

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2021/3734

Beslissing naar aanleiding van de op 16 december 2021 binnengekomen klacht van:

A,

wonende te B,

klager,

tegen

C,

anesthesioloog,

werkzaam te B,

verweerder,

gemachtigde: mr. T.A.M. van Oosterhout, advocaat te Utrecht.

1. De procedure

1.1 Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift met de bijlage, ontvangen op 16 december 2021;
- het aanvullende klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen.

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

1.3 Het college heeft de klacht op basis van de stukken beoordeeld in de raadkamer van 28 juni 2022.

2. Waar gaat de zaak over en wat is de beslissing?

2.1 Klager is de partner van de in 2020 overleden patiënte. Op 27 juni 2020 wordt de patiënte via de spoedeisende hulp (SEH) opgenomen in het D met een gecombineerd shockbeeld. De patiënte wordt onderzocht en behandeld door een collega van verweerder (tegen wie ook een klacht is ingediend met kenmerk A2021/3736, hierna: de internist). Op 1 juli 2020 besluit de internist dat de patiënte geïntubeerd moet worden vanwege respiratoire insufficiëntie. De internist vraagt verweerder te assisteren bij deze intubatie. Klager verwijt verweerder vervolgens dat hij nalatig is geweest in de behandeling van de patiënte; zo heeft hij volgens klager het ziektebeeld niet serieus onderzocht, heeft hij de patiënte met medicatie in slaap gebracht en heeft hij verder geen actie ondernomen.

2.2 Het college komt tot de conclusie dat verweerder niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Het college licht dat hierna toe.

3. Wat is er precies gebeurd?

3.1 De patiënte (geboren in 1975) komt op 27 juni 2020 op de SEH van het D. Zij wordt opgenomen op de intensive care-afdeling in verband met buikpijn en diarree, waarbij sprake is van acuut nierfalen als gevolg van een combinatie van uitdroging, hartfalen en een mogelijke sepsis. Er was sprake van een hypovolemische en cardiogene shock. In het lab wordt een acute nierinsufficiëntie gevonden en gestoorde leverwaarden (o.a verhoogd bilirubine). De internist wordt de behandelaar van de patiënte. Er worden een CT-thorax/abdomen en een X-thorax gemaakt en er wordt

gestart met intraveneuze antibiotica. De internist voert een gesprek met klager, waarin een niet-reanimeren beleid wordt afgesproken, gezien de slechte status van het hart van de patiënte, de matige inspanningstolerantie bij hartfalen en de parese rechts bij status na een herseninfarct.

3.2 Op 28 juni 2020 wordt er een echo van het abdomen gemaakt, er worden kweken afgenomen, waaronder een feceskweek, en er volgt overleg met de afdelingen hematologie, longgeneeskunde, interne geneeskunde, MDL en chirurgie.

3.3 Op 29 juni 2020 wordt er een echocardiogram gemaakt door de dienstdoende cardioloog. Deze neemt ook contact op met de eigen cardioloog van de patiënte. Na overleg met de afdelingen chirurgie, MDL en nefrologie, wordt er gestart met nierfunctievervangende therapie (CVVH) vanwege acute nierinsufficiëntie met anurie.

3.4 Op 30 juni 2020 vertoont de patiënte vroeg in de ochtend sinusbradycardie (trage hartslag) waarbij gestart wordt met dobutamine die later wordt omgezet naar enoximone. Er blijkt tevens sprake te zijn van metabole acidose. Differentiaal diagnostisch wordt er gedacht aan een citraatintoxicatie maar hier is twijfel over.

3.5 Op 1 juli 2020 is er sprake van oplopende ontstekingswaarden (CRP), koorts en een gezwollen rechterarm. Ook is sprake van atriumfibrilleren, waarvoor de patiënte in overleg met de cardioloog digoxine en een metoprolol perfusor voorgeschreven krijgt. Omdat de zuurstofbehoefte van de patiënte toeneemt, wordt er met de longarts overlegd over eventuele drainage van het pleuravocht en wordt een pleurapunctie verricht. De internist besluit dat de patiënte geïntubeerd moet worden vanwege respiratoire insufficiëntie. De internist vraagt verweerder om haar daarbij te assisteren omdat zij de intubatie inschatte als hoog-risico gezien de ritmestoornissen bij de patiënte. Verweerder heeft hierbij geassisteerd, er waren geen hemodynamische bijzonderheden. Tijdens het multidisciplinaire overleg van die ochtend wordt besproken dat de patiënte wordt overgedragen aan het E vanwege een verslechterende medische toestand.

3.6 Op 3 juli 2020 overlijdt de patiënte in het E. De internist is dan niet meer werkzaam in het D. Verweerder voert daarom een aantal nagesprekken met de familie van de patiënte, onder andere met klager. Op 7 april 2021 vindt er een gesprek plaats waarbij de internist wel aanwezig is, net als verweerder, klager, diens zus en de klachtenfunctionaris van het D.

4. Wat houdt de klacht in?

Volgens klager is verweerder in de behandeling van de patiënte nalatig geweest. Zo heeft hij het ziektebeeld niet serieus onderzocht, heeft hij de patiënte met medicatie in slaap gebracht en heeft hij verder geen actie ondernomen.

5. Wat is het verweer?

Verweerder heeft de klacht bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

6. Wat is het oordeel van het college?

6.1 De vraag die moet worden beantwoord is of de arts de zorg heeft verleend die van hem mocht worden verwacht. De norm daarvoor is 'de redelijk bekwame en redelijk handelende' arts. Het college gaat daarbij uit van de geldende beroepsnormen en wetenschappelijke inzichten op het moment van de zorgverlening.

6.2 Volgens klager is verweerder (net als zijn collega, de internist) nalatig geweest in de behandeling van de patiënte. Verweerder stelt dat hij slechts minimaal betrokken was bij de behandeling van de patiënte. Hij heeft immers alleen geassisteerd bij de intubatie en daarbij heeft hij gehandeld zoals van een redelijk bekwaam vakgenoot mag worden verwacht. Met de nagesprekken die hij heeft gevoerd, wilde hij klager en de overige familie van de patiënte goede nazorg bieden.

6.3 Het college overweegt dat verweerder enkel op 1 juli 2020 betrokken is geweest bij de behandeling van de patiënte, toen de internist verweerder vroeg haar te assisteren bij het intuberen. Uit het medisch dossier blijkt dat de intubatie hemodynamisch stabiel verliep. Samen met de internist heeft verweerder de patiënte inderdaad met medicatie in slaap gebracht. Het college begrijpt dat dit erg aangrijpend is geweest voor klager. Dit is echter gebruikelijk bij een intubatie en dit kan verweerder dan ook niet worden verweten. Na het intuberen heeft verweerder de zorg voor de patiënte weer verder overgedragen aan de internist, die de behandelaar was. Verweerder heeft zijn deel van de behandeling daarmee goed uitgevoerd en afgesloten. Van verweerder werden geen verdere handelingen verwacht. Het kan verweerder dan ook niet worden verweten dat hij het ziektebeeld niet serieus heeft onderzocht of dat hij op een andere manier geen verdere actie heeft ondernomen.

6.4 Het voorgaande leidt tot de beslissing dat verweerder met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg kan worden gemaakt. De klacht is daarom kennelijk ongegrond.

7. De beslissing

De klacht is kennelijk ongegrond.

Aldus beslist op 9 augustus 2022 door:

J.T.W. van Ravenstein, voorzitter,

E.M. Deen, lid-jurist,

M.V. Huisman, C.M.F. Kruijtzter, G.J. Scheffer, leden-beroepsgenoten,

bijgestaan door E.A. Weiland, secretaris.

secretaris voorzitter