

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2021/3235

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-

D, internist, (destijds) werkzaam te F,

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 van klager, d.d. 5 oktober 2021;
- stukken van 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 Z2021/3234 en Z2021/3236.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 11 februari 2022, waar klager en beklagde met zijn gemachtigde zijn verschenen.

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). Het medisch dossier vermeldt over de voorgeschiedenis van de patiënt dat hij sinds 2013 bekend was met een matige aortaklepstenose en hypertensie. Daarnaast was in 2017 sprake van chronische nierinsufficiëntie en in 2018 van een ernstige aortaklepstenose waarvoor hij in augustus een aortaklepvervanging en CABG onderging. In april 2019 maakte hij twee keer een myocardinfarct door waarvoor een dotterprocedure met stentplaatsing plaatsvond in een ziekenhuis in B. Aansluitend op het ontslag aldaar werd hij opnieuw opgenomen van 29 mei 2019 tot en met 4 juni 2019 en van 7 juni 2019 tot en met 12 juni 2019, beide keren in verband met hartfalen.

De patiënt is op 16 juli 2019 door de huisarts voor de internist ingestuurd in verband met een vastgestelde anemie en per ambulance naar de spoedeisende hulp van het H (hierna: het ziekenhuis) gebracht en werd diezelfde avond overgebracht naar de acute opname afdeling van het ziekenhuis. Het medisch dossier vermeldt het volgende:

“Reden van komst / Verwijzing

Symptomatische anemie

Anamnese

Gaat sinds laatste opnames duidelijk achteruit. Gewichtsverlies ~10 kg sinds MI in mei. Eetlust minimaal. Eten staat tegen, zakt wel weg. Ontlasting normaal 1dd zonder bloed of slijm. Niet ontkleurd. Daarnaast zeurende pijn in onderbuik. Geen kolieklpijnen, niet bekend met galsteenlijden. Algehele totale zwakte, komt trap bijna niet meer op, moet onderweg meerdere keren rusten.

Licht in hoofd bij opstaan. Geen draaiduizeligheid.

Had natrium en vochtbeperking (1.5L). Intake beduidend minder dan 1.5L. Plast wel nog regelmatig, urine is niet anders van kleur dan anders. Geen dysurie of hematurie.

Tr circ: POB-, dyspneu d'effort+

Tr resp : hoesten-, dyspneu in rust-

Tr czs : hoofdpijn, li/re verschillen

Intox: alcohol al maanden niet meer, roken-

Soc: werkte voor pensioen voor netbeheer, getrouwd, woont samen met echtgenote, geen TZ, 2 zoons die beiden in B wonen

Allergie: zie ook dossier, lisinopril, ace-remmers, amlodipine, naproxen, codeine, doxy

Voorgeschiedenis:

2013: matige aortaklepstenose, 1e graads AV-blok, hypertensie

7-2018: ernstige aortaklepstenose, symptomatisch. CAG :3VD. Atriumfibrilleren, persisterend.

10-2018: CABG (LIMA-LAD; vene-MO-RCA) + AVR bioprothese (23mm) + MAZE + LAAA clipping)

Hypertensie

10-2018 urineweginfectie wv ciprofoxacine 7dg

10-2018: Retentie UWI

2019-05: Myocardinfarct wv 2x PCI (distaal anastomose natieve LAD en natieve RCx) (B). Gecomplieerd door liesbloeding

2e myocard infarct en pneumonie

07-06-210 Opname cardiologie ivm milde decompensatio cordis, milde hypokaliemie en onhoudbare thuissituatie met veel angsten en nachtmerries

10-07-2019 LVEF 40%

Actuele medicatie

Atorvastatine 40mg; oraal; 1 x per dag 1 stuk

Bimatoprost oogdruppels 0,3mg/ml minim 0,4ml; oculair; 1 x per dag 1 druppel in beide ogen

Carbasalaatcalcium poeder 100mg; oraal; 1x per dag 1 stuk, 20-06 stop

Clopidogrel 75mg; oraal; 1 x per dag 1 stuk

Kaliumchloride 600mg (8mmol); oraal; 3 x per dag 2 stuks

Metoprolol 100mg (succinaat); oraal; 1 x per dag 1 stuk

Pantoprazol 40 mg; oraal 1 x per dag 1 stuk

Timolol/brinzolamide oogdruppels 5/10mg/ml fl 5 ml; oculair; 2 x per dag 1 druppel in beide ogen

Furosemide 40mg; oraal; 1 x per dag 2 stuks

Edoxaban 30mg; oraal; 1 x per dag 2 stuk

Lichamelijk onderzoek

RR 93/64 mmHg, p82, SatO2 82%

Grauw, niet fit, helder en adequaat

H/H: PEARL

Pulm: VAG, links mogelijk iets verminderd ademgeruis, geen duidelijke crepiteren

Cor: S1S2, geen soufflé

Abd: NP, WT, soepel, drukpijn links onder in de buik

Extr: pitting oedeem li>re, koud, pulsaties wel intact

ECG: AF 83 bpm, li hartas, QRS 126ms, QTc 508 ms Q V1-V1 (niet veranderd), mogelijk wat ST-depressie III echter ook al aanwezig op ouder ECG

[...]

Echo abdomen 16-7-2019: slanke galwegen. Geen cholecystolithiasis. Meerdere galblaaspoliepen met een maximale omvang van 1 cm. Geen cholecystitis.

Echografisch geen aanwijzingen voor een pancreatitis. Normaal aspect van de nieren.

Slank verzamelsysteem. Prominente levervenen en vena cava, tevens spoor pleuravocht rechts, cave cardiale belasting.

Conclusie

1. Normocytaire anemie 5.9, eerder geduid als nabloeding lies (echter zeer matig herstel), normale reticulocyten, vitamienstatus volgt

2. Acuut op chronische nierinsufficiëntie (GFS 57 -> 32) met daarbij hoog ureum, wd prerenaal bij lage intake, diuretica (furosemide 2dd40mg, losartan 25mg) en mogelijk component forward failure, echo nieren gb

3. Levertestafwijkingen: transaminasen met lichte stijging bilirubine toegenomen tov juni 2019, wd backward failure en stuwings dd toxisch-medicamenteus dd viraal (onwaarschijnlijk)

4. Buikpijn, verhoogd CRP 79 en lipase 427 dd pancreatitis? UWI? USED volgt

5. Angsten en niet slapen waarvoor mirtazepine wv psychiatrie icc

6. Algehele achteruitgang en gewichtsverlies bij bovenstaande

PM. Status na recente opname ivm dec cordis bij myocardinfarct, LVEF 40%; behoudens pitting oedeem onderbenen, nu niet overvuld

Beleid

ICC klinisch (Cardiologie): Graag jullie medebehandeling bij pt opgenomen met algehele malaise en verd pancreatitis

ICC klinisch (Psychiatrie): Graag jullie ondersteuning bij psychiatrische medicatie, tevens medicatie en plan voor de nacht.

lom I

- Opname (isolatie)

- Morgen transfusie bij cardiaal zeer belastep t (streef Hb.6.0; voorkeur niet tijdens nacht)=A

- Psychiatrie icc, zij lopen morgen langs: voor nu advies mirtazepine 15 mg cave QTc tijd 508 ms

- Cardiologie icc gezien wankele evenwicht met hartfalen en status na recent MI

- Co 4dd RR/p/Sat

- Dagelijks wegen

- Vochtbalans bijhouden! Streef UP>35cc

** Patient wilt absoluut geen urineCAD, besproken dat bokaal voor nu goed is, bij zieker worden alsnog CAD overwegen*

- Losartan TNO stop, furo halveren

- Vochtbeperking 1.5L handhaven zo lang UP op gang blijft
- PM verwijzing MDL/chirurgie ivm galblaaspoliepen (gevonden op echo abdomen)
- Beleid NR

Aangevraagde onderzoeken

Laboratorium: Onder bijboeken (16-7), Tel.nr. bij bijboeken (3499), Bepaling bijboeken (haptoglobine) (16-07-2019)

Laboratorium Kreatinine, Ureum (bloed), urinezuur, Natrium, Lipase, Bilirubine totaal, ASAT, ALAT, Y-GT (17-07-2019)

Aangevraagde bloedproducten: Soort bloedproduct: Erythrocyten Aantal eenheden erythrocyten: 1x Datum mogelijke toediening: 16-07-2019 Toedieningsinstructie: Graag rustig inlopen (6 uur) met furosemide 40mg

Overdracht

B74 – Dhr G – 75 jr – 0800938 – NR

Vg/ CABG, AVR bioprothese, UWI, 05-2019 MI wv 2x PCI, gecompliceerd door liesbloeding, 2e MI en pneumonie, 06-2019 opname cardio ivm dec cordis, milde hypokaliemie, onhoudbare thuissituatie met angsten en nachtmerries. LVEF 40% C/ [...]

B/ cardio icc, psych icc, 17-7 transfusie, vooralsnog geen infuus/Ab, PM tzt verwijzing chirurgie/MDL ivm galblaaspoliep follow-up
Cave QTc 508ms.”

Op 17 juli 2019 loopt de AIOS (arts in opleiding tot specialist) visite op de acute opname afdeling bij de patiënt. Het medisch dossier geeft het volgende met betrekking tot de gezondheidstoestand van de patiënt weer:

“[...]

gesproken met patient en 2 zoons:

er is veel onduidelijkheid over wat er aan de hand is.

1) hartfalen doordat de pompfunctie verminderd is. Dit moet je met medicatie behandelen, echter is dat steeds een balans zien te vinden tussen over- en ondervullen. We controleren daarom de nierfunctie om in de gaten te houden dat de balans niet teveel verstoord raakt.

2) slecht slapen en naar dromen. Aangegeven dat dit mogelijk een bijwerking kan zijn van bepaalde medicatie van het hart waarvoor we de cardioloog om advies vragen. Tevens is de psychiater hiervoor in consult. Zoons geven aan graag een keer met de psychiater te praten om meer duidelijkheid te krijgen.

3) laag Hb. Mogelijk is dit nog een nawee van de semi-recente PCI. We geven daarom vandaag een bloedtransfusie. Het lage Hb kan deels een verklaring zijn voor de verminderde conditie van patient. Vitamines zijn gecontroleerd en lijken geen verklaring van de anemie. Mogelijk speelt het gebruik van antistolling een rol. Ook hier zal de cardioloog naar kijken. patient heeft eerder dit jaar nadere diagnostiek naar de anemie afgewezen, maar zou dit nu wel graag willen.

4) patient piekert veel en is het vertrouwen in zijn lichaam een beetje kwijt na CABG en PCI's. Besproken dat hartrevalidatie of begeleiding via een hartfalenpoli wellicht van toegevoegde waarde kan zijn. Enerzijds om goede somatische begeleiding te waarborgen, anderzijds om de psychische aspecten aan te pakken.

5) De buikpijn is nu verdwenen, daarnaast zagen we gisteren bij beeldvorming geen grote afwijkingen en bovendien zijn de levertestafwijkingen aan het bijtrekken.

6) reanimatiebeleid. Het gesprek hierover kwam gisteren nogal onverwacht over. Besproken dat wij ons dit kunnen voorstellen. Aangegeven dat wij zien dat bij mensen met hartfalen en aandoeningen van de kransslagaders de kans dat iemand een reanimatie overleefd klein is en dat daarbij de kans op herstel zonder neurologische

schade nog veel kleiner is. We benadrukte dat we op dit moment geen “calamiteiten” verwachten, maar dat we dit gesprek altijd voeren bij opname.

Familie en patient tevreden met antwoorden.

Lichamelijk onderzoek

HR: 93 bpm, irregulair (17-07-2019)

Temp: 36 C (17-07-2019)

Resp: 16/min (17-07-2019)

SpO2: 100 %, zonder zuurstof (17-07-2019)

Aanvullend onderzoek

Ur 14.9, kreat 163, GFS 35 (32)

bili 30, ALAT 126, ASAT 71 , lipase 153 (daalt)

Beleid

iom J

- nieuw ECG (controle Qtc tijd)

- lab morgen (Hb, KNUK, levertesten)

-cardio bellen --> Gezien anemie en sterk wisselende nierfunctie, is edoxaban 1dd60 wel de juiste dosering in het kader van behandeling ACS (overweeg laagste bewezen Afib dosering icm clopidogrel)? anderzijds hoog tromboserisico bij semi-recent geplaatste stents in de LAD en RCX. Wellicht verstandig om dit goed te documenteren.

Reeds eerder door geriater advies gegeven om metoprolol om te zetten naar andere beta-blocker (vanwege nachtmerries als bijwerking van metoprolol). patient had eerder DC bij LVEF 40%, is begeleiding hartfalenpoli/hartrevalidatie een optie bij patient?”

De patiënt wordt vervolgens om 15.10 uur overgeplaatst van de acute opname afdeling naar de verpleegafdeling.

In de vroege avonddienst belt de verpleegkundige de AIOS. De patiënt heeft een early-warning score van 6. Het medisch dossier geeft het volgende weer:

[...]

VPK belt/ Pt is net over naar A63. Pte heeft net 75 cc geplast en urinaal. Onbekend wanneer vorige keer is geweest, zou tussendoor op wc hebben geplast. Pt wilt geen catheter. Pt heeft vochtbeperking van 1.5L bij matig hart.

Pt oogt niet ziek.

Aanvullend onderzoek

18:30 uur RR 74/51 mmHg, pols 102 reg, temp 36.8, sat 96%

21:00 uur RR 90/72 mmHg. UP: 100cc geplast en 225 cc in de blaas. Niet benauwd.

Conclusie

7/7 cardio: rechtszijdig overvuld, diuretica zo door.

Het beleid bestaat uit doorzetten van de bloedtransfusie, ‘UP goed bijhouden, controles herhalen. Streef UP>30cc/uur.’”

Op 18 juli 2019 is – zo volgt uit het medisch dossier – de patiënt verder verzwakt en is beklagde voor het eerst betrokken geraakt bij de behandeling van de patiënt. Bij de controle van de vitale functies om 7:43 uur door de verpleegkundige wordt een niet-meetbare bloeddruk vastgesteld, een ademhalingsfrequentie van 24, een temperatuur van 36,5 graden, een irregulaire hartslag van 114/min en wordt een EWS (Early Warning System) van 4 genoteerd. Na de ochtendvisite heeft de arts-assistent interne geneeskunde beklagde geraadpleegd vanwege de lage bloeddruk van de patiënt. Het ingestelde beleid bestond uit een herbeoordeling door de cardioloog, een fluid challenge en het navragen van de uitslag van de kweek bij de microbioloog. Het

medisch dossier vermeldt met betrekking tot het medisch beloop van de patiënt op 18 juli 2019 het volgende:

“VPK

Komt verzwakt over. Bloeddruk is vanochtend niet te meten, ook op de hand niet. Is niet duizelig, mobiliseert met ondersteuning.

Lijkt minimaal te plassen, plast niet altijd urinaal. Vanochtend de eigen furosemide gehad, geen extra furosemide gisteravond. Maakt nu kortademige indruk.

Lercarnidipine is niet aanwezig op de afdeling, dus heeft dit nog niet gehad.

Patiënt komt adequaat over in gesprek, maar familie maakt zich zorg dat informatie niet goed binnen komt bij patiënt en willen dat communicatie ook via hen verloopt.

Uit geen pijnklachten. Geen duidelijk zicht op intake.

[...]

Lichamelijk onderzoek

Controles: Temp 36.5, Pols 114 irr, AF 24, Sat 100 bij KL.

Algemeen: niet acuut ziek, vermoeide indruk, ziet bleek, helder en adequate man.

Pulmones: VAG, minimaal spoortje crepiteren beiderzijds basaal.

Abdomen: normale peristaltiek, wisselende tympanie, geen druk- of loslaatpijn, soepele buik.

Extremiteten: pittig oedeem in beide enkels, perifeer warm.

Aanvullend onderzoek

Lab: Hb 6.3, MCV 86, L 12.5, T 257, Na 137, K 4.3, ureum 18.7, kreatinine 191, GFS 29, bili totaal 42, bili direct 24, AF 101, GGT 51, ALAT 130, ASAT 90, LD 411, lipase 92, ferritine 96, CRP volgt.

UK: volgt.

Conclusie:

Doorstijgend CRP en leukocyten. Geen koorts, geen lokaliserende klachten.

Kreatinine verder oplopend, lage tensies, niet evident overvuld behoudens oedemen in de enkels. Ondervuld met ATN bij ontwateren en vochtbeperking? Passend bij infectieus probleem? Of cardiale oorzaak met forward failure?

Uitgebreid psychische problematiek, veel onrust bij patiënt/familie.

Beleid

- Atenolol alsnog geven bij snel AF

- Lercarnidipine is niet aanwezig, maar sowieso niet geven gezien bloeddruk niet te meten is

- Paracetamol op zo nodig

- Fluid challenge geven 500cc in 1 uur, daarna evalueren

- Urineproductie monitoren, patiënt plast in urinaal (heeft traumatische ervaring met CAD)

- Overleg psychiatrie: er wordt gestart met SSRI en met quetiapine, morgen QTc tijd vervolgen bij quetiapine (is akkoord met cardiologie om quetiapine te starten, gezien de QTc gisteren genormaliseerd was), patiënt gaat op dagbehandeling psychiatrie worden vervolgd, collega psychiatrie heeft uitgebreid met patiënt en familie gesproken

- Overleg cardiologie: akkoord fluid challenge op proef, met LVEF van 40% zou patiënt wel bloeddruk moeten kunnen maken, patiënt wordt vanmiddag ook nog door cardiologie beoordeeld

- Morgen lab vervolgen, cortisol en lactaat meebepalen

- Fysio ICC

- VOD nog niet te bepalen

- PM Starten cefuroxim bij koorts/zieker worden?

SV dr. D.”

In het verpleegkundig dossier is genoteerd dat patiënt weinig plast, dat hij oploopt en adequaat reageert en een niet te meten bloeddruk heeft; 'arts weet ervan'.

Voorts geeft het medisch dossier op 18 juli 2019 het volgende weer:

"Na FC 500cc nog altijd pols en RR niet te meten. Zelf weer even langs gelopen en ook college K, pols aan de radialis gemeten zeer zwak, aan brachialis beter te voelen en ook in de hals, frequentie 100-110/min. Tensie op de hand ook heel lastig te meten, systolische druk +/- 80. Patiënt zit zonder klachten van duizeligheid. Begin van de middag 50cc geplast, later nog 70cc, van de ochtend onduidelijk want patiënt is naar toilet geweest. Wel instructie gegeven om in urinaal te plassen.

lom dr. D

*- Overleg microbioloog: UK veel bacterieën, E. Coli en E. faecalis
Toch belangrijke infectieuze component met hierbij slechte circulatie?*

- Start cefuroxim 3dd1500mg

- Onderhoudinfuus 1.5L NaCl

- Diuretica/antihypertensiva STNO

- Kortsluiten beleid met cardiologie."

De order voor cefuroxim is uitgezet met de eerste toediening om 22:00 uur.

"Samen met dr. D bij patiënt, echtgenote en zoon langs gelopen. Uitleg gegeven over starten van AB bij verdenking infectie. Gesproken over moeizame balans tussen onder- en overvulling. Gezien dorst, lage bloeddruk, achteruitgang nieren lijkt er toch tekort aan vocht te spelen, echter extra vocht geven is een belasting voor het hart. We sluiten kort met de cardioloog welk beleid we hier in gaan volgen. Zorgen over deze balans en over dat we de controles niet kunnen meten, al zit patiënt hier wel gewoon helder en adequaat in bed. Perifeer nu wel kouder en neus oogt cyanotisch.

Terugkoppeling cardiologie: overleg met L voor overname."

Vanwege algehele achteruitgang en een wankel evenwicht tussen overvulling en ondervulling wordt de patiënt in overleg met de arts-assistent van de Intensive Care naar de IC overgebracht om 19:50 uur. Het medisch dossier vermeldt daarover:

"akkoord opname IC in isolatie, lijkt echter wel meer cardiaal probleem op voorgrond nu". Aldaar is de patiënt om 21:25 uur komen te overlijden.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt beklagde - zakelijk weergegeven –dat:

NaN. hij de zeer kritieke toestand van patiënt niet voldoende heeft opgemerkt, ingeschat en ernaar gehandeld heeft met een sense of urgency;

NaN. hij er niet op heeft toegezien dat er zorgvuldig met medicatievoorschriften, toedieningstijd antibiotica en met het EPD-verslag is omgegaan op de afdeling interne geneeskunde;

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

NaN. hij op geen enkel moment de ernst van de situatie, noch de kans op overlijden aan patiënt en nabestaanden heeft gecommuniceerd;

NaN. hij als eindverantwoordelijke op de afdeling interne geneeskunde niet het onverwachte en snelle overlijden van patiënt heeft opgepakt om na te gaan of hier iets niet goed gelopen was.

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 beklaagde 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.

Klachtonderdelen 1, 3 en 5

5.3

De klachtonderdelen 1, 3 en 5 lenen zich voor gezamenlijke bespreking. Beklaagde werd op de ochtend van 18 juli 2019 geconfronteerd met een verzwakte patiënt. Beklaagde heeft ter zitting verklaard dat hij niet de focus heeft gehad op een sepsis omdat daar volgens hem nog geen tekenen van waren. De patiënt had geen koorts, er waren geen verhoogde leukocyten-waarden en de urine was schoon, aldus beklaagde. Wel was de patiënt bekend met een forse cardiale voorgeschiedenis. Beklaagde heeft ter zitting betoogd het beleid te hebben gevoerd op grond van deze cardiale voorgeschiedenis en de symptomen niet te hebben geïdentificeerd als een (mogelijke) sepsis.

Gelet op het medisch dossier is het college van oordeel dat er wel degelijk signalen waren om sepsis in overweging te nemen. De SIRS-criteria, bedoeld voor vroegtijdige herkenning van (dreigende) sepsis, schrijven voor wanneer sepsis in de differentiaal diagnose moet worden opgenomen, er acuut gehandeld moet worden door middel van snelle diagnostiek en adequate behandeling moet plaatsvinden welke is gericht op verbetering van weefselperfusie naast antibiotische therapie. Indien de patiënt voldoet aan twee of meer van de SIRS-criteria – te weten een temperatuur hoger dan 38,5°C of lager dan 34,9°C, een hartfrequentie hoger dan 101/min, een ademprequentie hoger dan 21/min of PaCO₂ en lager dan kPa of leukocyten hoger dan 12 of lager dan 4 – is er sprake van een verdenking op sepsis. Bij de patiënt werd in de middag duidelijk dat de leukocyten verhoogd waren, het CRP evident was gestegen en dat er in de urine bacteriën waren aangetroffen. Voorts was er een

ademfrequentie van 24, een niet-meetbare bloeddruk en een irregulaire hartslag van 114/min. Het college is op grond van deze parameters van oordeel dat beklaagde (dreigende) sepsis had moeten vaststellen, antibiotica had moeten voorschrijven en het lactaat had moeten bepalen. Bij twijfel had een consultatie van een intensivist voor de hand gelegen. Alhoewel de klinische indruk het beeld schetste van een adequaat reagerende patiënt, had beklaagde oog moeten hebben voor deze criteria (ongeacht de cardiale voorgeschiedenis van de patiënt), daar er minstens twee van de vier criteria aanwezig waren. Ook in zijn hoedanigheid van eindverantwoordelijke op de afdeling interne geneeskunde en van supervisor had van beklaagde verwacht mogen worden dat hij zich niet enkel had laten leiden door de cardiale voorgeschiedenis van de patiënt, maar dat hij de aanwezige criteria voor een (dreigende) sepsis had moeten opmerken. Door dit na te laten heeft beklaagde de sepsis ook niet in zijn opleidersrol kunnen betrekken. Derhalve heeft beklaagde niet gehandeld zoals van een redelijk en bekwame beroepsbeoefenaar mag worden verwacht en acht het college bovenstaand handelen tuchtrechtelijk verwijtbaar. Klachtonderdelen 1,3 en 5 zijn daarmee gegrond.

Klachtonderdeel 2

Het college overweegt ten aanzien van klachtonderdeel 2 dat beklaagde het toedienen van de antibiotica mocht overlaten aan de assistent. Hij mag er dan van uitgaan dat de assistent de opdracht uitvoert conform de door hem gegeven instructie. Aan de familie heeft beklaagde verder uitleg gegeven over de toediening van de antibiotica en van dit gesprek is een aantekening gemaakt in zowel het dossier van de afdeling interne geneeskunde als het verpleegkundig dossier. Op grond hiervan oordeelt het college dat klachtonderdeel 2 ongegrond is.

Klachtonderdeel 4

5.4

Gelet op het medisch dossier is het college van oordeel dat klachtonderdeel 4 eveneens niet kan slagen. Het missen van de sepsis brengt natuurlijk mee dat deze diagnose niet is gecommuniceerd met de patiënt of de nabestaanden. Het medisch dossier geeft daarentegen wel blijk van het feit dat beklaagde de door hem gestelde diagnostische bevindingen en het door hem gevoerde beleid uitvoerig met de familie heeft besproken en daarbij getracht heeft uitleg te geven over de situatie van de patiënt. Voorts staat in het medisch dossier dat de partner van de patiënt daags na het overlijden heeft gezegd dat zij *'het overlijden eigenlijk wel [hadden] zien aankomen, lichaam en geest waren op. Hadden gisteren ook door dat het er slecht uitzag'*. Derhalve is niet aannemelijk geworden dat beklaagde in onvoldoende mate de ernst van de situatie of de kans op overlijden heeft gecommuniceerd.

5.5

Uit het voorgaande blijkt dat de klacht gedeeltelijk gegrond is.

5.6

De vraag waar het college voor staat, is welke maatregel aan beklaagde dient te worden opgelegd. Het college acht in deze zaak de maatregel van waarschuwing passend en geboden. Beklaagde heeft bij het stellen van de diagnose zich op het verkeerde been laten zetten door de forse cardiale voorgeschiedenis. Voorts is in aanmerking genomen dat beklaagde zich lerend heeft opgesteld en ter zitting heeft betoogd veel aandacht aan de casus te hebben besteed. Zo ook met betrekking tot het houden van supervisie en zijn toekomstig handelen.

5.7

Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG worden bekend gemaakt in de Staatscourant en ter publicatie

worden aangeboden aan de tijdschriften “Tijdschrift voor Gezondheidsrecht”, “Medisch Contact” en aan “Gezondheidszorg Jurisprudentie”.

6. DE BESLISSING

Het college:

- verklaart de klachtonderdelen 1,3 en 5 gegrond;
- verklaart klachtonderdelen 2 en 4 ongegrond; - legt een waarschuwing 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 Gurp 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.