

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2021/3736

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

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

A,

wonende te B,

klager,

tegen

C,

internist-intensivist,

destijds werkzaam te B,

verweester,

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 mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

1.3 De mondelinge behandeling door het college heeft plaatsgevonden ter openbare zitting van 28 juni 2022. Op deze zitting zijn verschenen: klager en verweester, bijgestaan door haar gemachtigde. Partijen hebben hun standpunten mondeling toegelicht.

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

Op 27 juni 2020 is de patiënte – de levenspartner van klager – via de spoedeisende hulp (SEH) opgenomen in D. met een gecombineerd shockbeeld. In D. is zij op 27 en 30 juni 2020 en op 1 juli 2020 door verweester onderzocht en behandeld. Klager verwijt verweester dat zij nalatig is geweest in het onderzoek en in de behandeling van de patiënte. Verweester heeft volgens klager het ziektebeeld niet serieus onderzocht, heeft de patiënte met medicatie in slaap gebracht en heeft verder geen actie ondernomen. De patiënte is op 3 juli 2020 komen te overlijden. Het college komt tot de conclusie dat verweester niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Het college licht dat hierna toe.

3. Wat is er precies gebeurd?

3.1 De patiënte (geboren in december 1975) is op 27 juni 2020 via de SEH opgenomen op de intensive care-afdeling van D. 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 blijkt sprake van een hypovolemische en cardiogene shock. In het lab wordt een acute nierinsufficiëntie gevonden en gestoorde leverwaarden (o.a verhoogd bilirubine).

3.2 Verweerster is op de intensive care van D. de behandelaar van de patiënte. Onder verantwoordelijkheid van verweerster worden op 27 juni 2020 een CT-thorax/abdomen en een X-thorax gemaakt, wordt een centraal veneuze katheter geplaatst, wordt de patiënte behandeld met vocht-infusie en noradrenaline en wordt gestart met intraveneuze antibiotica. Ook wordt er een hartfilmpje gemaakt (ECG) en een tromboseprofylaxe toegediend. Gezien de slechte staat van het hart van de patiënte – zij heeft een cardiale beschadiging door bestraling vanwege een M. Hodgkin in het verleden met dientengevolge een te klein/strak hartzakje (ook wel: pericarditis constrictiva) – de matige inspanningstolerantie bij hartfalen en de parese rechts bij status na een herseninfarct, wordt in aanwezigheid van klager een niet-reanimeren-beleid afgesproken.

3.3 Op 28 en 29 juni 2020 – verweerster is op die dagen niet werkzaam in D. – vindt verdere diagnostiek plaats. Zo wordt er onder meer een echo van het abdomen gemaakt, worden diverse kweken afgenomen en wordt er overleg gevoerd met de afdelingen hematologie, longgeneeskunde, interne geneeskunde, MDL en chirurgie. Ook neemt de dienstdoende cardioloog contact op met de eigen cardioloog van de patiënte en maakt deze een echocardiogram. Na overleg met de afdelingen chirurgie, MDL en nefrologie, wordt gestart met nierfunctie-vervangende therapie (dialyse) vanwege acute nierinsufficiëntie met anurie.

3.4 Op 30 juni 2020 is verweerster weer verantwoordelijk voor de behandeling van de patiënte. De patiënte heeft vroeg in de ochtend een trage hartslag (sinusbradycardie), waarna gestart wordt met dobutamine. Later wordt enoximone toegediend. Ook blijkt er sprake te zijn van metabole acidose. Differentiaal diagnostisch wordt er gedacht aan een citraatintoxicatie maar hier is twijfel over. Verweerster besluit de antibiotica en dialyse te continueren, voert (vanwege de sufheid van patiënte en de verhoogde bilirubine) overleg met een MDL-arts en start met sondevoeding.

3.5 Op 1 juli 2020 is er bij patiënte 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. Verweerster besluit vervolgens dat de patiënte geïntubeerd moet worden vanwege respiratoire insufficiëntie. Verweerster vraagt een collega (de anesthesioloog tegen wie een klacht is ingediend met kenmerk A2021/3734) om haar hierbij te assisteren, omdat zij de intubatie vanwege de ritmestoornissen bij de patiënte inschat als hoog-risico. Er zijn op dat moment geen hemodynamische bijzonderheden. Tijdens het multidisciplinaire overleg van die ochtend wordt besproken dat de patiënte moet worden overgedragen aan E. vanwege een verslechterende medische conditie.

3.6 In de ontslagbrief heeft verweerster, ten behoeve van de verdere diagnostiek en behandeling in het E., het volgende opgenomen (inclusief taal- en typefouten): “Concluderend hebben wij een jonge vrouw met een complex hart die totaal hemodynamisch ontregelt raakt bij het doormaken van een beeld van gastro-enteritis, wat gecompliceerd raakt door een acute nierinsufficiëntie en een beeld van rechts falen, waarbij het pogen tot ontwateren resulteert in ernstige hemodynamische complicaties. Daarnaast zijn er nog onopgeloste onderliggende vragen, waaronder het verhoogde bilirubine en de verklaring voor de oplopende infectie parameters”.

3.7 Op 3 juli 2020 overlijdt de patiënte in E. Verweerster – die in D. waarnam voor een arts die met verlof was – is dan niet langer in het D. werkzaam. De anesthesioloog voert daarom een aantal nagesprekken met de nabestaanden, onder wie klager. Op 7

april 2021 vindt er een gesprek plaats waarbij verweerster en de anesthesioloog aanwezig zijn, net als klager, diens zus en de klachtenfunctionaris van het D.

4. Wat houdt de klacht in en wat is het antwoord van verweerster?

Volgens klager is verweerster nalatig geweest in de behandeling van de patiënte: verweerster zou het ziektebeeld niet serieus hebben onderzocht, de patiënte met medicatie in slaap hebben gebracht en verder geen actie hebben ondernomen. Verweerster heeft de klacht bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. Wat is het oordeel van het college?

5.1 De vraag die moet worden beantwoord is of verweerster als arts de zorg heeft verleend die van haar 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. Het college overweegt tegen deze achtergrond als volgt.

5.2 Verweerster is op 27 en 30 juni 2020 en op 1 juli 2020 (eind)verantwoordelijk geweest voor de opname van de patiënte op de intensive care. Zoals weergegeven onder 3.2, heeft het behandelbeleid van verweerster er op 27 juni 2020 onder meer in bestaan dat er een CT-thorax/abdomen is verricht en een centraal veneuze katheter is geplaatst, en dat de patiënte is behandeld met vocht-infusie, noradrenaline, intraveneuze antibiotica en een tromboseprofylaxe. Ook is er een ECG gemaakt. Dat verweerster op deze eerste dag van de opname zaken over het hoofd zou hebben gezien of anderszins zou zijn tekort geschoten in haar onderzoek naar of zorg voor de patiënte, is het college niet gebleken.

5.3 Enkele dagen later, op 30 juni 2020, was verweerster tijdens haar dienst opnieuw verantwoordelijk voor behandeling van de patiënte. Zij constateerde die ochtend dat de toestand van de patiënte was verslechterd. Zij heeft hierop haar behandelbeleid aangepast. Zo heeft verweerster onder meer bloedcirculatie-bevorderende medicijnen toegediend (eerst dobutamine en noradrenaline, later enoximone), besloten dat de antibiotica en dialyse moesten worden gecontinueerd en is er een start gemaakt met het toedienen van sondevoeding (zie ook 3.4). Bovendien heeft verweerster overleg gevoerd met een collega-specialist (MDL-arts) over de sufheid van de patiënte en over haar aanhoudend verhoogde lactaat en bilirubine. Verweerster heeft vervolgens gehandeld in lijn met de uitkomsten van dit overleg. Het college beoordeelt ook dit behandelbeleid als adequaat. Dat verweerster bij de behandeling van de patiënte nalatig of te afwachtend zou zijn geweest, is het college niet gebleken.

5.4 Op 1 juli 2020 ging de toestand van de patiënte verder achteruit: zij had een steeds hogere zuurstofbehoefte, haar ontstekingswaarden stegen ondanks het antibiotische beleid, haar rechterarm was gezwollen en er was sprake van atriumfibrilleren. Verweerster besloot hierop de antibiotica te continueren en opnieuw overleg te voeren met de MDL-arts (vanwege de oplopende CRP) en de cardioloog (vanwege het atriumfibrilleren), waarna aanvullende medicijnen werden toegediend. Rond het middaguur besloot verweerster dat de onder 3.5 omschreven intubatie nodig was. Ook op 1 juli 2020 heeft verweerster naar het oordeel van het college actief, responsief en adequaat gehandeld. Dat verweerster – zoals klager in feite stelt – de klachten van de patiënte onbehandeld zou hebben gelaten en/of niet serieus zou hebben onderzocht, kan het college dan ook niet onderschrijven.

5.5 Het is juist dat verweerster de patiënte op 1 juli 2020 met medicatie in slaap heeft gebracht. Het college begrijpt dat dit erg aangrijpend is geweest voor klager. Dit is echter gebruikelijk bij een intubatie en dit kan verweerster dan ook niet worden verweten. Het feit dat verweerster bij de – door haar als hoog-risico ingeschatte –

intubatie van de patiënte bijstand van een collega-anesthesioloog heeft gevraagd, getuigt naar het oordeel van het college van professioneel handelen.

5.6 Het voorgaande leidt tot de beslissing dat verweerster 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 ongegrond.

6. De beslissing

De klacht is 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 en G.J. Scheffer, leden-beroepsgenoten,
bijgestaan door E.A. Weiland, secretaris.