

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2021.062

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE Voor de Gezondheidszorg Beslissing in de zaak onder nummer C2021.062 van: A. en B., wonende te C., appellanten, klagers in eerste aanleg, gemachtigde: D., tegen L., kinderarts, (destijds) werkzaam te F., verweerster in beide instanties, gemachtigde: mr. K. Mous. 1. Verloop van de procedure A. en B. - hierna klagers - hebben op 24 februari 2020 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen L. - hierna de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 8 januari 2020, onder nummer 028/2020, heeft dat College de klacht ongegrond verklaard. Klagers zijn van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift in beroep ingediend, en vervolgens een addendum daarbij. Nadien heeft de arts nog een deskundigenrapport in het geding gebracht. De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaken C2021.061, C2021.063, C2021.064 en C2021.065 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 21 februari 2022, waar zijn verschenen klagers, bijgestaan door D., en de arts, bijgestaan door mr. K. Mous. De zaak is over en weer toegelicht. A. en mr. K. Mous hebben hun spreekantekeningen aan het Centraal Tuchtcollege overgelegd. 2. Beslissing in eerste aanleg Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd. "2. DE FEITEN Op grond van de stukken (waaronder het medische dossier) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan. Klagers zijn de ouders van G. (hierna: patiënt), geboren in 2012 en overleden in juli 2018. Patiënt werd op 16 juni 2018 opgenomen in het H.-Ziekenhuis (hierna: het ziekenhuis). Beklaagde was als (superviserend) kinderarts vanaf de ochtend van 17 juni 2018 betrokken bij de behandeling van patiënt. Beloop Patiënt werd op vrijdag 15 juni 2018 gezien door de huisarts in verband met (toenemende) hoofdpijn. Patiënt had enige weken daarvoor een middenoorontsteking gehad. Uit bloedonderzoek bleek (enkel) een licht verhoogd BSE. Op zaterdag 16 juni 2018 werd klager met patiënt gezien op de huisartsenpost. Tegen de huisarts vertelde klager dat patiënt sinds een oorontsteking niet meer de oude was geweest en nu sinds een week in toenemende mate last van (aanvallen met) hevige hoofdpijn had en ook nog klaagde over oorpijn. Patiënt kon die ochtend de kin niet helemaal op de borst leggen. Klager gaf ook aan zich zorgen te maken over mogelijke hersenvliesontsteking. De huisarts constateerde bij onderzoek een valneiging en veel uitstappen bij de koorddansersgang en dat patiënt niet op één been kon blijven staan. Bij de huisarts lukte het wel de kin op de borst te doen, hoewel daarbij sprake was van nekpijn. Ook was de nek drukpijnlijk. De huisarts heeft telefonisch overleg gehad met de afdeling kindergeneeskunde van het ziekenhuis. Van dit overleg heeft de huisarts genoteerd: "Overleg ass kindergn [ziekenhuis]: kan bij pijn zijn, maar voor haar ook niet zo uit te sluiten, beoordeling SEH." Op 16 juni 2018 werd patiënt omstreeks 14.45 uur gezien door een coassistent. Die noteerde onder meer: "een gestoorde koorddansersgang "stapt uit" en een lichaamstemperatuur van 37.2". De

dienstdoende AIOS neurologie werd in consult gevraagd. In de anamnese neurologie staat bij 16 juni 2018: "Gecombineerde anamnese bij patiënt en bij vader. Patiënt heeft sinds enige weken hoofdpijn. Dit is ontstaan na een oorontsteking rechts en sindsdien in wisselende mate aanwezig. Hierbij sinds een week progressie van klachten, met sinds 15-06 een evidente toename en >20 keer braken. Hierbij is [patiënt] meer teruggetrokken dan anders. Verder is sprake van fotofobie. Afgelopen donderdag 14-06 was eenmalig sprake van een verhoogde temperatuur. Overigens niet ziek geweest en geen koorts gehad. In de familie op dit moment geen andere zieken." De AIOS neurologie constateerde geen meningeale prikkeling. Wel constateerde hij een moeizame koorddansersgang. In het medisch dossier neurologie staat over het lichamelijk onderzoek: "Alert en adequate patiënt, coöperatief. Geen dysartrie, geen fatische stoornissen, praat zeer zacht. HZ: pupillen +/-, isocoor; GVO oriënterend intact; OVB intact, geen diplopie, geen nystagmus. Sensibiliteit: grove tastzin oriënterend intact; motoriek gelaat symmetrisch; symmetrische gehemeltebogen; m trapezius 5/5; tong mediaan, wordt naar midden uitgestoken. Geen meningeale prikkeling. BE+OE: Barré -/-, symmetrisch vaardig, sensibiliteit: grove tastzin oriënterend intact links=rechts; reflexen symmetrisch laag; coördinatie: VTNP, VVVP en KHP ongestoord G&S: Kan zonder hulp staan en lopen. KDG moeizaam." De AIOS neurologie vermeldde als differentiaal diagnose: virale meningitis, sinustrombose, abces, andere structurele pathologie. De AIOS neurologie, die in het laatste jaar van zijn opleiding zat, heeft zijn bevindingen besproken met superviserend neuroloog I.. Omstreeks 16.00 uur is patiënt gezien door een ANIOS Kindergeneeskunde. In de anamnese staat hierover: "[Patiënt] klaagde 6 weken geleden over oorpijn rechteroor, wat de huisarts duidde bij een herstellende oorontsteking. Ouders vonden hem de weken daarna niet zichzelf, hij was afzijdig en stiller. Begin deze week klaagde hij over hoofdpijn, met name rechts voor (zit soms ook rondom rechteroor). Sinds gisteren is deze hoofdpijn heviger geworden, met aanvallen van hoofdpijn, waarbij hij licht niet kan verdragen. Zo'n aanval duurt 10-20 minuten, waarbij hij in foetus houding op de grond ging liggen met zijn ogen dicht. Hij braakt ook sinds gisteren. Vader denkt dat hij alleen vannacht al 20 keer heeft gebraakt. Donderdag had hij koorts van 38.1 graden, de dagen daarna had hij geen koorts. Ouders hebben hem ibuprofen en paracetamol gegeven (spuugde echter veel). Gisteren kon [patiënt] zijn kin niet op zijn borst doen omdat dit pijn deed aan zijn nek. Nu heeft hij dat niet meer. Hij heeft weinig gegeten en gedronken, hij houdt het niet binnen. Vader vindt [patiënt] nu iets beter te pas dan gister en afgelopen nacht, maar het gaat op en af. Net nog gespuugd. [Patiënt] vindt de hoofdpijn erger worden wanneer hij overeind gaat zitten. Hij is duizelig bij het staan. [Patiënt] voelt de hoofpijnaanvallen niet aankomen, geen tekenen van een aura. Er zijn geen trekkingen gezien. Hij heeft in ieder geval 2/3 dagen geen ontlasting gehad. Vanmorgen heeft hij nog geplast." Bij onderzoek van het oor werd in beide oren oorsmeer aangetroffen zodat het trommelvlies niet (goed) beoordeeld kon worden. Er was geen sprake van een afstaand oor. Laboronderzoek toonde een CRP van 9 mg/l; Glucose 4.4 mmol/L, BSE 38 mm/uur, leukocyten $20.1 \times 10^9/L$, neutrofielen $16.7 \times 10^9/L$, lymfocyten $2.3 \times 10^9/L$, trombocyten $571 \times 10^9/L$ en een Hb van 6.9 mmol/L. De ANIOS kindergeneeskunde besprak haar bevindingen met superviserend kinderarts E.. Bij overleg tussen de ANIOS kindergeneeskunde, kinderarts E., AIOS neurologie en neuroloog I. werd besloten tot een MRI/MRV wegens een verdenking op sinustrombose (als complicatie na een oorontsteking), een hersenabces of een ruimte innemend proces. Een meningitis werd onwaarschijnlijk geacht vanwege afwezigheid van koorts en een laag CRP. Klager werd hierover ingelicht. De AIOS neurologie heeft

met spoed een MRI aangevraagd. Voorafgaand aan de MRI werd morfine gegeven omdat patiënt op dat moment veel pijn had en stil moest liggen voor de MRI. In het door radioloog J. op 16 juni 2018 18:10 gemaakte verslag van deze MRI staat: "Klinische gegevens: Progressieve hoofdpijn, braken en fotofobie na eerdere otitis media rechts. Indicatie/Vraagstelling: Aanwijzingen voor cerebraal abces, veneuze sinustrombose of afwijkingen in achterste schedelgroeve? [...] Verslag [...] Normale perifere en centrale liquorroimten. Symmetrisch beeld. Geen tekenen van drukverhoging of massawerking. Normale signaalintensiteit van grijze en witte stof. Geen aanwijzing voor abces, RIP of oedeem. Geen diffusierestrictie. Geen hemosiderinedeposities. Geen veneuze sinustrombose. Heldere paranasale sinussen en normale luchthoudendheid van de mastoïden. Conclusie: Geen verklarende pathologie." Radioloog J. gaf haar bevindingen telefonisch door aan de AIOS neurologie, waarbij ook een door haar waargenomen gesluierd mastoïd rechts aan de orde kwam. Besproken werd dat dit paste bij de doorgemaakte oorontsteking. De AIOS neurologie heeft deze specifieke bevinding niet besproken met zijn supervisor en/of de betrokken kinderartsen.

Na de uitslag van de MRI bespraken de ANIOS kindergeneeskunde, kinderarts E. en de AIOS neurologie onder meer het voorstel van neuroloog I. een lumbaalpunctie te doen. Een lumbaalpunctie werd overwogen, maar niet gedaan omdat een bacteriële meningitis onwaarschijnlijk werd gevonden. Patiënt had geen koorts, er was een laag CRP en er was geen meningeale prikkeling. Neuroloog I. kon zich in deze overwegingen vinden. Wel werd genoteerd dat een heroverweging zou plaatsvinden als patiënt zieker werd. Patiënt werd opgenomen ter observatie met neurologie in medebehandeling. Pijnstilling werd bepaald op paracetamol (3d 500mg + diclofenac 3d 12.5mg). De volgende dag zou geen standaard bloedonderzoek plaatsvinden. De ANIOS kindergeneeskunde en superviserend kinderarts E. bespraken de mogelijkheid van een mastoïditis, maar dit werd onwaarschijnlijk gevonden omdat er geen afstaand oor was, geen pijn ter plaatse van het mastoïd, geen koorts, geen verhoogde infectieparameters en op de MRI een normale luchthoudendheid van het mastoïd was gezien. De volgende differentiaal diagnose werd genoteerd: "DD- KNO focus- Migraine- Meningitis, onwaarschijnlijk bij geen koorts en laag CRP" Het beleid werd door de ANIOS kindergeneeskunde en de AIOS neurologie met klagers besproken. Uit bezorgdheid over de casus bekeek radioloog J. de beelden van de MRI en haar verslag thuis nogmaals. Daarbij heeft zij ook het elektronisch patiëntendossier van G. geraadpleegd. Behalve de sluiering van het mastoïd zag zij geen afwijkingen. Wel zag ze dat ze de door haar waargenomen sluiering van het mastoïd rechts niet had vermeld in het verslag en dat daarin - in plaats daarvan - heldere paranasale sinussen en een normale luchthoudendheid van de mastoïden werden beschreven. Omdat het niet mogelijk was het verslag van uit huis aan te passen en ze de sluiering ook niet klinisch relevant achtte, besloot ze na het weekend een addendum op te nemen bij het verslag. In de nacht van 16 op 17 juni 2018 gaf patiënt twee keer over en leken de hoofdpijnaanvallen iets in ernst te zijn afgenomen. De lichaamstemperatuur nam gedurende de nacht af tot 35 graden in de vroege ochtend. Om 6.30 uur was patiënt wakker. Hij bewoog zijn hoofd niet vanwege de pijn en pakte met zijn hand naar zijn voorhoofd. De verpleegkundige constateerde dat patiënt geprikkeld was, waarbij hij wel de knieën omhoog kon doen maar zijn hoofd en nek stijf hield. In overleg met de ANIOS kindergeneeskunde werd de diclofenac vast gegeven. Om 7.00 uur was de pijn flink toegenomen. De ANIOS kindergeneeskunde kwam om patiënt te beoordelen en noteerde in het dossier: "Rustige nacht gehad, goed geslapen, sinds gisteravond maar 2 keer gebraakt. Sinds wakker worden om

07:00 echter weer forse hoofdpijn, met name in het voorhoofd, geen andere symptomen. Wisselende presentatie, kermt soms van de pijn, ligt dan weer rustig in bed en praat makkelijk aantal zinnen achter elkaar. Zonnebril ligt naast [patiënt], op het moment dat ik er ben geen fotofobie, eerder wel. Nergens anders pijn. Geen last van de nek, niet nekstijf. Geen huidafwijkingen."Over het lichamenlijk onderzoek noteerde ze: "Alerte jongen, antwoordt adequaat. Niet meningeaal geprikkeld. Kernig en Brudzinski negatief. In de mond geen afwijkingen. Cor, pulmones en abdomen niet afwijkend. Geen huidafwijkingen. Neurologisch: hersenzenuwen intact, isocore pupillen, beweegt symmetrisch, kracht niet specifiek getest. Niet laten lopen."Na overleg met superviserend kinderarts E. werd besloten tramadol te proberen en de (her)beoordeling die ochtend door neurologie af te wachten. Omstreeks 8.30 uur droeg de ANIOS kindergeneeskunde de zorg over aan superviserend AIOS kindergeneeskunde K.. Zij voerde (telefonisch) overleg met superviserend kinderarts E.. Superviserend kinderarts E. besprak dat een lumbaalpunctie aangewezen was omdat het klinische beeld niet goed te verklaren was. Ondertussen was ook de verpleegkundige dienst overgedragen, waarbij de verpleegkundige van dienst een ziekere jongen aantrof dan zij op basis van de overdracht verwachtte. Omdat de vervolgens door haar uitgevoerde controles niet afwijkend bleken te zijn, besloot zij haar bevindingen tijdens de visite onder de aandacht te brengen. Rond 10.00 uur werd patiënt gezien door de AIOS neurologie en superviserend neuroloog I.. Superviserend neuroloog I. trof een ander kind dan hij op basis van de informatie tot dan toe had verwacht. Hij vond patiënt zeer pijnlijk. Patiënt maakte een matte indruk maar was wel coöperatief. De AIOS neurologie en superviserend neuroloog I. constateerden nu wel meningeale prikkeling. Rechts zagen zij geen papiloedeem, links was de papil niet goed a vue. De AIOS neurologie en superviserend neuroloog I. hebben hierop de visite van de afdeling kindergeneeskunde onderbroken om hun bevindingen te delen en te kunnen overleggen met superviserend AIOS kindergeneeskunde K., een andere AIOS kindergeneeskunde en een verpleegkundige. Vanwege de bevindingen bestond een verdenking op een virale meningitis en werd besloten tot een lumbaalpunctie met drukmeting. Differentiaal diagnostisch werd gedacht aan een idiopathisch verhoogde intracraniale druk of "iets anders vanuit de otitis". Een bacteriële meningitis werd nog altijd onwaarschijnlijk geacht. Wel was de lumbaalpunctie mede gericht op het kunnen uitsluiten daarvan. Besproken werd dat de lumbaalpunctie zou worden uitgevoerd door de afdeling kindergeneeskunde. Afgesproken werd dat de AIOS neurologie zou worden gebeld om te assisteren bij de drukmeting. Omstreeks 11.30 uur vond een telefonische terugkoppeling plaats tussen superviserend AIOS K. en beklaagde, die de supervisie die ochtend van superviserend kinderarts E. had overgenomen. Ze bespraken de eerste uitslagen van de liquorafname af te wachten alvorens te starten met medicatie. Rond 11.45 uur werd een verpleegkundige controle gedaan, waarbij een stille, bleke jongen werd gezien, die af en toe klam aanvoelde, niet wilde eten en veel sliep. Bij hoofdpijn bleef hij stil liggen met de deken over zijn ogen. Patiënt wilde niks en was lusteloos. De verpleegkundige constateerde een ademhalingsfrequentie van 20/min, een hartslag van 77/min, een bloeddruk van 111/58(76) mmHg, een temperatuur van 35.2 en een pijnscore van 7. Klager verzocht vanwege de toegenomen pijn de lumbaalpunctie snel(ler) te verrichten. Dit verzoek werd door de verpleegkundige besproken met superviserend AIOS kindergeneeskunde K.. Zij besloot daarop snel de visite af te maken om daarna de lumbaalpunctie te kunnen doen. Superviserend AIOS K. zag patiënt voor het eerst voorafgaand aan de lumbaalpunctie. Patiënt had op dat moment net midazolam gekregen en was pijnlijk

maar rustig met stabiele parameters. De lumbaalpunctie werd uitgevoerd vanaf 13.00 uur in aanwezigheid van superviserend AIOS kindergeneeskunde K., een AIOS kindergeneeskunde, de AIOS neurologie, de dienstdoend verpleegkundige en klagers. Bij afname was er heldere liquor. De openingsdruk was licht verhoogd namelijk 26 cm H₂O. Vanwege het ontbreken van eigen (vocht)intake en de afwezigheid van mictie werd besloten vocht toe te dienen per infuus. Rond 15.00 uur was de uitslag van de lumbaalpunctie bekend: Leukocyten $685 \times 10^6/L$. Dit maakte een bacteriële meningitis het meest waarschijnlijk. Beklaagde zag de uitslag thuis en belde direct met onder anderen superviserend AIOS kindergeneeskunde K.. Deze gaf aan de uitslag te kennen en in overleg met de medisch microbioloog beleid te bepalen. Een bloedkweek werd ingezet en in overleg met de medisch microbioloog werd gestart met standaard antibiotica (ceftriaxon om 15.26 uur). Aangevuld met dexamethason (15.36 uur) en aciclovir (16.15 uur). Het bloedonderzoek van 16.16 uur liet een gestegen CRP zien (125 mg/L). Om 15.30 uur werd de uitslag van de lumbaalpunctie en het te voeren beleid met klagers besproken door superviserend AIOS kindergeneeskunde K., de AIOS kindergeneeskunde en de AIOS neurologie. Bij controle om 16.18 uur constateerde de verpleegkundige een hartslag van 45/min, een bloeddruk van 111/59(76), een ademhalingsfrequentie van 16/min en een temperatuur van 35 graden. De verpleegkundige uitte haar zorgen bij superviserend AIOS kindergeneeskunde K.. Besloten werd tot monitorbewaking en saturatiemeting en neurocontrole elke twee uur. Ook werd afgesproken dat bij dalende hartfrequentie, stijgende bloeddruk en verandering in gedrag laagdrempelig contact met de kinderarts zou plaatsvinden. De AIOS kindergeneeskunde noteerde van een lichamenlijk onderzoek rond 17.30 uur: "Volledig LO medebeoordeeld door [superviserend AIOS kindergeneeskunde K.] en [beklaagde]. Alg: matig reactief, klaagt/jammert als hij zich om moet draaien, af en toe komt hij even wat meer overeind, maar gaat dan snel weer liggen. Geeft fotofobie aan. KNO: bdz cerumen en hierbij trommelvlies niet goed te beoordelen, rechts klein deel (1/4e) zichtbaar. Dat niet rood en/of bomberend. Ziet er rustig uit. Resp: rustige ademhaling, geen tekenen van dyspnoe, over alle longvelden goed inkomend ademgeruis, geen bijgeluiden. Cir: s1s2, geen soufflé, HF 55/min, RR 114/70 (systolisch p90 110. p99 122, diastolisch p90 70, p99 82) Abdomen: soepel, geen splenomegalie Huid: geen afwijkingen, met name geen petechieën." Beklaagde noteerde van deze beoordeling: "Beoordeling 18 uur N/Pijnlijke maar alerte jongen, ligt met de ogen gesloten, opent deze op aanspreken en geeft antwoord op vragen, waar ben je > ziekenhuis, waar heb je pijn > voorhoofd en wijst dan het voorhoofd aan. E3M6V5. PEARL bdz 4 mm. C/HF 60-80x/min wisselend, RR 114 systolisch. CRT 2 sec, lauwe voeten, warme handen normale perifere pulsaties A/vrij B/AF 20-25 x, geen bradypnoe, geen dyspnoe. [...]" Beklaagde en de AIOS kindergeneeskunde bespraken de werkdiagnose bacteriële meningitis en het ingezette beleid met klagers. Beklaagde legde klagers uit dat gezien de lage hartslag en de licht verhoogde druk bij de lumbaalpunctie een risico bestond op een verhoogde intracraniale druk. Overleg zou plaatsvinden met de kinderintensivist. Na voorbespreking met beklagde nam superviserend AIOS kindergeneeskunde K. contact op met de kinderintensivist van het M. en informeerde haar over het klinisch beloop van de opname, de klinische toestand van patiënt, de recente metingen en de laboratoriumuitslagen. Besloten werd dat geen aanleiding was het beleid aan te passen en geen aanleiding was patiënt over te plaatsen naar een centrum met PICU. Om 18.23 uur constateerde de verpleegkundige een hartslag van 56/min, een bloeddruk van 112/64 (80) mmHG, een ademhalingsfrequentie van 20/min en een saturatie van 100%. Om 19.00 uur ging patiënt rechtop in bed zitten en riep hij dat hij moet plassen. Na het plassen viel

patiënt (weer) in slaap. Iets na 20.00 uur constateerde de verpleegkundige dat patiënt niet wekbaar was en dat beide pupillen lichtstijf waren. De hartslag was op dat moment 110/min en de bloeddruk 139/94. De verpleegkundige alarmeerde superviserend kinderarts K.. Zij informeerde de AIOS neurologie en de superviserend kinderarts die de dienst zou overnemen van beklagde. De AIOS kindergeneeskunde en de ANIOS kindergeneeskunde gingen naar patiënt om Advanced Pediatric Life Support te bieden. Beklaagde arriveerde kort daarna. Ondertussen nam superviserend AIOS kindergeneeskunde K. contact op met de kinderintensivist van het M., waarop besloten werd dat patiënt zou worden opgehaald en zou worden opgenomen op de PICU. Die avond is patiënt geïntubeerd en gesedeerd overgebracht naar het M.. Daar werd bij opname een CT-scan gemaakt die een “communicerende hydrocefalus, tevens otitis media rechts en gedestruëerd os petrosum” toonde. Ook werd de eerder gemaakte MRI opnieuw beoordeeld. Daarvan is het volgende genoteerd: “Ogenschijnlijk een intracranieel uitbreidende otitis media rechts. Hierbij een volledig opvulling van de inwendige gehoorgang, alsook extra-axiale massa achter langs het os petrosum (5 mm dikte). Hierin focaal diffusie-restrictie, geduid als uitbreiding van het infect. Aanwezigheid empyeem niet volledig uit te sluiten. Voorts betrokkenheid van apex os petrosum. Geen sinustrombose”. Bij het aanleggen van een lumbaaldrain is liquor afgenomen, met daarin leukocyten $6000 \times 10^6/L$. Op 21 juni 2018 nam beklagde telefonisch contact op met klager. Klager gaf daarbij – onder meer – aan zich af te vragen of er voldoende was gedaan, maar zich nu bezig wilde houden met het gezin. Beklaagde vertelde - onder meer - dat er een onafhankelijke beoordeling was opgestart in het ziekenhuis. Ze spraken af na de zomer nogmaals contact te hebben en een gesprek te plannen, maar dat als klagers hier eerder behoefte aan hadden, dit mogelijk was. Op 26 juni 2018 werd na nieuwe beeldvorming geconcludeerd dat de prognose infaust was. Naar de wens van klagers werd patiënt overgebracht naar huis waar hij enkele dagen later overleed.

Natraject Superviserend kinderarts E. en beklagde namen allebei op 19 juni 2018 contact op met de unit Kwaliteit, Veiligheid en Verantwoording (KVV). Hierop startte de calamiteiten-commissie een (voor)onderzoek. De calamiteitencommissie bestaat onder meer uit de manager KVV die tevens de voorzitter is, de Medical Safety Officer, vaste leden van de calamiteitencommissie en ad hoc leden. Op 31 juli 2018 was er een bijeenkomst met de leden van de calamiteitencommissie, een externe deskundige (kinderarts) en de betrokken artsen. Op 7 augustus 2018 hadden twee leden van de commissie een gesprek met klagers. Klagers hadden voor dit gesprek een aantal vragen op papier gezet. Na dit gesprek zonden klagers nog een aanvulling op één van de vragen. Op 13 september 2018 was er een gesprek tussen klagers (en twee broers van klager), superviserend kinderarts E., beklagde en superviserend neuroloog I.. Afgesproken werd dat nog een vervolgesprek zou plaatsvinden. De onderzoeksrapportage werd op 24 oktober 2018 vastgesteld. De conclusie luidde – kort gezegd – dat ondanks de andere interpretatie van de versluiting van het mastoïd, de medische zorg volgens de standaard was verleend. Wel werden verbeterpunten geformuleerd namelijk: “Uit het onderzoek zijn een aantal verbeterpunten geformuleerd, met name gericht op het aannemen van signalen van ouders en de beleving van ouders tijdens opname van hun kind dat het kind in veilige handen is. Om hier concrete actiepunten op te formuleren is lastig. Daarom zijn de verbeterpunten gericht op de beleving van ouders. Wat maakt dat zij een veilig gevoel hebben tijdens opname, wat hebben zij daarvoor nodig en hoe kunnen professionals (verpleegkundigen, A(N)IOS, kinderartsen) hieraan bijdragen. Daarnaast is een verbeterpunt geformuleerd over de uitvoering van de triage op de SEH.- Adequaat

reageren op signalen van ouders/familie -> belang hiervan frequent bespreken binnen vakgroep kindergeneeskunde.- Beleid bepalen door de vakgroep kindergeneeskunde bij kinderen die worden opgenomen waarvan niet bekend is wat de diagnose is -> de kinderarts heeft dan zelf ook contact met het kind en de ouders. Dit om ongerustheid bij de ouders zoveel mogelijk weg te nemen.- Verscherpte afspraken t.a.v. het beoordelen van een patiënt binnen de gestelde trage-termijn door een arts kindergeneeskunde A(N)IOS of medisch specialist."De rapportage werd op 25 oktober 2018 door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ontvangen. Op 31 oktober 2018 werd de rapportage naar klagers gestuurd. Op 7 november 2018 vond een nabespreking plaats waarbij – naast leden van de commissie – klagers en de broers van klager aanwezig waren. Internist N. was ook bij dit gesprek aanwezig. Voor hem betrof het een eerste kennismaking met klagers nadat hij per 1 september 2018 als Medical Safety Officer was aangesteld. Tijdens het gesprek werd door een lid van de commissie een presentatie gegeven met een toelichting van de wijze van onderzoek, onderzoeksvragen, conclusie en verbeterpunten. Hierna gaven de broers van klager een presentatie. De (leden van de) calamiteiten-commissie gaf (gaven) aan tijd nodig te hebben om te kunnen reageren op de presentatie. Een nieuw gesprek zou worden gepland. Bij brief van 20 november 2018 liet IGJ weten te concluderen dat de aangelegenheid waarop de melding betrekking had, voldoende zorgvuldig was onderzocht, dat voldoende verbetermaatregelen waren genomen en dat het onderzoek naar de melding werd beëindigd. Met een aanvullende notitie reageerde de commissie op de tijdens het nagesprek van 7 november 2018 door de broer van klager gehouden presentatie. In deze notitie werd – kort gezegd – wederom geconcludeerd dat met de kennis die op dat moment voorhanden was, de juiste afwegingen zijn gemaakt en het beleid lege artis is ingezet. Het vervolgesprek was op 11 december 2018. Naast leden van de calamiteiten-commissie, klagers en de broers van klager, waren hierbij ook aanwezig de superviserend kinderartsen E. en beklagde en superviserend neuroloog I.. Internist N. nam in het gesprek een leidende rol op zich en hij gaf een toelichting op de aanvullende notitie. Het gesprek verliep voor alle betrokkenen niet naar wens. Na dit gesprek verzocht de calamiteitencommissie de Raad van Bestuur met klagers in contact te treden. Op 2 april 2019 vond een gesprek plaats tussen klagers en een lid van het bestuur. Gezocht werd naar een mogelijkheid nogmaals een gesprek tussen ouders en betrokken zorgverleners te organiseren. Vanwege uiteenlopende verwachtingen zagen klagers af van zo'n gesprek. Op verzoek van klagers werd nagegaan of de eerder door de broer van klager gegeven presentatie naar de IGJ was verzonden. Dit bleek niet het geval te zijn waarop genoemde presentatie op 29 mei 2019 alsnog naar de IGJ werd verzonden, voorzien van een uiteenzetting van de na afronding van het onderzoek ondernomen acties. Bij brief van 11 juli 2019 liet IGJ weten de reactie toe te voegen aan het dossier van de melding. In het kader van een door klagers gedane aansprakelijkstelling van het ziekenhuis zijn zowel door het ziekenhuis als door ouders rapportages overgelegd van niet bij de behandeling van patiënt betrokken artsen.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGERS EN DE KLACHTKlagers verwijten beklagde dat zij als hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk kinderarts:

- zowel bij aanvang als gedurende haar dienst op zondag 17 juni 2018 geen, onvoldoende of niet tijdig kennis heeft genomen van essentiële beschikbare informatie verkregen uit anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullende diagnostiek;
- zowel bij aanvang als gedurende haar dienst op zondag 17 juni 2018 geen, onvoldoende of niet tijdig kennisgenomen heeft van (de ontwikkeling van) het klinisch beeld en het beloop tijdens opname;
- in aanwezigheid van verschillende alarmsymptomen én bij een

persisterend onduidelijke etiologie voor het klinisch beeld niet of niet tijdig in huis kwam om patiënt persoonlijk te zien en te beoordelen;d. zelfs na vaststelling van een eerder onwaarschijnlijk geachte bacteriële meningitis niet of niet tijdig in huis kwam om patiënt persoonlijk te zien en te beoordelen;e. geen, onvoldoende of niet tijdig invulling heeft gegeven aan haar verantwoordelijkheid om de destijds gehanteerde diagnostische en therapeutische overwegingen zorgvuldig te (laten) documenteren en inzichtelijk te maken voor derden, waaronder betrokken zorgverleners;f. geen of onvoldoende invulling heeft gegeven aan haar verantwoordelijkheid als superviserend kinderarts;g. niet of onvoldoende heeft toegezien op en/of zorg gedragen heeft voor een adequate en tijdige organisatie, structuur en inhoud van de aan patiënt verleende zorg, wat blijkt uit:- geen, onvoldoende of niet tijdige reactie op een snel progressief klinisch beeld van bacteriële meningitis waarbij in de gegeven context vastgesteld kon worden dat men reeds 24 uur ten onrechte afgezien had van adequate diagnostiek en behandeling;- geen, onvoldoende of niet tijdige evaluatie van de klinische conditie van patiënt door een adequaat getrainde en ervaren clinicus;- geen, onvoldoende of niet tijdig uitgevoerde diagnostiek (LP, CT KNO gebied, focus onderzoek t.b.v. source control bij status na een recent doorgemaakte OMA, CT hersenen ter uitsluiting van een mogelijk aanwezige en potentieel behandelbare hydrocephalus);- geen, onvoldoende of niet tijdige consultatie van collega medisch specialisten (KNO arts, neuroloog (bij progressief beeld van bacteriële meningitis), neurochirurg);- geen, onvoldoende of niet tijdige behandeling en/of interventie (antibiotica bij (verdenking op) een (bacteriële) meningitis, chirurgische interventie t.b.v. source control bij status na een recent doorgemaakte OMA, liquordrainage bij een potentieel behandelbare oorzaak – i.e. hydrocephalus – van verhoogde intracranieële druk);- geen of niet tijdige overplaatsing naar een centrum met PICU en/of neurochirurgische faciliteiten;h. de expliciete zorgvraag van klagers, alsook hun herhaaldelijk geuite alarmsignalen niet serieus genomen heeft, noch deze betrokken heeft in haar overwegingen ten aanzien van het te voeren beleid; i. klagers niet, niet volledig, niet tijdig heeft geïnformeerd over (de ontwikkeling van) het klinisch beeld, de voorgenomen behandeling, de daarbij behorende risico's en mogelijke alternatieven;j. klagers door bovenstaande manier van handelen feitelijk buiten spel heeft gezet en geen of onvoldoende invulling heeft gegeven aan haar wettelijke plicht tot 'informed consent';k. klagers ook tijdens het traject ná opname van patiënt onjuist, onvolledig en niet tijdig heeft geïnformeerd over evidente tekortkomingen in de eerder aan patiënt verleende zorg;l. geen of onvoldoende inzicht toont in de betekenis en consequenties van haar medisch handelen voor de patiënt, diens vertegenwoordigers, toekomstige patiënten, collega zorgverleners en zichzelf;m. zelfs na door nabestaanden herhaaldelijk en in diverse vormen te zijn aangesproken geen of onvoldoende verantwoordelijkheid neemt voor de door zorgverleners gemaakte overwegingen en beleidskeuzes en de daaruit voortvloeiende consequenties;n. geen of onvoldoende verbetermaatregelen treft (of: helpt treffen) om soortgelijke incidenten en/of calamiteiten in de toekomst te voorkomen;o. zich tegenover nabestaanden uitlaat op een wijze die zowel medisch inhoudelijk als communicatief niet past bij hetgeen van een zorgprofessional verwacht mag worden.

4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDEBeklaagde stelt zich op het standpunt dat de verwijten ongegrond zijn. Voor zover nodig zal hieronder nader ingegaan worden op het verweer.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1Het 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 bekwaame 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. Voorts wijst het college erop dat ondanks het verschrikkelijke feit dat patiënt is overleden, de toetsing van het handelen van beklagde moet plaatsvinden in het licht van wat haar op dat moment bekend was en redelijkerwijs bekend kon zijn.

5.2 Klagers hebben een veelheid aan klachten ingediend tegen beklagde. In een dergelijke situatie dient het college te komen tot een voor de beoordeling van de klacht bruikbare samenvatting van de geuite bezwaren. Klagers verwijten beklagde, kort gezegd en zakelijk weergegeven:

- I. dat zij als superviserend kinderarts onvoldoende verantwoordelijkheid heeft genomen voor de behandeling van patiënt;
- II. dat ten onrechte geen (aanvullend) onderzoek is gedaan naar de – ook door klagers herhaaldelijk onder de aandacht gebrachte – mogelijke aanwezigheid van een doorgebroken oorontsteking, leidend tot een bacteriële meningitis;
- III. dat klagers onvoldoende op de hoogte zijn gehouden gedurende en na de opname van patiënt, ook met betrekking tot onvolkomenheden in de zorg;
- IV. dat het dossier niet zorgvuldig is bijgehouden;
- V. dat zij in het natraject onvoldoende reflectie heeft betracht, onvoldoende verbetermaatregelen zijn getroffen en dat zij in de communicatie richting klagers tekort is geschoten. Over deze klachtonderdelen zal het college een oordeel geven.

5.3 Op zondag 17 juni 2018 werd de superviserende rol ingevuld door superviserend AIOS K., die in het laatste jaar van haar opleiding zat en als onderdeel daarvan juist deze rol moest invullen. Beklaagde kon en mocht er gelet op de ervaring en fase van opleiding van deze AIOS op vertrouwen dat zij haar dienst zelfstandig kon uitvoeren en zelfstandig zou kunnen inschatten waar overleg of assistentie van de supervisor nodig was. Dat beklagde tijdens een dergelijke dienst op de achtergrond opereerde en niet standaard in het ziekenhuis aanwezig was, paste bij de fase van opleiding van de superviserend AIOS. Beklaagde hoorde voor het eerst van de toestand van patiënt rond 11.30 uur toen de superviserend AIOS contact met haar opnam voor overleg. Op dat moment was er geen twijfel over de te nemen stap, namelijk een lumbaalpunctie. Besproken werd dat deze zou worden uitgevoerd nadat patiënt midazolam had gekregen. Dat beklagde op dat moment geen aanleiding heeft gezien alsnog zelf poolhoogte te nemen is niet verwijtbaar. De superviserend AIOS was bevoegd en bekwaam deze ingreep onder haar supervisie uit te (laten) voeren. Ook mocht beklagde erop vertrouwen dat de ingreep met de nodige voortvarendheid zou plaatsvinden. De tijdens het telefoongesprek besproken keuze (nog) geen antibiotica voor te schrijven was verdedigbaar. Een bacteriële meningitis werd nog altijd onwaarschijnlijk geacht en bij een voortvarende uitvoering van de lumbaalpunctie zou een behandeling met antibiotica alsnog snel kunnen plaatsvinden als dit toch noodzakelijk zou blijken. Beklaagde heeft vanuit huis meermaals het systeem geraadpleegd of de uitslag al bekend was. Zodra de uitslag bekend werd heeft zij contact opgenomen met superviserend AIOS K., die te kennen gaf de uitslag te kennen en in overleg met de medisch microbioloog beleid te bepalen. Ook werd een bloedkweek ingezet. De na het bekend worden van de uitslag ondernomen acties die gericht waren op het toedienen van gerichte medicatie hadden prioriteit en waren adequaat. Beklaagde mocht er dan ook op dit moment nog voor kiezen patiënt niet direct zelf te zien. Beklaagde is enige tijd later wel naar het ziekenhuis gekomen. Op het moment dat de verpleegkundige alarm sloeg in verband met de afwijkende metingen, was een persoonlijke beoordeling door beklagde wel noodzakelijk. Deze beoordeling werd door beklagde gedaan rond 17.30 uur.

Daarmee heeft beklagde voldoende voortvarend gehandeld. Vanaf dit moment is beklagde intensief betrokken gebleven bij de behandeling van patiënt. Zo heeft zij in overleg met de superviserend AIOS K. het vervolgbeleid bepaald, het telefoongesprek dat deze AIOS zou voeren met de kinderintensivist van het M. voorbereid en de situatie en het voorgenomen beleid met klagers besproken. Uit het voorgaande volgt dat beklagde niet kan worden verweten dat zij in haar rol als superviserend kinderarts onvoldoende verantwoordelijkheid heeft genomen voor de behandeling van patiënt.

5.4 Toen beklagde op 17 juni 2018 op de hoogte werd gesteld van de toestand van patiënt was een lumbaalpunctie het meest aangewezen onderzoek. Verdedigbaar is dat beklagde op dat moment niet (ook) ander onderzoek heeft laten aanvragen of inzetten en dat zij eerst de uitkomsten van de lumbaalpunctie heeft afgewacht. Het college begrijpt dat na het bekend worden van de uitslag van de lumbaalpunctie de aandacht in eerste instantie is uitgegaan naar behandeling van de meningitis. Dat medebeoordeling door een KNO-arts op dat moment niet bijdragend werd geacht is verdedigbaar gezien de inmiddels ingezette behandeling met antibiotica. De ontwikkelingen volgden zich daarna in hoog tempo op. Dat uiteindelijk nader onderzoek door middel van een CT-scan pas is gedaan toen patiënt al was overgeplaatst naar het M., kan beklagde onder deze omstandigheden niet in tuchtrechtelijke zin worden verweten.

5.5 Klagers waren op de hoogte van de omstandigheid dat een lumbaalpunctie zou worden gedaan en waarom. Klagers stonden ook volledig achter de uitvoering van een lumbaalpunctie. De uitslag van de lumbaalpunctie en het te voeren beleid werden om 15.30 uur door superviserend AIOS K. met klagers besproken. Om 18.00 uur is door beklagde de diagnose bacteriële meningitis en het ingezette beleid opnieuw met klagers besproken, waarbij ook het risico op een verhoogde intracraniale druk werd benoemd en uitgelegd werd dat overleg zou plaatsvinden met de kinderintensivist. Dat zij klagers onvoldoende adequaat geïnformeerd heeft over de uitkomsten van de lumbaalpunctie, de diagnose, het voorgenomen beleid en de ontwikkelingen die zich voordeden is niet aannemelijk geworden. Het college is dan ook van oordeel dat voldoende invulling is gegeven aan de informatieplicht. Voorts kan niet worden geconcludeerd dat beklagde heeft nagelaten klagers in de periode na het overlijden van patiënt van voldoende informatie te voorzien over mogelijke onvolkomenheden in de zorg. Beklagde heeft twee dagen na overplaatsing van patiënt naar het M. melding gedaan bij de KVV. Alle beschikbare informatie is verstrekt en er is geen enkele aanwijzing dat beklagde bij de besprekingen in het kader van het calamiteitenonderzoek zaken heeft verzwegen die betrekking hebben op de kwaliteit van zorg.

5.6 Beklagde heeft eigen notities gemaakt van haar beoordeling van patiënt in de vroege avond van 17 juni 2018 en van haar beoordeling om 20.45 uur. Ook heeft ze een notitie opgenomen van het beloop tot dat moment. Verdere notities zijn gedurende de dienst van beklagde gemaakt door anderen, zoals de AIOS kindergeneeskunde. Ondanks de omstandigheid dat de chronologie niet altijd op het eerste gezicht helder is, geven de dossieraantekeningen voldoende inzicht in de aanleiding voor de lumbaalpunctie, de gedane punctie, de uitslagen daarvan alsmede de overwegingen ten aanzien van het te voeren beleid.

5.7 Beklagde heeft zich ingespannen de kwaliteit van zorg beoordeeld te krijgen via de calamiteitencommissie en is daarbij transparant geweest over de geboden zorg. Zij heeft als eerste contact opgenomen met klagers en een gesprek aangeboden zodra klagers daar aan toe zouden zijn. Beklagde heeft voorts gesprekken gevoerd met leden van de calamiteitencommissie en met klagers. De door de calamiteitencommissie voorgestelde verbetermaatregelen zijn (mede) door beklagde doorgevoerd. Hiermee heeft beklagde voldoende verantwoordelijkheid

genomen voor de door haar (en onder haar supervisie) gemaakte overwegingen en behandelkeuzes. Dat beklagde meent dat van een tekortkoming in de geleverde zorg geen sprake was, kan haar - reeds gelet op wat hiervoor onder 5.3 tot en met 5.6 is overwogen - niet in tuchtrechtelijke zin worden verweten. Dat beklagde zich tegenover klagers heeft uitgelaten op een wijze die niet past bij wat van een zorgprofessional verwacht mag worden is niet komen vast te staan. Het college is niet bij de gesprekken aanwezig geweest en kan zich daarover geen compleet beeld vormen. Uit wat daarover wel bekend is, zoals de door klagers aangehaalde citaten die op zichzelf niet worden bestreden, blijkt op geen enkele manier dat beklagde zich op niet passende wijze heeft uitgelaten. Dat de gesprekken uiteindelijk niet bevredigend verliepen vanwege de uiteenlopende visies over de kwaliteit van de geleverde zorg, maakt dit niet anders. 5.8 Uit het voorgaande volgt dat beklagde met haar handelen tijdens en na de behandeling van patiënt is gebleven binnen de grenzen van wat van een redelijk bekwaam beroepsgeenoot mocht worden verwacht. De tegen haar ingediende klacht is daarom ongegrond. 5.9 Om redenen aan het algemeen belang ontleend, zal deze beslissing geanonimiseerd worden gepubliceerd.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hiervoor onder “2. De feiten” zijn weergegeven.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 In beroep is de schriftelijke klacht over het beroepsmatig handelen/nalaten van de arts nog een keer aan de tuchtrechter ter beoordeling voorgelegd. Het Centraal Tuchtcollege heeft kennis genomen van de inhoud van die in eerste aanleg geformuleerde klacht en het daarover in eerste aanleg door partijen gevoerde debat. Het door het Regionaal Tuchtcollege gevormde zaaksdossier is aan het Centraal Tuchtcollege gestuurd. In beroep is het debat door partijen schriftelijk nog een keer gevoerd, waarbij door ieder van hen standpunten zijn ingenomen naar aanleiding van de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten en de door dat College gegeven beschouwingen en beslissingen. Tijdens de mondelinge behandeling op 21 februari 2022 is dat debat voortgezet.

4.2 In beroep hebben klagers het volgende gesteld. Volgens klagers moet de feitenweergave in de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege op punten worden aangevuld en gewijzigd. Daarnaast heeft het Regionaal Tuchtcollege de klacht in de ogen van klagers te summier samengevat, waardoor niet op alle klachtonderdelen is beslist. Klagers menen dat het Regionaal Tuchtcollege de klacht ten onrechte ongegrond heeft verklaard. Klagers verzoeken het Centraal Tuchtcollege de klacht alsnog in zijn geheel gegrond te verklaren en aan de arts een passende maatregel op te leggen.

4.3 De arts heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.4 Klagers hebben een veelheid aan klachten ingediend. In een dergelijke situatie is het voor de beoordeling van de klacht noodzakelijk dat een bruikbare samenvatting van de geuite bezwaren wordt gemaakt. Het Regionaal Tuchtcollege heeft naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege de bezwaren van klagers op een goede en volledige manier samengevat. Hierdoor kunnen alle relevante aspecten van het handelen van de arts worden beoordeeld. Het Centraal Tuchtcollege neemt die samenvatting over en gaat daarvan uit bij de beoordeling van het beroep.

4.5 Alle klachtonderdelen liggen in deze beroepsprocedure opnieuw ter inhoudelijke beoordeling aan het Centraal Tuchtcollege voor. Het Centraal Tuchtcollege stelt voorop dat het overlijden van de zoon van klagers een in de eerste plaats voor de klagers en hun familieleden, maar ook voor de betrokken artsen een zeer verdrietige kwestie is. Dat neemt niet weg dat het handelen van de betrokken artsen aan de hand van objectieve maatstaven en de

daarvoor in de rechtspraak van de tuchtrechter ontwikkelde criteria moet worden beoordeeld. Het beraad in raadkamer na de behandeling in beroep heeft het Centraal Tuchtcollege niet geleid tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege. Het Centraal Tuchtcollege kan zich vinden in de overwegingen van het Regionaal Tuchtcollege onder 5.3 tot en met 5.8 en neemt deze over. Met het Regionaal Tuchtcollege verklaart het Centraal Tuchtcollege alle klachtonderdelen ongegrond. Hetgeen klagers in beroep hebben aangevoerd, waaronder hun commentaar op de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten en omstandigheden, maakt dit niet anders. 4.6 Dit betekent dat het beroep van klagers zal worden verworpen. 4.7 Om redenen ontleend aan het algemeen belang zal het Centraal Tuchtcollege bepalen dat onderhavige beslissing op na te noemen wijze wordt bekend gemaakt. 5. Beslissing Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg: verwerpt het beroep; bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Staatscourant, en zal worden aan-geboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing. Deze beslissing is gegeven door: E.J. Daalder, voorzitter; J.M. Rowel-van der Linde en M.P. den Hollander, leden-juristen en T.F.W. Wolfs en P.J. Koehler, leden-beroepsgenoten en N. Germeraad-van der Velden, secretaris. Uitgesproken ter openbare zitting van 13 april 2022. Voorzitter w.g. Secretaris w.g.