

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2021/3234

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 25 maart 2022 naar aanleiding van de op 7 juli 2021 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a g e r

-tegen-

C, internist, (destijds) werkzaam te Arnhem,

bijgestaan door mr. S. Slabbers, verbonden aan VvAA rechtsbijstand te Utrecht,

b e k l a a g d e

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- brief zijdens klager, d.d. 5 oktober 2021;
- stukken zijdens de gemachtigde van beklagde, d.d. 20 oktober 2021.

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

Naast deze klacht zijn twee met deze klacht verband houdende klachten ingediend tegen collega's van beklagde. Deze klachten zijn bekend onder de nummers Z2021/3235 en Z2021/3236.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 11 februari 2022, waar partijen zijn verschenen. Beklagde werd bijgestaan door zijn gemachtigde.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch dossier) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klager is de zoon van wijlen G (geboren in 1943 en hierna te noemen: de patiënt). De patiënt is op 18 juli 2019 wegens verdenking van hartfalen overgebracht naar de Intensive Care (IC), alwaar beklagde tot aan het overlijden van de patiënt als hoofdbehandelaar en supervisor van de arts niet in opleiding tot specialist IC (hierna: ANIOS IC) betrokken is geweest bij de zorg voor patiënt.

Het medisch dossier vermeldt met betrekking tot de voorgeschiedenis van de patiënt dat hij sinds 2013 bekend was met een matige aortaklepstenose en hypertensie. Tevens was er in 2017 sprake van chronische nierinsufficiëntie in 2017 en in 2018 een ernstige aortaklepstenose waarvoor hij in augustus een aortaklepvervangende CABG onderging. In de periode van april 2019 tot en met 12 juni 2019 maakte patiënt

twee keer een hartinfarct door waarvoor een dotterprocedure met stentplaatsing volgde in B, gevolgd door tweemaal een klinische opname vanwege hartfalen. Op 29 mei 2019 ontstond er acuut hartfalen.

Op 16 juli 2019 wordt patiënt opnieuw door de huisarts ingestuurd vanwege een anemie. Tijdens de opname verslechtert de klinische toestand van de patiënt. In de loop van

18 juli 2019 voelt patiënt perifeer kouder aan met een lage, niet meetbare bloeddruk. Tevens heeft de patiënt een zeer geringe diurese, alsmede een positieve urinekweek met E. Coli en E. Faecalis. De cardioloog stelt hartfalen vast.

In overleg met beklaagde werd de patiënt op 18 juli 2019 om 19:50 uur opgenomen op de IC. De patiënt was verwezen door de afdeling interne geneeskunde. Het medisch dossier vermeldt het volgende:

“beleid

Beleid iom dr. C:

- akkoord opname IC in isolatie, lijkt echter wel meer cardiaal probleem op voorgrond nu. In ochtend herbeoordelen voor cardio.

- start dobutamine*
- zn vasopressie middels nor*
- hierna ontwateren middels lasix*
- CAD inbrengen met urimeter*
- arteriëlijn, zn CVC.*

Met patient en echtgenote gesproken over IC-opname wat psychisch enorme belasting zou kunnen zijn. Begrijpen de uitleg maar wensen er nog volledig voor te gaan en gaan akkoord met IC-opname met maximaal conservatief beleid (NRNB).”

Met betrekking tot het beloop op de IC is het volgende genoteerd in het medisch dossier:

“Conclusie Na aankomst op IC ging patient snel HD en Resp achteruit.

Na plaatsing arteriëlijn controle gas: forse lactaatacidose. Perifere nor reeds gestart. Vervolgens CVC geplaatst tbv centrale nor waarna snel iHD waarna patient kwam te overlijden om 21.30u.

Familie gesproken. Zijn vanzelfsprekend erg verdrietig over snelle beloop.

Geen obductie op wens nabestaanden.

NTS geraadpleegd: beslissing aamn nabestaanden -> wens tot geen donatie.

Conclusie Gezien ernstige laktaat acidose waarschijnlijk darmischemie.

Ondanks vasopressie snel overleden (21:25).”

Uit de ontslagstatus IC volgt onder andere:

“Overdracht

Reden van opname op de IC Verdenking hartfalen

Beloop IC opname Opname ivm buikpijn en algehele achteruitgang.

Tijdens opname interne geen duidelijk focus. Overname ivm hypotensie.

Gedurende opname snelle achteruitgang van

hemodynamiek met forse laktaat acidose.

Niet te stabiliseren, spoedig overleden. Werkdiagnose

darmischemie.

Conclusie Werkdiagnose darmischemie.”

De patiënt is – zo volgt uit het bovenstaande – op 18 juli 2019 om 21:25 uur komen te overlijden. De casus van de patiënt is vervolgens besproken in de

necrologiecommissie van het H, waarvan verslag is opgemaakt op 25 november 2019. Het verslag geeft het volgende weer:

“Diagnose:

Hemodynamische instabiliteit met ook lactaatacidose zonder reactie op vasopressie, waarna snel overlijden. Werkdiagnose darmischemie. Geen obductie.

bespreking in Centrale Necrologiecommissie 25-11-2019

aanwezig: internist, cardioloog, chirurg, 2 verpleegkundigen van de commissie, kwaliteitsfunctionaris intensieve zorg.

Patiënt bekend met Polymyalgie, coxartrose, chronische nierschade

2018 ernstige aortaklepstenose met 3taks coronairlijden, waarvoor CABG en AVR in aug. 2018. Mei 2019 recent myocardinfarct opname met decompensatio cordis. Kort na ontslag juni 2019 heropname met decompensatio cordis.

16-07-2019 opname voor interne geneeskunde met achteruitgang, nierfunctieverlies, buikklachten en anemie (bloedarmoede / waarbij geen diagnose)

Medebehandeling van cardioloog en MDL (maagdarmlever-arts) en i.v.m. onrust ook psychiater. Ochtend 18-07-2019 lage bloeddruk, plast weinig. s'avonds overplaatsing IC voor inotropie (bloeddrukverhogende medicatie). kort daarna overleden.

Op de lage bloeddruk is actie ondernomen, ook in overleg met de cardioloog.

Uitgangssituatie was zeer matig.

Geconcludeerd is dat er geen omissies zijn geweest in medische behandeling van G.

Zijn situatie is op 18 juli plotseling ernstig verslechterd. Zelfs al hr een aantal uren eerder naar de IC was gegaan (waarvoor in die uren eerder geen harde indicatie was) was het beloop niet anders geweest.

G is hoogstwaarschijnlijk overleden t.g.v. ernstige darmischemie (vermindering van doorbloeding van de darmen). Er heeft geen obductie plaats gevonden, dus de diagnose is niet met zekerheid te stellen.”

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt beklagde - zakelijk weergegeven – dat:

NaN. hij niet heeft toegezien op het zorgvuldig omgaan met het EPD- en IC-verslag, de medicatievoorschriften en de ontslagbrief op de intensive care;

NaN. hij op geen enkel moment de kritieke gezondheidstoestand van patiënt heeft opgemerkt of ingeschat en daar vervolgens naar heeft gehandeld. Beklaagde heeft de kans op overlijden nooit gecommuniceerd aan patiënt of diens nabestaanden;

NaN. hij tekort is geschoten in zijn rol als supervisor en opleider;

NaN. hij als eindverantwoordelijke op de Intensive Care niet het onverwachte en snelle overlijden van patiënt heeft opgepakt om na te gaan of gedurende de behandeling iets niet goed is verlopen, waarbij iets te leren of te verbeteren was;

NaN. hij als betrokkene en eindverantwoordelijke op de Intensive Care de casus van patiënt mede heeft beoordeeld in de necrologiecommissie;

NaN. hij bij de analyse door de necrologiecommissie van de casus van patiënt onzorgvuldig heeft gehandeld, waardoor meerdere zaken die als ‘substandard of care’ gekarakteriseerd hadden moeten worden zijn gemist.

4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklaagde voert – zakelijk weergegeven en op gronden genoemd in het verweerschrift – aan dat hij binnen de grenzen van een redelijk bekwame en behoorlijke beroepsuitoefening heeft gehandeld. Beklaagde betwist hetgeen hem door klager wordt verweten en stelt dat de klacht als ongegrond dient te worden afgewezen. Voor zover nodig wordt hierna meer specifiek op het verweer ingegaan.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het 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 bekwame 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.

Ontvankelijkheid

5.2

Beklaagde stelt zich op het standpunt dat het niet de wil van de overleden patiënt zou zijn geweest om een tuchtklacht in te dienen. Op grond daarvan is beklagde van mening dat klager niet-ontvankelijk moet worden verklaard in diens klacht. Het college merkt op, dat het indienen van een klacht het oordeel rechtvaardigt dat de klager de wil van de overleden patiënt vertegenwoordigt, tenzij er bijzondere omstandigheden zijn die aanleiding geven daaraan te twijfelen. Het college is van oordeel dat onvoldoende is gebleken dat de patiënt geen tuchtklacht had willen indienen. Bovendien is de tuchtklacht medeondertekend door de echtgenote van de patiënt en kwamen de patiënt en zijn echtgenote gezamenlijk naar de consulten. Op grond daarvan acht het college dat er geen bijzondere omstandigheden zijn waaruit blijkt dat klager niet de wil van de overleden patiënt vertegenwoordigt en oordeelt het college dat klager ontvankelijk is in zijn klacht. Hierna zullen de klachtonderdelen inhoudelijk worden besproken.

Klachtonderdeel 1

5.3

Met klachtonderdeel 1 voert klager aan dat beklagde niet heeft toegezien op het zorgvuldig omgaan met het EPD, de medicatievoorschriften en de ontslagbrief op de Intensive Care. Vooropgesteld merkt het college op dat het belang van een gedegen dossiervoering onder andere is gelegen in het feit dat de zorgverlener achteraf kan verantwoorden waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt en zich op grond daarvan toetsbaar opstelt. Tevens wordt met een correct medisch dossier de continuïteit van zorg gewaarborgd.

Beklaagde heeft in diens verweerschrift erkend dat administratief het medisch dossier niet op orde is. Ter zitting heeft beklagde bovendien verklaard dat ten tijde van de opname van de patiënt op de afdeling Intensive Care een ervaren arts-assistent op de afdeling aanwezig was en dat hij ervan uit is gegaan dat voornoemde arts-assistent een correct medisch dossier zou aanleggen. Dit is echter niet gebeurd. Ook is het dossier – na het snelle beloop van het ziektebeeld van de patiënt – achteraf niet door beklagde of de arts-assistent aangevuld.

Het college acht de verslaggeving in het medisch dossier, alsmede de ontslagbrief, te summier en is van oordeel dat beklagde als hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor een correcte en gedegen dossiervoering. Beklaagde had, eventueel achteraf, moeten toezien op een deugdelijke verslaglegging door de assistent; hij heeft ook nagelaten het medisch dossier – meer specifiek de ontslagbrief – op een later moment aan te vullen. Het klachtonderdeel is op grond van het voorgaande gegrond.

Klachtonderdeel 2, 3 en 4

5.4

Het college ziet aanleiding de klachtonderdelen 2, 3, en 4 gezamenlijk te bespreken. Beklaagde werd op 18 juli 2019 om 19:50 uur wegens een snelle achteruitgang overgebracht naar de afdeling Intensive Care. Ter zitting heeft beklagde verklaard dat hij op het moment van binnenkomst van de patiënt op de IC-afdeling niet

aanwezig was. De patiënt werd op de Intensive Care geïnstalleerd door een verpleegkundige, alwaar dobutamine werd voorgeschreven. Uit hetgeen beklaagde ter zitting heeft verklaard blijkt voorts dat getracht werd de arteria femoralis te palperen en aan te prikken. Dat bleek echter niet mogelijk waarna via een perifeer infuus noradrenaline is gestart. Het college acht dit handelen verdedigbaar en gezien de urgentie van de situatie – te weten de snelle achteruitgang van de patiënt – het maximale medicamenteuze beleid.

Nu het college van oordeel is dat voorgaand handelen valt te billijken en dat medisch technisch correct is gehandeld, kan het verwijt van klager dat beklaagde zijn taak als supervisor heeft geschonden niet slagen. Ook kan het beklaagde niet worden verweten dat hij de kans op overlijden niet heeft gecommuniceerd met de familie of nabestaanden, daar reeds met de patiënt en diens echtgenote was gesproken over de psychische belasting van een IC-opname. Gedurende dat gesprek was tevens akkoord gegeven voor de IC-opname en de wens uitgesproken *‘er nog volledig voor te gaan’*. Het college is derhalve van oordeel dat klachtonderdelen 2, 3, en 4 ongegrond zijn.

Klachtonderdelen 5 en 6

5.5

Klachtonderdelen 5 en 6 geven aanleiding tot gezamenlijk bespreking. Beklaagde is als voorzitter verbonden aan de necrologiecommissie van het ziekenhuis. Deze commissie verricht dossieronderzoek naar potentieel vermijdbare schade en sterfte bij in het ziekenhuis overleden patiënten. Ter zitting heeft beklaagde betoogd geen betrokkenheid te hebben gehad bij de beoordeling van de casus van de patiënt. Dit geldt – aldus beklaagde - tevens voor de analyse van de necrologiecommissie van de casus van de patiënt. Het college ziet geen aanleiding te twifelen aan de uiteenzetting van beklaagde, hetgeen onverlet laat dat beklaagde – teneinde de schijn van belangenverstremgeling te voorkomen – zijn rol als voorzitter van de necrologiecommissie aan klager op voorhand duidelijk had moeten maken. Nu beklaagde geen inhoudelijke betrokkenheid heeft gehad bij de beoordeling of analyse van de casus van de patiënt, zijn de klachtonderdelen ongegrond.

5.6

Het college acht het, gezien de aard van het gegronde klachtonderdeel, passend het te laten bij de constatering dat sprake is van een verwijt. Daarbij gaat het college uit, mede gelet op wat ter zitting is besproken, dat beklaagde zijn eigen handelen voldoende kritisch tegen het licht heeft gehouden. Dit blijkt ook uit de omstandigheid dat beklaagde ter zitting heeft betoogd zich te hebben voorgenomen extra te letten op een juiste wijze van dossiervoering, ook indien een arts-assistent onder zijn supervisie en verantwoordelijkheid aantekeningen maakt in het dossier. Alle omstandigheden in aanmerking nemend, heeft het college reden om aan te nemen dat het een eenmalig verzuim betreft en legt geen maatregel op.

6. DE BESLISSING

Het college:

- verklaart de klacht ten aanzien van klachtonderdeel 1 gegrond;
- verklaart de klacht ten aanzien van klachtonderdeel 2, 3, 4, 5 en 6 ongegrond;
- legt geen maatregel op.

Aldus gegeven door J.G.W. Lootsma-Oude Nijeweme, voorzitter, J.C.J. Dute, lid-jurist, A.C.P. Maas en P.J.M. van Gorp en T.F. Veneman, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van V.R. Knopper, secretaris

voorzitter
secretaris

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd. Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.