van oordeel dat het vervolgens niet aan beklagde als radioloog was om een beslissing te nemen tot het openen van de buik of nader onderzoek. Het lag op de weg van de behandelend arts om in een geval als deze, waarin de klinische toestand van de patiënt niet langer in overeenstemming was te brengen met het door beklagde op de CT-scan geconstateerde miltletsel, het beleid te bepalen.

Geconcludeerd moet dan ook worden dat klachtonderdeel c niet slaagt.

5.6

Gelet op het voorgaande is klachtonderdeel a gegrond en klachtonderdeel b deels gegrond. Met betrekking tot de op te leggen maatregel overweegt het college als volgt. Nu beklagde onvoldoende zorgvuldig heeft gehandeld is een waarschuwing een passende maatregel. Hierbij laat het college meewegen dat beklagde zich in de stukken en ook ter zitting toetsbaar heeft opgesteld. Zo heeft beklagde zelf naar voren gebracht dat hij vanwege zijn betrokkenheid bij motorcross in het verleden bedacht was op de risico's van stomp buiktrauma. Ook is beklagde op zoek gegaan naar een verklaring

voor het missen van de diagnose. Tenslotte is van belang dat beklagde niet eerder met het tuchtrecht in aanraking is gekomen.

6. DE BESLISSING

Het college:

- verklaart de klachtonderdelen a gegrond en b (deels) gegrond;
- legt beklagde in verband daarmee een waarschuwing op;
- verklaart de klacht voor het overige ongegrond.

Aldus gegeven door W.J.B. Cornelissen, voorzitter, M. Mostert, lid-jurist, M. Kraai, B. Kreike en P. Plantinga, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van M. Keukenmeester, secretaris.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als

- het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard of
- als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

c. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.