

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2022/3891

A2022/3891

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG  
TE AMSTERDAM

Beslissing van 29 november 2022 naar aanleiding van de klacht van:

A, B, C, D, E, F, G, H en I,

wonende of woonplaats kiezende te J,

klagers, nabestaanden van K,

gemachtigde: mr. G. Grijs, werkzaam te Rotterdam,

tegen

P,

arts,

destijds werkzaam te J,

verweerster, hierna ook: de arts,

gemachtigde: mr. E.J.C. de Jong, werkzaam te Utrecht.

### 1. De procedure

Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met de bijlagen, inclusief medisch dossier, ontvangen op 30 december 2021;
- de brief van 7 februari 2022, ontvangen op 8 februari 2022, van mr. Grijs met een toelichting op de relaties van klagers tot K;
- het aanvullende klaagschrift met als bijlage de 'Calamiteitenrapportage Huisartsenposten Rijnmond', ontvangen op 28 maart 2022;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 20 juni 2022 gehouden mondelinge vooronderzoek;
- het medisch dossier van 19 november 2019 tot 4 juli 2020;
- de brief van 6 juli 2022, ontvangen op 8 juli 2022, van mr. Grijs met als bijlage een kopie patiëntenbrochure.
- de brief van 26 augustus 2022, ontvangen op 1 september 2022, van mr. Grijs met als bijlage een usb-stick met geluidsopnames;
- de brief van 27 september 2022, ontvangen op 28 september 2022, van mr. Grijs met als bijlage een usb-stick met geluidsopnames.

De zaak is behandeld op de openbare zitting van 18 oktober 2022. Mevrouw A, de heer H en de arts zijn verschenen. Zij werden bijgestaan door hun gemachtigden. Deze partijen en de gemachtigden hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Een derde klaagster was als toehoorder in de zaal aanwezig.

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

2.1 K was sinds 2008 bekend met ernstig nierfalen op basis van steroidresistent nefrotisch syndroom. Sinds begin juni 2020 werd hij daarvoor gedialyseerd in het ziekenhuis waar de arts in die periode als anios (arts niet in opleiding tot specialist)

werkzaam was op de afdeling interne geneeskunde. Mevrouw A is de moeder van K en de heer H is zijn stiefvader. De overige klagers zijn zussen en broers van K.

2.2 In de avond van 3 juli 2020 werd K benauwd. Zijn moeder heeft telefonisch contact opgenomen met de huisartsenpost (HAP). Omdat K dialysepatiënt was, heeft de triagiste van de huisartsenpost het ziekenhuis gebeld voor overleg. De arts had die nacht dienst. In het overleg met de triagiste heeft de arts ermee ingestemd dat K (eerst) op de HAP zou worden gezien. De triagiste heeft de moeder bericht dat K ongeveer een uur later bij de HAP gezien kon worden. K is in de taxi onderweg naar de HAP onwel geworden en korte tijd later overleden, op 19-jarige leeftijd.

2.3 Klagers verwijten de arts dat hij de urgentie van de situatie van K niet goed heeft ingeschat en geen ambulance heeft gestuurd, en dat hij de gemeentelijke lijkschouwer onjuist of onvolledig heeft geïnformeerd.

2.4 Het college komt tot de conclusie dat de klacht gedeeltelijk gegrond is. Er wordt geen maatregel opgelegd. Het college licht dat hierna toe.

3. Wat is er precies gebeurd?

3.1 K, geboren op -- mei 2001, was bekend met ernstig nierfalen op basis van een steroidresistent nefrotisch syndroom. Hij werd sinds begin juni 2020 gedialyseerd in N (hierna: het ziekenhuis) in afwachting van een niertransplantatie.

3.2 De moeder van K heeft op 4 juli 2020 omstreeks 0.12 uur telefonisch contact opgenomen met de spoedlijn van de HAP vanwege klachten van K. Zij vertelde de triagiste dat K nierpatiënt was en dialyseerde, dat hij de dag ervoor niet goed gedialyseerd kon worden en dat hij in afwachting was van een niertransplantatie. Over de klachten vertelde zij dat K roze slijm ophoestte, vocht in zijn longen had, vervelend ademde en geen hele zinnen kon uitspreken. De moeder kon niet zeggen of K in levensgevaar was. De triagiste heeft het gesprek met de moeder onderbroken en telefonisch contact opgenomen met de spoedeisende hulp (SEH), waarbij zij met de arts heeft overlegd.

3.3 In dit overleg gaf de triagiste aan dat het ging om een dialysepatiënt uit het ziekenhuis op basis van nefrotisch syndroom. Het transcript van de geluidsopname van het gesprek tussen de triagiste en de arts vermeldt verder onder meer het volgende:

“DOKTER Nou, ik pak het dossier er wel even bij. (...) ASSISTENTE Hij zou donderdag zijn gedialyseerd maar dat was blijkbaar niet helemaal goed gelukt. En moeder belt eigenlijk nu omdat hij was gevallen, niet echtmeer wil praten zoals ze normaal van hem gewend zijn. Ik vind hem ook hoorbaar kortademig. En (...) Hij zou wat bloed ophoesten. Ehm. DOKTER Oh ASSISTENTE Ja, een beetje ja, druppeltjes in het slijm. Ehm Ehm. En hij zegt dat hij het heel erg warm heeft en auriculair hebben ze 35,6 gemeten maar hebben nu wel waaiers op hem gezet. DOKTER Ja ASSISTENTE Ik heb het idee dat deze jongen moet in ieder geval beoordeeld worden maar ik vroeg me af of jullie het nodig zouden vinden dat wij hem eerst zouden beoordelen, of dat je zegt: laat maar meteen hierheen komen want het is toch wat ingewikkelder probleem. Arts: Ehm nou ja. Ik denk dat het goed is dat je even kijkt of die hematurie klopt en of hij echt benauwd is of dat hij zich ergens druk om maakt. Als hij echt benauwd is en ehm, dus hypertensief, dan moet hij zeker komen. Dan moeten we misschien wat eerder dialyseren. ASSISTENTE Oke. Dan ga ik het overleggen met de arts hier om hem hier eerst te beoordelen. DOKTER Ja? Oké. ASSISTENTE Prima DOKTER Mocht je hem willen doorsturen, dan hoor ik het graag. Dan meld ik me aan en zie ik hem zo hier.”

3.4 De huisarts op de HAP heeft ermee ingestemd dat K eerst op de HAP zou worden gezien. K is onderweg naar de HAP in de taxi onwel geworden en in een

reanimatiesetting beland. De arts was bij de reanimatie betrokken. De reanimatie mocht niet baten en K is die nacht om 1.39 uur overleden. Na het overlijden heeft de arts overlegd met de gemeentelijke lijkschouwer.

3.5 Op 29 september 2020 heeft er naar aanleiding van het overlijden van K een klachtgesprek plaatsgevonden tussen een aantal behandelaren van K, onder wie twee behandelende internisten en de arts, en een aantal klagers, onder wie de moeder, onder leiding van de klachtenfunctionaris van het ziekenhuis.

4. Wat houdt de klacht in?

Klagers verwijten de arts dat hij:

a) onvoldoende heeft kennisgenomen van het dossier en dat hij onvoldoende heeft doorgevraagd bij de triagiste; hij had moeten denken aan acute nierinsufficiëntie (bedoeld zal zijn: een acute situatie bij nierinsufficiëntie, opm. college) en de triagiste het advies moeten geven een ambulance te bellen, en

b) dat hij de gemeentelijke lijkschouwer onjuist of onvolledig heeft geïnformeerd, waardoor de lijkschouwer ten onrechte een verklaring van natuurlijke dood heeft afgegeven.

5. Wat is het verweer?

De arts heeft een beroep gedaan op niet-ontvankelijkheid van de klagers, uitgezonderd de moeder, en de klacht bestreden. Het verweer wordt voor zover nodig hierna verder besproken.

6. Wat zijn de overwegingen van het college?

6.1 Het college wil voorafgaand aan de beoordeling benadrukken dat het duidelijk is dat de omstandigheden rondom het overlijden van K heel ingrijpend zijn geweest voor zijn moeder en de verdere familie. Het is heel verdrietig dat K op zo jonge leeftijd is overleden. Duidelijk is dat zijn naasten daar nog dagelijks pijn en gemis van ondervinden. De gebeurtenis heeft ook veel indruk gemaakt op de arts. Zijn (alle) klagers ontvankelijk?

6.2 De arts heeft een beroep gedaan op de niet-ontvankelijkheid van de klagers, uitgezonderd de moeder van K. De andere klagers zijn zussen, broers en de stiefvader van K. Het college overweegt naar aanleiding daarvan als volgt.

6.3 Volgens vaste jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (zie bijvoorbeeld: ECLI:NL:TGZCTG:2014:117) dient voor de ontvankelijkheid van een klager als nabestaande aanknopingspunt te worden gezocht bij artikel 7:465, derde lid, Burgerlijk Wetboek. Dat artikel wijst in geval van wilsonbekwaamheid van een patiënt de levensgezel aan als gesprekspartner van de arts inzake de geneeskundige behandeling, of, als er geen levensgezel is, een ouder, kind, broer, zus, grootouder of kleinkind.

6.4 Volgens de parlementaire geschiedenis mag aan de volgorde waarin deze laatste personen in artikel 7:465, derde lid, Burgerlijk Wetboek worden genoemd geen bijzondere betekenis worden toegekend (Nadere MvA, Kamerstukken 1991/92, 21561, 11, p.39). Is er geen echtgenoot of levensgezel, en dienen zich vervolgens verschillende familieleden aan, dan zal de hulpverlener moeten kiezen, omdat nakoming slechts ten opzichte van één vertegenwoordiger mogelijk is (Nadere MvA, kamerstukken II 1991/92, 21561, 11, p.38). Deze werkwijze wordt ook in het tuchtrecht gevolgd om de ontvankelijkheid van klagers te beoordelen.

6.5 Niet is gebleken dat K een levensgezel had. Zijn moeder is gedurende zijn hele leven zeer nauw bij zijn behandeling betrokken geweest. Zij was ook aanwezig was ten tijde van het handelen waarover geklaagd wordt. Daarom is zij in de ogen van het college de meest aangewezen persoon om de wil van K te vertegenwoordigen. Het college merkt haar daarom als klaagster aan. Voor ontvankelijkheid van de andere

familieleden is dan geen plaats meer. Dat neemt niet weg dat het het college heel duidelijk is dat de in de klacht genoemde familieleden achter de klacht staan, dat zij allemaal heel direct bij het leven van K betrokken zijn geweest en dat zijn overlijden op hen allemaal een grote impact heeft.

Welke criteria gelden bij de beoordeling?

6.6 De vraag is of de arts de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. Dat is een zakelijke beoordeling. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende arts. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en de wetenschappelijke inzichten ten tijde van het handelen. Verder geldt als uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen. Verder beoordeelt het college de situatie aan de hand van de beschikbare informatie op het moment van handelen. Kennis over de gebeurtenissen daarna mag dus geen rol spelen.

Klachtonderdeel a) urgentie niet goed ingeschat

6.7 De arts heeft naar voren gebracht dat het hem duidelijk was het hier ging om een patiënt die op korte termijn moest worden gezien vanwege de klachten die hij op dat moment had. De vraag van de triagiste van de HAP was alleen of de patiënt direct naar de SEH moest komen of dat hij eerst door de dienstdoende huisarts kon worden beoordeeld. De arts heeft gemeend dat de beoordeling eerst op de HAP kon plaatsvinden, mede omdat de SEH op dezelfde locatie was gevestigd, zodat doorverwijzing nauwelijks vertraging zou opleveren. De urgentie is in het gesprek niet aan de orde geweest, het bepalen daarvan was de verantwoordelijkheid van de HAP, aldus de arts.

6.8 Als uitgangspunt geldt dat een arts in de nachtdienst zich in eerste instantie bij zijn beoordeling mag en moet baseren op de informatie die een andere zorgverlener, in dit geval de triagiste van de HAP, over een patiënt verstrekt. Triagisten zijn opgeleid om aan de telefoon situaties te beoordelen en de triage te doen, dat wil zeggen: te bepalen of zieke of gewonde mensen op basis van hun klachten daadwerkelijk medische noodhulp behoeven, en daarbij aan iedere patiënt een urgentiecode toe te kennen. Een arts behoudt echter wel een eigen verantwoordelijkheid om voldoende informatie te verzamelen om een adequate beoordeling te kunnen doen.

6.9 Naar het oordeel van het college heeft de arts in dit geval deze verantwoordelijkheid onvoldoende genomen. Uit het medische dossier van K blijkt dat hij op 30 juni 2020 op voorschrift van een behandelende internist was begonnen met barnidipine (bloeddrukverlager) vanwege persisterende hoge bloeddrukken (tussen de 192/130, 202/135 en 204/136 mm Hg), ondanks behandeling met andere bloeddrukverlagers. Ook kan uit het dossier worden afgeleid dat K op 2 juli 2020 wel was gedialyseerd, maar korter dan gebruikelijk vanwege te lage bloeddruk, 90/60 mm Hg. Er was circa 500 cc vocht onttrokken. De dienstdoende internist had de diuretica (plaspillen) en antihypertensiva (bloeddrukverlagers) gestopt en K een opname geadviseerd, omdat niet duidelijk was wat de reden was van de lage bloeddruk en de klachten van K. K was echter tegen het advies in met zijn moeder naar huis gegaan. De internist heeft in het dossier genoteerd dat er een risico bestond dat K onwel zou worden en dat vallen bij gebruik van antistolling kan leiden tot ernstige bloedingen. Ook heeft zij opgeschreven dat K, mocht hij onwel worden, via de SEH terug kon komen voor opname.

6.10 Deze informatie in het dossier had de arts, in combinatie met de klachten die de triagiste tegenover hem noemde, aanleiding moeten geven de situatie van K ernstiger in te schatten dan hij heeft gedaan. Zo kan het college niet goed volgen waarom de arts, mede gelet op de inhoud van het dossier, de door de triagiste benoemde

'hoorbare kortademigheid' en het bloed in het slijm niet als urgent heeft beoordeeld, noch daarop heeft doorgevraagd om uit te vinden hoe ernstig bij K de benauwdheid op dat moment was. Bij het staken van plaspillen en bloeddrukverlagers bij een dialysepatiënt ontstaat een reëel risico op overvulling, waarvan benauwdheid en het ophoesten van bloed of roze sputum belangrijke symptomen zijn. Als sprake is van overvulling, kan een levensbedreigende situatie ontstaan en is acuut ingrijpen noodzakelijk. Onder de geschetste omstandigheden konden het gewicht en de bloeddruk van K niet voldoende zekerheid bieden dat er geen sprake was van een acute situatie. De arts had daarom, gelet op de genoemde verschijnselen, alerter moeten zijn op de urgentiecode die de triagiste had bepaald, vooral nu het ging om een dialysepatiënt van het ziekenhuis met zeer wisselende bloeddrukken. Als de arts daadwerkelijk zou hebben doorgevraagd of meer relevante informatie zou hebben ingewonnen, ligt het voor de hand dat hij een ambulance naar K zou hebben gestuurd. Gelet op de aantekening van de internist van 2 juli 2020 in het dossier, had de arts K in ieder geval direct naar de SEH moeten laten komen.

6.11 Het college is zich ervan bewust dat in deze situatie sprake is van een keten van samenwerking en verantwoordelijkheden, waarin de triagiste, de huisarts op de HAP en de dienstdoende arts in het ziekenhuis allen een eigen rol vervullen. De beoordeling van de ene zorgverlener binnen de keten beïnvloedt echter de besluitvorming van de andere ketenzorgverlener(s). Ieder moet in zijn eigen positie in beginsel op de ander(en) kunnen vertrouwen, maar dit ontslaat – in dit geval – de arts niet van zijn eigen verantwoordelijkheid om zich goed te (laten) informeren. De arts had dit kunnen doen door de triagiste meer vragen te stellen, haar terug te laten bellen om door te vragen op de benauwdheid, zelf de moeder van K te bellen of contact op te nemen met de superviserend internist. Dit heeft hij niet gedaan. Daarmee is hij tekortgeschoten in de zorg voor K.

Klachtonderdeel a) is gegrond.

Klachtonderdeel b) gemeentelijke lijkschouwer niet juist/volledig geïnformeerd

6.12 Volgens het klaagschrift heeft de arts de gemeentelijke lijkschouwer meegedeeld dat er geen fouten waren gemaakt bij de behandeling. Bij het klaagschrift is een gespreksverslag overgelegd van een telefoongesprek dat de moeder van K op 7 april 2021 met de lijkschouwer heeft gevoerd. De arts heeft tot verweer aangevoerd dat hij ervan overtuigd was dat de dood was ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak, maar dat hij – in overleg met de anesthesioloog die bij de reanimatie was betrokken – omwille van de zorgvuldigheid overleg heeft gevoerd met de gemeentelijke lijkschouwer. Daarbij is ook gesproken over de vraag of er fouten waren gemaakt bij de behandeling. In de visie van de arts was dit niet het geval.

6.13 Het college leidt uit het genoemde gespreksverslag af dat de arts na het overleg met de gemeentelijke lijkschouwer zelf de verklaring van overlijden heeft afgegeven. De Wet op de Lijkbezorging bepaalt in artikel 3 dat lijkschouwing zo spoedig mogelijk na het overlijden geschiedt door de behandelende arts of door een gemeentelijke lijkschouwer. De arts was betrokken bij de pogingen tot reanimatie van K en in zoverre behandelend arts. In die hoedanigheid mocht hij dus de lijkschouwing doen. Artikel 7 lid 1 van de genoemde wet luidt: "Hij die de schouwing heeft verricht geeft een verklaring van overlijden af, indien hij ervan overtuigd is dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak." Het college ziet onvoldoende aanwijzingen op grond waarvan de arts er op het moment van het overleg met de gemeentelijke lijkschouwer vanuit zou hebben moeten gaan dat er sprake was (geweest) van een medische fout en daarmee van een niet-natuurlijke doodsoorzaak. De informatie in het medische dossier van K en de omstandigheid dat hij dialyseerde wezen niet in die

richting. K was bovendien onderweg in de taxi onwel geworden, waar geen zorgverleners bij waren. Ook dat wijst in beginsel op een natuurlijke dood, veroorzaakt door de nierziekte van K en de bijkomende aandoeningen waar hij aan leed. Dat het college nu, achteraf, oordeelt dat de arts zelf – in het overleg met de triagiste van de HAP – de situatie van K als ernstiger had moeten inschatten, was de arts op het moment van het overleg met de gemeentelijke lijkschouwer uiteraard nog niet bekend. Hij hoefde daar op dat moment redelijkerwijs ook nog geen rekening mee te houden. Het is zorgvuldig dat de arts toch nog met de gemeentelijke lijkschouwer heeft overlegd over het afgeven van een verklaring van overlijden. Het is niet komen vast te staan dat hij in dat gesprek informatie heeft gegeven waarvan hem op dat moment duidelijk was of had moeten zijn dat die onjuist of onvolledig was. Dit klachtonderdeel is daarom niet gegrond.

Conclusie

6.14 De conclusie is dat de klacht gedeeltelijk gegrond is.

Maatregel

6.15 Bij de vraag of een maatregel passend is en zo ja, welke, neemt het college het volgende in aanmerking.

6.16 Begin juli 2020 was de arts ruim een jaar geregistreerd als arts en dus nog tamelijk onervaren. Hij was bovendien niet in opleiding tot specialist en hij heeft ter zitting toegelicht dat dat betekent dat hij niet steeds een aantal weken op een bepaalde afdeling werkzaam is geweest, omdat die plaatsen zijn gereserveerd voor de artsen die wel in opleiding zijn tot specialist. Hij heeft verteld dat hij in zijn eerste jaar – na cursussen Basic Life Support en Advanced Life Support (reanimatietraining) en een opleidingsweek – een stage van vier maanden op de SEH heeft gelopen. Hij had echter niet veel ervaring met dialysepatiënten op de SEH. Het college overweegt dat de zorg op dit moment zo is ingericht dat relatief onervaren artsen met regelmaat in de avond en nacht alleen dienst doen op de SEH, waar onder hoge tijdsdruk belangrijke beslissingen moeten worden genomen. Deze inrichting van de zorg maakt jonge artsen kwetsbaar voor het maken van fouten. Het is aannemelijk dat ook in dit geval de arts de situatie door gebrek aan ervaring niet goed heeft voorzien. Dit gebrek aan ervaring kan de arts niet persoonlijk worden aangerekend. Verder is het het college niet duidelijk geworden welke afspraken er precies waren gemaakt met betrekking tot de supervisie in een geval als dat van K. Ten slotte is gebleken dat de arts zich er wel van bewust was dat K op korte termijn moest worden gezien en dat doorsturen naar de SEH, gelet op de onderbrenging op dezelfde locatie, weinig vertraging zou opleveren. Deze omstandigheden kunnen het gebrek aan een voldoende kritische blik van de arts – gelet op de hem meegedeelde alarmsignalen in relatie tot de inhoud van het dossier – niet verschonen. Zij maken wel dat sprake is van een lichte mate van tuchtrechtelijke verwijtbaarheid, ondanks de buitengewoon trieste afloop. Verder gaat het college er vanuit dat de gebeurtenissen in deze zaak eraan bijdragen dat de arts in het vervolg in vergelijkbare situaties beter zal doorvragen.

6.17 Gelet op al deze omstandigheden is het college van oordeel dat het niet passend is om de arts een maatregel op te leggen.

6.18 Tot slot merkt het college op dat het in gevallen als deze aanbeveling zou verdienen om een gezamenlijke evaluatie van de gebeurtenissen in de hele keten uit te voeren. Daarnaast is het van belang dat aandacht wordt besteed aan de vraag hoe opleidingstechnisch geïnvesteerd wordt in jonge artsen die niet in opleiding zijn tot specialist, en hoe hun supervisie is geregeld.

Publicatie

6.19 Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal deze beslissing zonder vermelding van namen of andere herleidbare gegevens worden gepubliceerd. Dit algemene belang is erin gelegen dat andere zorgverleners en instellingen die ketenzorg leveren mogelijk lering kunnen trekken uit wat er in deze zaak is gebeurd.

## 7. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht gegrond voor wat betreft klachtonderdeel a);
- bepaalt dat geen maatregel wordt opgelegd;
- verklaart de klacht ongegrond voor wat betreft klachtonderdeel b);
- bepaalt dat deze beslissing, nadat die onherroepelijk is geworden, zonder vermelding van namen of andere herleidbare gegevens in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften Medisch Contact, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Gezondheidszorg Jurisprudentie.

Deze beslissing is gegeven door N.B. Verkleij, voorzitter, W.R. Kastelein, lid-jurist, P.M. Netten, H.R.H. de Geus, en V.M. Schijf, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door T.C. Brand, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 29 november 2022.

secretaris

voorzitter