

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2021/2336

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 10 maart 2021 binnengekomen klacht van:

A
wonende in B,
B. ,
wonende in C,
D. ,
wonende in B,
klaagsters,
gemachtigde: mr. M.H.M. Mook, werkzaam in Leusden,
tegen

E,
chirurg,
destijds werkzaam in B,
verweerder,
gemachtigde: mr. D. Zwartjens, advocaat in Utrecht.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

De klacht is op de openbare zitting van 16 november 2021 behandeld.

Partijen waren aanwezig, met uitzondering van klaagster sub 1. Klaagsters werden bijgestaan door mr. Mook en verweerder door mr. Zwartjens.

2. Waar gaat deze zaak over?

Op 18 F 2018 is bij de heer G (echtgenoot van klaagster sub 1 en vader van klaagsters sub 2 en 3, hierna: de patiënt) een sigmoïdrectomie uitgevoerd in verband met een grote poliep. In de ochtend van 21 F 2018 is hij in het ziekenhuis overleden. Klaagsters verwijten de chirurg, die de avond en nacht voor het overlijden als behandelaar bij de patiënt betrokken was, – kort gezegd – dat hij de patiënt onvoldoende zorg heeft verleend. Het college acht de klacht gedeeltelijk gegrond en licht dit hierna toe.

3.. De feiten

3.1 Na de sigmoïdrectomie op 18 F 2018 heeft de patiënt epidurale pijnbestrijding gekregen. De avonddienstverpleegkundige noteerde in het medisch dossier (alle citaten met inbegrip van eventuele type- of taalfouten):

“Infuus is gesneuveld, nieuwe is geprikt. Pijn is dragelijk met epiduraal”

3.2. Op 19 F 2018 heeft de dagverpleegkundige in het dossier genoteerd:

“(..) 1. Vanmorgen met anesthesist overlegt, hr kan de benen totaal niet bewegen, dus mobiliseren lukt niet. p/o de epi verlaagd naar st.8.0

2. Eten en drinken gaat goed. Hr is niet misselijk en geen vol gevoel.

3. UP: voldoende. Cad gespoeld, zat verstopt, loopt weer goed af.(..)

6. Hr heeft nagenoeg geen pijn.

7. Hr voelt zich goed, vindt het jammer niet te kunnen mobiliseren. (..)"

3.3. De arts-assistent heeft op 19 F 2018 om 14:37 uur vermeld:

"gaat goed, pijn oc. Redelijke intake. Weer gevoel in benen na verlaging epiduraal.Lichamelijk onderzoek UP: goed

infuus 1.5L

(..)"

3.4. De avondverpleegkundige heeft genoteerd:

"(..) 8. Familie vond dhr. erg onrustig en warm, co's zie metingen.

1. Temp liep op, arts gebeld om 19:00 uur, komt langs bij dhr.

5. Hr. lag met vlagen te slapen.

2. Infuus is gesneuveld, 20:00 nogmaals ass gebeld.

(..)

2. kreeg om 23:00 een nieuw infuus van de IC vpk.

1. Ass. kwam om 23:10 op de afdeling, maakt zich geen zorgen. Familie hiervan op de hoogte gebracht, zij maakte zich erg zorgen. Zorgen zijn niet weggenomen. (..)"

Bij de metingen is vermeld:

"HR 78 bpm NIBP 135/67/(90) mmHg Temperatuur 37.8 C (..)"

De arts-assistent heeft opgeschreven:*"Langsgelopen ivm eerder op de dag T38,4 en zorgen familie. Voelt zich goed. Geen pijn. Niet misselijk. (...) Co: inmiddels T37,4"*

3.5. De nachtverpleegkundige heeft op 20 F 2018 om 03:33 uur genoteerd:

"(..) controles om 2.30 weer gedaan, 151/67, puls 86, temp beide oren gedaan 38.6/38.9

deze doorgebeld aan ass. even aankijken zij ze als de her zich niet lekker gaat voelen of pijnlijk word terug bellen

om 3.20 weer langs dhr geweest vond hem een beetje onrustig worden , raakte geirriterd door alles kon niet goed aangeven wat er aan de hand was, wilde ook met benen uit bed kon niet stil liggen

dacht dat hij def. kreeg in bed vond hij ook vervelend gerust kunnen stellen. ass.

gebeld om langs te komen omdat ik het niet vertrouwde. bij het verschonen zag ik dat het geen ontlasting was maar bloed ass. heeft dat gezien, heeft een bloedkweek + hb geprikt

gaat met haar baas overleggen over bloedverlies.

door de epiduraal gaf dhr geen pijn in de buik aan

dhr gaat ook starten met ab

dhr net weer verschoond blijft bloeden rectaal ass. komt zo weer langs"

3.6. De arts-assistent is langsgelopen en heeft op 20 F 2018 genoteerd:

"(..) 2:30u: gebeld door vpk ivm koorts, T38,6, andere oor 38,9, RR 151/75, p86, sat 96%. Voelt zich goed, geen pijnklachten, niet misselijk. B/ Morgen chi lab

3.00u opnieuw gebeld, voelt zich toch niet goed.

A/ Voelt zich niet lekker. Kan niet goed beschrijven. Weet zich geen houding te vinden. Niet zo zeer pijnlijk (epiduraal). Niet misselijk, zit er tegen aan. (..)

LO/ Onrustige man, klam, weet zich geen houding te vinden

Controles: p74, RR152/74, sat 94%, eerst T38,9, later T38,3. UP 500CC in 6 uur. (...)

Abdomen: bolle buik, spaarzame hoogklinkende peristaltiek, buik gevoelig bij palpatie met name onderin met enig spierverzet, geen loslaatpijn, buik gespannen maar soepel. Bij omkeren in bed, blijkt tevens dat er sprake is van bloedverlies rectaal, donker van kleur met wat stolsels. Geen ontlasting. (..)

C/ 1. Koorts DD postoperatief, DD serosa letsel, cave (vroeg) naadlekkage, abcesvorming

2. Bloedverlies rectaal DD nabloeding op de naad

3. Beginnend ileus(..)

Morgen chi.lab, + evt verder focus onderzoek/beeldvorming

7.30u: langsgelopen. (..) Voelt zich wat beter dan vannacht, nog steeds onrustig, boert veel/oprispingen. RR158/52, p66, T37,9.

> lab volgt, bloedverlies monitoren, bij aanhouden evt start tranexaminezuur? MH in."

3.7 Op 20 F 2018 om 9.00 uur was de EWS (early warning score) 4. Om 09:43 uur is een andere arts-assistent langs geweest bij de patiënt. Hij noteerde:

"(..) Anamnese: EWS 4 ivm onrust, snelle AF, T38,4 en zorgen VPK. Patient geeft onduidelijk pijn aan. boeren, misselijk.

Lichamelijk onderzoek: p66, RR 158/52, T37.9

Aanvullend onderzoek: CRP 275, Hb 7.9 leu 8.2

Beleid: Cave naadlekkage

3.8 De dienstdoende chirurg heeft daarop de patiënt bezocht en de arts-assistent opdracht gegeven voor een CT-scan met contrastvloeistof, ter uitsluiting van een naadlekkage, en verhoging van het infuus naar 3L. Het lukte niet om de sonde met contrastvloeistof bij de patiënt in te brengen. De CT-scan is zonder contrastvloeistof gemaakt. Over de uitslag van de CT-scan staat het volgende in het dossier vermeld:

"CT: Uitgebreid vrij lucht intraperitoneaal, met name in de bovenbuik, en meer uitgesproken subcutaan emfyseem links lateraal, mogelijk nog postoperatief lucht bij status na zeer recente laparoscopische sigmoïdrectomie. D.d. perforatie, echter geen uitgebreid vrij vocht, en waarschijnlijk reactief infiltratieve afwijkingen van vetweefsel bij status na recente operatie, geen tekenen van uitgebreide lekkage bij de naad.. Geen abscessen afgrensbaar."

3.9 Verweerder is (trauma)chirurg. Op 20 F 2018 om 13:00 uur heeft hij de dienst overgenomen van de hiervoor genoemde chirurg. Op weg naar het ziekenhuis is de patiënt aan hem overgedragen. Daarbij is gezegd dat een CT-scan zou volgen. In de middag heeft verweerder operaties verricht bij andere patiënten.

3.10 De radioloog heeft zijn bevindingen omtrent de CT-scan om 14:00 uur besproken met de arts-assistent. De dienstdoende chirurg heeft daarop overlegd met de operateur, waarbij een conservatief beleid is afgesproken. In het medisch dossier staat:

"(..) conservatief, controles a 2 uur, niets per os. Vanavond lab. morgenochtend lab. - controles 16:15: 172/78, p81 O2sat 94% zz, T37,6"

3.11 De dagverpleegkundige noteerde in het dossier dat de controles de hele dag stabiel waren en dat ondanks de epiduraal de patiënt vanaf de middag pijnklachten aangaf. Ook beschreef zij een bolle buik. Zij overlegde met de anesthesist, die een proefstop van de epiduraal en 6 mg morfine voorschreef.

3.12 Om 19:00 uur heeft verweerder de patiënt, samen met de twee betrokken arts-assistenten, bezocht. Een van de arts-assistenten heeft in het medisch dossier genoteerd:

"(..) herbeoordeling 19:00 met D en F:

- patient reageert minder adequaat en is onrustig

- controles nog steeds goed

- buik drukkijnlijk en bol, geen passief spierverset

- lab volgt

- beleid volgt na overleg met [naam operateur]"

3.13 Op 20 F 2018 om 19:00 uur waren er drie CRP-waardes bekend: op 19 F 2018 om 08:00 uur bedroeg deze 82 mg/l, op 20 F 2018 om 08:00 uur bedroeg deze 275 mg/l en op 20 F 2018 om 19:00 uur bedroeg deze 341 mg/l.

3.14. De avondverpleegkundige heeft genoteerd:

"(..) Dhr. kreunt/schreeuwt van de pijn. iov anesthesist nu 10mg morfine geven, en weer starten met de epiduraal. (..) Eerste spuit aangehangen om 17:15. (...) Tweede spuit aangehangen om 23:00. Dhr. heeft een enorme bewegingsdrang. (..) Dhr. reageert nauwelijks op vragen of opdrachten. Hr. heeft braakneigingen, komt echter niets ondansetron gegeven. (..)18:30, dhr. heeft nogmaals rectaal bloedverlies -> melena + veeg helder rood. Daarbij temp 38,7. Doorgebeld aan ass, kwamen langs (dr. D, dr. G en dr. F). Maken zich echter objectief gezien geen zorgen. Dhr. kreunt van de pijn maar epiduraal zit goed, dhr heeft pinpoints dus dhr. mag geen morfine meer krijgen. (..) Temp en verhoogd crp wordt nog geaccepteerd ivm ontstekingsreactie na ok. Dhr. kreunt continu, darmen zijn beluisterd; spaarzame peristaliek. Geen loslaatpijn. Dhr. drinkt, echter geen braken dus goed teken. Artsen geven aan dat dit ook beleving van dhr. kan zijn.

3.15 Om 20:30 uur heeft verweerder de patiënt opnieuw bezocht, samen met de arts-assistent. In het medisch dossier heeft de arts-assistent genoteerd:

20:30u Patient samen beoordeeld met D. ESW 3 obv p106, RR171/69, AH 20 sat 94%, T38,9

Kan niet duidelijk aangeven waar hij pijn heeft (..)

Lichamelijk onderzoek Epiduraal stand 9 Onrustige man, kreunt, roept continu au. Bewegelijk in bed. Drukt zichzelf op van het matras om lichaam te verplaatsen in bed. Pinpoint pupils. Abdomen: spaarzame peristaltiek, bolle buik, hypertympan, drukpijn diffuus gehele buik. Geen loslaat pijn. Geen peritoneale prikkeling. Insteek opening epiduraal rustig.

(..)

Conclusie: +2 na laparoscopische sigmoidresectie.

Actueel:

1. onrust DD pijnbeleving DD reele pijn bij 2 DD bij morfine DD delier?

2. Koorts DD postoperatief CAVE naadlekkage

Beleid iom D:

- Contact anesthesist over positie epiduraal: gezien NOAC die eerst moet uitwerken kan epiduraal nu sowieso niet verwijderd/gewisseld worden. Vanavond is epiduraal weer herstart, kan even duren tot volledig effect. Waarschijnlijk heeft epiduraal wel nog effect (al dan niet optimaal), advies daarom epiduraal zo door en ZN morfine 4dd 10mg bij.

- Oxazepam zo nodig bij onrust

- Nu geen abdominale prikkeling, conservatief

- Morgen opnieuw chi lab + herbeoordelen

3.16 De avondverpleegkundige heeft genoteerd:

(..) 20.20 Dhr. werd enorm onrustig, bleef roepen. Bijwerking morfine? familie maakt zich ernstig zorgen. (..)Kreeg om 21:30 10mg oxazepam..Familie is emotioneel, zijn bang dhr. kwijt te raken. Dhr. houdt zich altijd sterk en nu is dit zo een ander beeld, geprobeerd het een en ander uit te leggen. Dochter gaf aan dat zij het idee heeft dat er niet naar hem wordt omgekeken ondanks onrustig roepen/kreunen. Ass heeft nogmaals met dochter gesproken.

(..) Dochter kwam rond 22:30, epiduraal blijkt niet meer goed te zitten omdat hij zo beweeglijk is. (..) Vanavond is epiduraal weer herstart, kan even duren tot volledig effect. (..) 23:00 nogmaals melena (..) bed verschoond (...) Hr. werkte tegen, af en toe

rollende ogen. EWS3. HF109, T38,3 RESP 20, doorgebeld aan assistent. Urineproductie nu 10cc (nadat vorige cad is gesneuveld) dit ook doorgegeven aan de ass, CAD spoelen. Mocht hij dan nog niet lopen graag nog contact. Op basis van EWS geen verdere actie. Morgen ochtend volgt lab, en mocht hr. achteruit gaan eventueel beeldvorming. Ass. maakt zich ook zorgen om dhr. (..) Morfine mag zo nodig naast de epiduraal gegeven worden, maar wees hier voorzichtig in ivm pinpoints/rollende ogen. p/o ass.”

3.17 Verweerder is naar huis gegaan. Om 05:00 uur 's nachts is hij gebeld door de arts-assistent, die deze nacht haar tweede zelfstandige dienst draaide. Zij heeft over het verloop van de nacht van 20 op 21 F 2018 genoteerd:

23.15u Controles: p109, RR141/74, AH20, sat 95%, T38,3

-CAD gesneuveld, plaatsing nieuwe CAD, CAD doorspuiten. Infuus 3L

0:30u: gebeld door vpk: epiduraal gesneuveld

(..)

Langsgelopen: nog steeds onrustig zoals eerder, reageert op aanspreken. (..) Veel ongerustheid bij familie. Herkennen hem niet zo. Opnieuw uitleg gegeven: controles stabiel, buik wel zorgen maar niet geprikkeld, meerdere malen beoordeeld met chirurg. Controles worden elke 2 uur gedaan, indien achteruitgang meteen contact arts+ evt achterwacht.

1:30: gebeld door vpk EWS 4 obv: AH 16, T39, RR125/73, p100, (..) UP 10cc in 2,5 uur

B/ Snelle kolf 500cc in 30 min (..) streef UP 30cc/uur

3:30: gebeld door vpk: geen UP op snelle kolf. Controles RR126/91, p112, T39,2, sat 92%, AH16

B/ Nogmaals snelle kolf 500cc in 30 min; cave beginnend sepsis RR wel goed

5:00u: gebeld door vpk, maakt zich zorgen, EWS 6: p116, zwak te voelen, T38,8, AH20, RR 120/85, sat niet te meten (wisselend 70%-94%, UP 20cc in 6 uur. (..)

Ligt steunend in bed, onrustig (conform eerder). NRM met 15L

LO/Pulm: vesiculair ademgeruis bdz, basaal bdz licht crepiteren

Abdomen: bolle en gespannen buik, zeer spaarzame peristaltiek, hypertympan, drukpijn diffuus in abdomen. Geeft wisselend loslaatpijn aan

AO/ X-thorax: lucht subdiafragmaal, hoogstand diafragma, pleuravocht

Contact dd chirurg D: UP loopt terug, tachycard, sat niet te meten > S-drup, chi+intern lab afnemen

-- tijdens beoordeling klinisch achteruit: reageert niet meer op aanspreken, voert geen opdrachten uit, trekt arm terug bij pijn prikkel. E1M4V2, pupillen pinpoint. Controles p130, zeer zwak, RR 119/80, sat niet te meten

--- SIT OPROEP

---E in huis gebeld

3.18 Nadat de arts-assistent verweerder had gebeld rond 05:00 uur 's nachts en verweerder haar de opdracht had gegeven om lab af te nemen en patiënt de volgende ochtend vroeg te laten beoordelen, is hij bij nader inzien toch naar het ziekenhuis gegaan. Tijdens de autorit werd hij opnieuw gebeld, met de mededeling dat de heer G gereanimeerd werd.

3.19 Het SIT-team was om 05:45 uur bij de patiënt. Het reanimatieteam is kort daarna gekomen. De patiënt is om 06:27 uur meegenomen naar de Intensive Care. Ondanks uitgebreid reanimeren is hij daar overleden.

3.20 Er is obductie gepleegd. In het pathologieverslag van 22 F 2018 staat:

“(..)

Epicrise: Voorlopige epicrise:

Het betreft een 70-jarige man met status na een recente laparoscopische sigmoidresectie (18 F 18) vanwege een coloncarcinoom. (...) In het postoperatieve beloop ontwikkelt patient koorts en het klinische beeld van een sepsis vermoedelijk tgv ischaemie dan wel naadlekkage. Patient overlijdt 3 dagen postoperatief op 21 F 18. (...) Bij postmortaal diagnostisch onderzoek een adipeuze man met status na recente laparoscopische colonresectie (...) Het distale deel van het colon en rectum toont (...) bruine verkleuring en een vulnerabele darmwand passend bij een ischaemische colitis. Diep in het kleine bekken bij manuele benadering een darm wanddefect direct naast/ thv de staple naad (...) Dit betreft vermoedelijk "de side" anastomose. Nabij een intacte staple naad. De darmwand thv de naaddehiscentie toont een donkerbruine verkleuring wijzend op ernstige ischaemische veranderingen. Histologisch toonde de darmwand met name rond het wanddefect necrose, actieve ontsteking en actieve serositis. (...) Geen anatomisch substraat gevonden voor de ischaemie. (...) Secundair aan de naadlekkage was er een locale faecale peritonitis. Gezien de klinische verslechtering is het beeld vermoedelijk verder gecompliceerd door een sepsis (...) met hemodynamische instabiliteit, low-flow status van colon, progressie darmischaemie, multiorgaanfalen en heeft dit uiteindelijk geleid tot het overlijden. (...)"

3.21 De SIRE-commissie heeft een reconstructie gemaakt van wat zich heeft voorgedaan. In het rapport van 12 september 2018 staat:

Conclusies:

De SIRE-commissie concludeert dat:

(..)

In de avond van 20 F tussen 16 en 23.00 uur:

(..)

** Dat chirurg 2 de patiënt om 19 uur en om 20:30 uur heeft beoordeeld.*

** Dat chirurg 2 de onrust en pijnklachten van de patiënt heeft toegeschreven aan een mogelijke delier en/of pijnbeleving. De SIRE-Commissie constateert dat er, hoewel er sprake was van een abnormaal postoperatief beloop, en een belangrijke complicatie van de operatie onwaarschijnlijk werd geacht, geen verdere diagnostiek (bijvoorbeeld SIT consultatie, bloedgas, lactaat, consultatie van psychiatrie) is verricht naar mogelijke alternatieve diagnoses die een verklaring zouden kunnen bieden voor de klinische toestand van patiënt. Op de differentiaal diagnose delier is geen beleid gemaakt en zijn geen acties uitgezet.*

** Dat de verpleging en de familie hun zorgen bij de artsen hebben geuit, doch dat chirurg 2 deze zorgen op dat moment niet deelde.*

In de nacht van 20 op 21 F 2018 tussen 23:00 en 8:00 uur:

** Dat gedurende deze nacht de epiduraal die niet meer in situ was en dat er overleg is geweest met de anesthesist/ intensivist aangaande dit punt en er is getracht om adequate pijnstilling voor patiënt te vinden. Tijdens dit overleg is de specifieke algehele situatie waarin patiënt verkeerde niet besproken en de intensivist heeft patiënt niet beoordeeld totdat zij in het kader van de SIT oproep bij patiënt is gevraagd.*

** Dat zowel verpleging als ANIOS gedurende de nacht veel aandacht hebben besteed aan de patiënt, maar achteraf gezien zijn de ingezette acties met betrekking tot o.a. de teruglopende urineproductie onvoldoende geëvalueerd en een vervolgbeleid is niet ingezet. Dit in combinatie met alle andere geconstateerde signalen en de toenemende EWS-score had moeten leiden tot een evaluatie of heroverweging van het ingezette beleid, waarbij de SIRE-Commissie niet per se concludeert dat geopereerd had moeten worden. Het uitblijven van urineproductie ondanks vochtsuppletie en de*

verder oplopende EWS had moeten leiden tot consultatie van het SIT team conform de hierover gemaakte afspraken, nu het effect van de vochtsuppletie uitbleef.

* Dat tussen 23:15 uur en circa 5.00 uur, geen contact is geweest tussen de ANIOS en de chirurg 2. Omstreeks 5.00 neemt de ANIOS telefonisch contact op met chirurg 2. Het contact tussen ANIOS en chirurg 2 omstreeks 5.00 uur heeft niet geleid tot de aanvullende acties en maatregelen. Gelet op de bevindingen van dat moment (saturatie niet meetbaar, tachycardie en uitblijvende urineproductie), hoge EWS, had dit tot acute acties en maatregelen moeten leiden en hadden acties niet mogen worden uitgesteld tot later in de ochtend.

Algemene conclusies:

* De SIRE-commissie constateert dat de EWS-scores niet altijd correct zijn ingevuld. (..) De EWS-scores waren feitelijk hoger dan 3 gedurende de periode van 16:00 uur tot 23:15 uur.

* De SIRE-commissie constateert dat de verpleegkundigen herhaaldelijk hun zorgen hebben geuit naar de artsen en dat zij hebben getracht de artsen deelgenoot te maken van deze zorgen. In de avond en de nachtdienst van 20 op 21 F 2018 is er in totaal minimaal vijftien keer contact geweest tussen de artsen en de verpleegkundigen (..).

* De SIRE-commissie constateert dat vanaf het moment dat de patiënt zieker werd en de diurese afnam vanaf 23:00 uur, niet alle opties (zoals consultatie van andere specialisten) zijn benut om een mogelijke oorzaak van het abnormaal postoperatief beloop te achterhalen, en dat er geen adequaat gebruik is gemaakt van het EWS protocol.

* de ANIOS staat aan het begin van haar assistentschap en dit was een van haar eerste zelfstandige diensten in de nacht als ANIOS.

* De SIRE-commissie constateert dat chirurg 2 als achterwacht en als supervisor niet uit zichzelf contact heeft gezocht met de ANIOS om te vragen hoe het met deze zieke patiënt ging. De SIRE-commissie constateert dat het op de weg had gelegen van chirurg 2 om in casu 'een vinger aan de pols' te houden, gedurende de nacht bij een ernstig zieke patiënt.

* De SIRE-commissie concludeert dat er door de supervisor onvoldoende regie op het proces heeft plaatsgevonden waarbij sprake was van een ernstig zieke patiënt en waarbij interventies niet hebben geleid tot een verbetering van de situatie en waarbij (tijdige) evaluaties over de situatie en het effect van de ingezette acties onvoldoende hebben plaatsgevonden. Daarbij is de supervisie van de desbetreffende ANIOS in casu in de late avond en nacht onvoldoende geweest.

* Er bestaat een GE (opmerking college: gastro-enterologisch) achterwacht systeem en op 20 F 2018 is hier gedurende de dagdienst gebruikt van gemaakt en is de GE chirurg geraadpleegd over de situatie van patiënt. Gedurende de avond en nacht van 20 op 21 F 2018 is deze optie niet benut, ondanks het gegeven dat de ingezette acties niet tot een verbetering hebben geleid.

* De SIRE-commissie constateert dat de familie gesprekken heeft gehad met de chirurgen en met de teamcoördinator van de afdeling chirurgie. Tijdens deze gesprekken is aangegeven door de familie, dat zij zich niet gehoord heeft gevoeld.

* De familie heeft aangegeven dat zij veelvuldig hun zorgen en verdriet heeft geuit, doch dat hier niets/onvoldoende mee werd gedaan. Voor de familie is het onbegrijpelijk dat de onrust en de pijn die patiënt had, werden geduid als een delier of beleving van de patiënt, dit temeer nu er ook andere signalen waren waaruit bleek dat het lichamelijk niet goed ging met de patiënt. De SIRE-commissie constateert dat de

zorgen van de familie niet hebben geleid tot een heroverweging van het abnormaal postoperatief beloop, in het bijzonder de d.d. delier/ pijnbeleving.

** Uit het voorlopige obductieverslag blijkt sprake te zijn geweest van een ischemie en een naadlekkage van de darmwand. De SIRE commissie heeft kennis genomen van het feit dat de chirurgen van mening zijn dat een anatomische variatie in arteriële vaatvoorziening van het linker colon waarschijnlijk de oorzaak is geweest. (..)*"

4. De klacht en het standpunt van klaagsters

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

- 1) onvoldoende supervisie heeft gehouden
- 2) een te afwachtend beleid heeft gevoerd
- 3) onvoldoende en tegenstrijdige pijnbestrijding heeft gegeven
- 4) onvoldoende aan dossiervorming heeft gedaan
- 5) niet heeft geluisterd naar klaagsters.

5. Het standpunt van verweerder

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

6 De beoordeling

6.1 Het is duidelijk dat klaagsters heel verdrietig zijn over het overlijden van hun echtgenoot/vader, waarbij de manier waarop zijn ziekbed is verlopen de verwerking van zijn dood voor hen extra moeilijk maakt. Ook op verweerder heeft het overlijden van de patiënt diepe indruk gemaakt.

6.2 Bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen gaat het niet om de vraag of het handelen beter had gekund. Het college moet antwoord geven op de vraag of verweerder bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Met andere woorden: had verweerder beter moeten handelen? Dat is een zakelijke beoordeling. Daarbij houdt het college rekening met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep als norm of standaard was aanvaard.

Klachtonderdeel 1

6.3 Klaagsters verwijten verweerder dat hij onvoldoende supervisie heeft gehouden op de arts-assistent. Verweerder betwist dit. Volgens hem was de assistent bekwaam bevonden om dienst te doen en daarom mocht hij erop vertrouwen dat hij tijdig gebeld zou worden bij een klinische achteruitgang van de patiënt. Bovendien waren er volgens hem geen bijzondere redenen om actief contact te houden met de arts-assistent. Er waren bij beeldvormend onderzoek immers geen bijzondere of alarmerende afwijkingen gevonden, er was een (mede)verklarende factor voor de pijn – namelijk onvoldoende effect van de epiduraal –, er was geen peritoneale prikkeling die zou hebben gepast bij een naadlekkage, en de patiënt was hemodynamisch stabiel, aldus verweerder.

6.4 Het college is van oordeel dat dit klachtonderdeel gegrond is. Op het moment dat verweerder het ziekenhuis verliet, liet hij een patiënt achter met wie het al ruim een dag steeds slechter ging: er was sprake van toenemende pijn ondanks epiduraal en andere pijnstilling, rectaal bloedverlies, teruglopende urineproductie, stijgend CRP, stijgende hartslag en een verhoogde temperatuur. Er waren al meerdere interventies ingezet, zoals antibiotica, extra pijnstilling en een CT-scan. De arts-assistent stond aan het begin van haar assistentschap en draaide in de nacht van 20 op 21 F 2018 haar tweede zelfstandige nachtdienst. Het had op de weg van verweerder gelegen, in zijn rol van supervisor, om duidelijke instructies aan haar te geven op het moment dat hij vertrok, bijvoorbeeld over het te volgen beleid na het doorspoelen van de katheter.

Ook had hij duidelijke afspraken met haar moeten maken over contact, door met haar af te spreken dat zij hem van verandering van belangrijke gemeten waardes, zoals de temperatuur en de urineproductie, op de hoogte zou houden. Dat heeft hij niet gedaan. Verweerder heeft er naar zijn zeggen op vertrouwd dat de arts-assistent wist dat er tenminste 30cc urine per uur moest worden geproduceerd en dat zij contact met hem zou opnemen als dat nodig was. Dit vertrouwen baseerde hij op het feit dat de arts-assistent al drie maanden in het ziekenhuis werkte als onderzoeksassistent en allerlei cursussen had gevolgd, en dat verweerder bekend staat als laagdrempelig. Een arts-assistent kan echter toch – mede op basis van ervaring met minder laagdrempelige supervisoren – aarzeling ervaren om 's nachts de supervisor te bellen. Juist daarom is het belangrijk daarover tevoren duidelijke en concrete afspraken te maken, ook ter bescherming van de gesuperviseerde. Maar ook wanneer de arts-assistent geen drempel heeft gevoeld, heeft verweerder aangenomen dat zij voldoende ervaring had om zelf te herkennen wanneer de patiënt achteruit ging. Het college is van mening dat bij een dergelijke zieke patiënt en een relatief onervaren arts-assistent die aannahme niet gerechtvaardigd is. Bij gebreke van contact vanuit de arts-assistent had verweerder om beide genoemde redenen ook zelf actief contact kunnen zoeken met de arts-assistent om navraag te doen naar het effect van de door hem ingezette acties (het doorspoelen van de katheter en de pijnbestrijding) en de toestand van de patiënt. Dat heeft hij echter evenmin gedaan. De conclusie is dan ook dat verweerder onvoldoende supervisie op de arts-assistent heeft gehouden.

6.5 Voor zover de klacht ook inhoudt dat, nadat de arts-assistent om 05:00 uur contact met verweerder had opgenomen, de opdracht niet had moeten zijn om bloedonderzoek te doen, maar om zelf naar het ziekenhuis te komen, geldt dat daarop zal worden ingegaan bij de bespreking van het tweede klachtonderdeel.

Klachtonderdeel 2

6.6 Klaagsters verwijten verweerder in klachtonderdeel 2 dat hij een te afwachtend beleid heeft gevoerd, waardoor de patiënt te lang heeft geleden en er te laat is ingegrepen. Verweerder betwist dit. Hij heeft aangevoerd dat met de wetenschap van nu kan worden vastgesteld dat er ten onrechte niet is ingegrepen, maar dat er in de periode van zijn betrokkenheid bij de behandeling van de patiënt geen absoluut dwingende reden tot een heroperatie bestond. De patiënt was immers weliswaar fors pijnlijk, maar dit kon verklaard worden doordat de epiduraal mogelijk (nog) onvoldoende effect had. Bovendien vertoonde de patiënt geen peritoneale prikkeling, was er geen sprake van leukocytose, was het verloop van het CRP niet van verontrustende aard – gelet op het feit dat het de tweede dag was na de operatie –, toonde de CT-scan geen duidelijke naadlekkage of een aanwijzing voor ischaemie, en kon vrije lucht op de scan verklaard worden door de recente operatie. De patiënt was niet ziek: de vitale parameters (hartslag, bloeddruk, saturatie in het bloed) en de labwaarden, in combinatie met de bevindingen van het lichamelijk onderzoek, gaven geen objectieve reden tot ongerustheid. Omdat de patiënt onrustig was, en dus juist niet apathisch, was er volgens verweerder geen reden om te denken aan ischaemie, volgens hem een zeer zeldzame complicatie bij darmoperaties. Er was bij de patiënt, bij wie de epidurale pijnbestrijding aan en uit had gestaan, onvoldoende aanleiding voor een buikoperatie, die bovendien erg risicovol was. Verweerder heeft wel naar voren gebracht dat hij zichzelf achteraf verwijt dat hij na de tweede visite niet zelf contact met de anesthesist heeft opgenomen, maar dit heeft overgelaten aan de arts-assistent, en dat hij niet meer actief naar het resultaat van dat overleg heeft gevraagd.

6.7 Het college acht ook dit klachtonderdeel gegrond. Vast staat dat de patiënt zich in de avond van 19 F 2018 ziek begon te voelen. Het begon ermee dat zijn temperatuur die dag steeg tot boven de 38 graden Celsius en, na een daling in de avond, tot bijna 39 graden in de nacht, hij onrustig werd, rectaal bloedverlies had en het CRP steeg. Vervolgens is met antibiotica gestart. Hoewel de temperatuur op en neer bleef gaan, werd de patiënt onrustiger, zijn hartslag werd hoger en hij kreunde van de pijn. In de ochtend van 20 F 2018 is een CT-scan gemaakt. Die toonde weliswaar geen duidelijke naadlekkage, maar de CT-scan was gemaakt zonder rectaal ingebrachte contrastvloeistof en sloot een naadlekkage en/of ischaemie om die reden ook niet uit. Daarna was steeds minder contact met de patiënt mogelijk, schreeuwde hij van de pijn, bleef het CRP stijgen, daalde zijn saturatie en daalde ook de urineproductie. Dit hele pakket van signalen samen kon naar het oordeel van het college niet verklaard worden door de als differentiaaldiagnose benoemde pijn of pijnbeleving, ook niet bij onvoldoende effect van de epiduraal. Zoveel pijn op de tweede dag na een laparoscopische darmoperatie is niet gebruikelijk. Er was dan ook zeker aanleiding om een naadlekkage of ischaemie te overwegen, nu met name die eerste een veelvoorkomende en ernstige complicatie is van darmoperaties, met een hoge sterfte en morbiditeit. Gelet op de risico's had er in ieder geval verdere diagnostiek moeten worden verricht, bijvoorbeeld naar het delier waaraan verweerder dacht, of door het doen van een bloedgasanalyse. Bovendien had het effect van de ingezette maatregelen geëvalueerd moeten worden. Ook had de GE-chirurg moeten worden betrokken. Dit geldt te meer nu ook de familie en de verpleging zich zorgen maakte over de patiënt. Uit het rapport van de SIRE-commissie blijkt weliswaar dat de EWS-scores niet steeds correct waren ingevuld door de verpleging, maar gelet op de beschikbare informatie uit de controles en het gedrag van de patiënt kon verweerder redelijkerwijze niet tot de conclusie komen dat de patiënt niet ziek was. Het zou bovendien inderdaad voor de hand hebben gelegen dat hij zelf contact had opgenomen met de anesthesist, of in ieder geval nog bij de arts-assistent zou hebben nagevraagd wat er in haar overleg met de anesthesist was besproken. Naar het oordeel van het college heeft verweerder onvoldoende oog gehad voor het geheel van alle signalen, en ieder signaal te zeer als apart verschijnsel beoordeeld en verklaard, waardoor hij de ernst van de situatie heeft onderschat en onvoldoende onderzoek heeft gedaan. Het beleid van verweerder is dan ook in de avond van 20 F 2018 te afwachtend geweest.

6.8 Daarnaast had verweerder, toen hij om 05:00 uur 's nachts werd gebeld door de arts-assistent en zij hem vertelde dat de saturatie niet meetbaar was, dat er sprake was van tachycardie en de urineproductie 20cc bedroeg in 6 uur ondanks tweemaal een snelle kolf en 3 liter basisinfuus, acuut actie moeten ondernemen door haar te instrueren dat zij het reanimatieteam of de IC-arts moest bellen. In plaats daarvan heeft verweerder gezegd dat labonderzoek verricht moest worden en de patiënt in de ochtend direct beoordeeld moest worden. Ook daaruit spreekt dat hij te afwachtend is geweest, ondanks dat hij daarna alsnog in de auto is gesprongen om naar het ziekenhuis te gaan.

6.9 Het college benadrukt dat het geen uitspraak doet over de gevolgen van onvoldoende zorgvuldig handelen door een zorgverlener, en dus ook niet over het verband tussen het handelen van verweerder en het overlijden van de patiënt.

Klachtonderdeel 3

6.10 Klaagsters hebben er over geklaagd dat er onvoldoende en tegenstrijdige pijnbestrijding is gegeven. Verweerder heeft dit betwist. Hij heeft aangevoerd dat de patiënt veel pijn heeft gehad, maar dat hij heeft gedaan wat redelijkerwijs van hem

verwacht had mogen worden. Vanwege de twijfel over de adequate werking van de epiduraal heeft verweerder in de avond van 20 F 2018 immers opnieuw contact laten zoeken met de anesthesist, die verdere instructies voor de pijnbestrijding heeft gegeven. De anesthesist is verantwoordelijk voor de postoperatieve pijnbestrijding zolang er een epiduraal is, zo stelt hij.

6.11 Het college acht dit klachtonderdeel ongegrond. Pijnbestrijding met behulp van een epiduraal behoort niet tot het takenpakket van verweerder, maar tot het takenpakket van de anesthesist. De taak van verweerder was het (laten) consulteren van de anesthesist, in geval van pijn, en dat heeft hij ook gedaan.

Klachtonderdeel 4

6.12 Klaagsters verwijten verweerder onvoldoende dossiervorming. Verweerder heeft aangevoerd dat niet valt in te zien waarop dit verwijt is gestoeld.

6.13 Ook dit klachtonderdeel is ongegrond. Weliswaar heeft verweerder zelf niets in het dossier genoteerd, maar de arts-assistenten hebben dat wel namens verweerder gedaan en uit wat zij genoteerd hebben blijkt wat er gebeurd is in de periode waarop de patiënt in het ziekenhuis lag en verweerder verantwoordelijk was. Er is niet gebleken dat er zaken niet zijn vermeld die een ander licht op de zaak zouden kunnen werpen, of dat er zaken onjuist zijn vermeld.

Klachtonderdeel 5

6.14 Klaagsters verwijten verweerder in klachtonderdeel 5 dat hij niet naar hen heeft geluisterd. Zij hebben in hun verweerschrift, tijdens het mondelinge vooronderzoek en tijdens de zitting op indringende wijze naar voren gebracht dat zij zich onbegrepen en machteloos hebben gevoeld. Ondanks dat zij zeer bezorgd waren over de toestand van hun echtgenoot en vader, en zij continu om aandacht voor hem hebben gevraagd, leek het voor hen alsof verweerder niet zag wat zij zagen en niet hoorde wat zij zeiden. Verweerder heeft erkend dat hij de informatie van klagsters over de pijn en de toestand van de patiënt niet voldoende heeft meegewogen en de informatie over de getallen te zwaar heeft laten wegen. Ook heeft hij erkend dat hij onvoldoende rekening heeft gehouden met het feit dat klagsters de patiënt veel beter kenden dan hij. Hij heeft daarover zijn spijt betuigd.

6.15 In dit geval kan achteraf worden vastgesteld dat de vaak geuite zorg van klagsters dat zij hun vader/echtgenoot zo niet herkenden, op zijn plaats was en is begrijpelijk dat zij zich onvoldoende gehoord en gezien voelden en voelen. Het college overweegt dat familie en/of verpleging in het algemeen geregeld bezorgd zijn over een patiënt. Het is echter in een concreet geval steeds aan de arts om de zorg van familie en/of verpleging, in het licht van alle andere op dat moment beschikbare informatie en signalen, al dan niet een bepaald gewicht te geven. Het is duidelijk dat verweerder in dit geval heeft gehandeld vanuit zijn overtuiging dat de medische toestand van de patiënt objectief geen reden gaf tot grote zorg en heeft geprobeerd de familie gerust te stellen. Hoewel het college tot de conclusie komt dat verweerder de toestand van de patiënt op dat moment niet juist heeft ingeschat, betekent dit niet zonder meer dat hij de familie niet serieus heeft genomen. Daarom is ook dit klachtonderdeel niet gegrond.

Maatregel

6.16 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht gedeeltelijk gegrond is. De oplegging van de maatregel van waarschuwing is daarvoor passend. Daarbij weegt het college enerzijds mee dat het om relatief ernstige verwijten gaat. Bovendien heeft verweerder ter zitting, overigens anders dan tijdens het mondelinge vooronderzoek, weinig eigen verantwoordelijkheid voor zijn handelen genomen. Hij sprak op de zitting steeds in de wij-vorm, terwijl hij als dienstdoend chirurg en supervisor in de avond en

nacht van 20 op 21 F 2018 verantwoordelijk was. Anderzijds heeft verweerder erkend dat zijn handelen op bepaalde punten anders had gemoeten en heeft hij ervan geleerd in vergelijkbare situaties een actievere rol te nemen. Verder heeft hij verklaard dat ook hij zeer geraakt is door wat er is gebeurd en dit zijn verdere leven met zich mee zal dragen. Daarnaast zijn er in het ziekenhuis maatregelen getroffen naar aanleiding van deze calamiteit.

6.17 Om redenen aan het algemeen belang zal het college bepalen dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG in geanonimiseerde vorm wordt gepubliceerd zoals hierna vermeld. Dit algemene belang is erin gelegen dat zorgverleners die betrokken zijn bij patiënten na een operatie als hier aan de orde en supervisors mogelijk leerpunten aan deze casus kunnen ontleen. Het college verwijst hiervoor naar de overwegingen onder 6.4, 6.7 en 6.8.

7. De beslissing

Het college:

Aldus beslist door:

N.B. Verkleij, voorzitter,

D. Boerma, K.M.A.J. Tytgat en E.L. Mulder, leden-beroepsgenoten,

C.H. van Dijk, lid-jurist,

bijgestaan door M.G. Verkerk, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 28 december 2021 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.