

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2023/6346

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing van 28 oktober 2024 op de klacht van:

A,
wonende in B,
klager,

tegen

C,
destijds AIOS urologie, thans uroloog,
destijds werkzaam in D,
verweerder, hierna ook: de uroloog,
gemachtigde: mr. T.A.M. van den Ende en mr. J.I. Eijpe, werkzaam te Utrecht.

1. Waar gaat de zaak over?

1.1 Klager is de zoon van wijlen E. E is na een cystectomie op 25 september 2019 in F overleden. Volgens klager is het overlijden te wijten aan het op meerdere fronten ontoereikend medisch handelen van, onder meer, de uroloog.

1.2 De uroloog betreurt het overlijden van E ten zeerste, maar meent dat daaraan geen onzorgvuldig handelen ten grondslag ligt.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat de uroloog op een punt tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Hierna vermeldt het college eerst hoe de procedure is verlopen. Daarna licht het college de beslissing toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 12 oktober 2023;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de e-mail van klager, binnengekomen op 30 januari 2024, met als bijlage de verklaring van de echtgenote van E;
- het proces-verbaal van het op 27 maart 2024 gehouden mondelinge vooronderzoek;
- de brief van de gemachtigde van de uroloog, binnengekomen op 30 april 2024.
- het aanvullende klaagschrift met de bijlagen.

2.2 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 16 september 2024. De partijen zijn verschenen. De uroloog werd bijgestaan door mr. T.A.M. van den Ende. Klager is

ter zitting bijgestaan door enkele familieleden. De partijen en de gemachtigde van de uroloog hebben hun standpunten mondeling toegelicht.

3. Wat is er gebeurd?

3.1 Klager is de zoon van E, hierna ook 'patiënt' te noemen. Patiënt heeft op 19 september 2019 in F te D een zenuw- en prostaatsparende cystectomie ondergaan. Dit is een operatie waarmee blaaskanker wordt behandeld die in de spierlaag van de blaaswand is gegroeid. Bij de operatie van patiënt werd een zogeheten 'neoblaas' aangelegd (nieuwe blaas, gemaakt van het laatste deel van de dunne darm). Deze neoblaas is op de plasbuis aangesloten.

3.2 Na een postoperatief verblijf op de afdeling Intensive Care is patiënt op 20 september 2019 met een neus-/maagsonde en een duodenumsonde overgeplaatst naar de afdeling Urologie.

3.3 Patiënt gaf vrij snel na zijn overplaatsing aan veel last te hebben van pijn in zijn buik. De buik was ook bol en hard. Om een naadlekkage uit te sluiten is op 22 september 2019 onderzoek middels een CT-scan verricht. Er werden geen afwijkingen gevonden.

3.4 Op 23 september 2019 gaf patiënt opnieuw aan pijn in de buik te hebben. Hij voelde zich beroerd en had ook moeite met ademen waardoor hij hyperventileerde. Om 10:08 uur werd geconstateerd dat de EWS (Early Warnings Score) bij patiënt 7 was. Eerder die ochtend, om 08:21 uur, was deze nog 6 en om 07:11 uur was de EWS 3.

3.5 De uroloog, toen als derdejaars AIOS werkzaam op afdeling Urologie, en belast met de dienst die dag, bezocht patiënt om 10:53 uur. De uroloog oordeelde dat de hoge EWS verklaard kon worden door de hevige buikpijn van patiënt en het daarmee gepaard gaand oppervlakkig ademen. De uroloog oordeelde voorts dat het niet noodzakelijk was het SIT-team (Spoed Interventie Team) op te roepen. Over het consult heeft hij het volgende genoteerd:

"Beloop

+4 na cystectomie + neoblaas

pijn in de buik ondanks oxycotin en oxynorm

vanmorgen schoorsteen + klysma: beetje def en gaf iets verlichting qua pijn.

onrustige indruk

Lichamelijk onderzoek

co: RESP26, T37.4, p108 O2sat 92%, RR 134/79

UP: 1500/24uur

Drain 55ml/24

MH 450cc24 (sondevoeding)

SV 77

infuus 35cc/uur

abd: bol maar geen defence, geen peristatiek, hypoertympaan, tympanie niet pijnlijk, gevoelig LOB, geen echte druk en loslaat pijn.

Aanvullend onderzoek

23-09-2019 Kreatinine 157 (µmol/L)

23-09-2019 eGFR (MDRD) 39 (ml/min/1.73 m2)

23-09-2019 eGFR (EPI) 40 (ml/min)
23-09-2019 Hemoglobine 7.8 (mmol/L)
23-09-2019 Leucocyten 17.2 (x10⁹/L)
23-09-2019 CRP 454 (mg/L)

Beleid

SV naar 42, infuus naar 1L totaal 2L vocht

start temazepam voor de nacht

Aangevraagde onderzoeken

Laboratorium: Natrium, Kalium, Kreatine, Leucocyten, Hemoglobine, CRP”.

3.6 Diezelfde dag om 14:51 uur werd een EWS genoteerd van 6. Omdat verbetering van de gezondheidssituatie van patiënt uitbleef, heeft de uroloog om 15:30 uur besloten tot aanvullend onderzoek in de vorm van een röntgenfoto van de thorax. In het medisch dossier is daarover het volgende genoteerd:

*“overvulling? Pneumonie? Klinische gegevens: sttua na cystectomy + neoblaas
Lage saturatie 92% met 3L O₂, niet verbeterd met lasix”.*

3.7 De uroloog heeft samen met de hoofdbehandelaar van patiënt, tevens de operateur van 19 september 2019, patiënt om 16:17 uur opnieuw bezocht. Op dat moment is een EWS van 8 genoteerd. Naar aanleiding van de bevindingen bij onderzoek is besloten tot bepalen van de bloedgaswaarde en een herbeoordeling van het thoraxonderzoek. Omdat uit het thoraxonderzoek en de bloedgasanalyse niet bleek van een pneumonie en/of ernstige pulmonale pathologie is het verdere beleid bepaald aan de hand van de hevige buikpijn. De hoofdbehandelaar heeft over het consult het volgende genoteerd:

“Belooop

Is nog steeds erg pijnlijk. Daardoor ook erg oppervlakkig ademhaling.

heeft al paar nachten nu niet geslapen wegens de pijn.

Had aanvankelijk wel goede pijnstilling op de epidurale catheter, maar morfine krijgt de pijn niet onder controle.

Lichamelijk onderzoek

Drukpijn voornamelijk in rechter buikhelft. Geen peritoneale prikkeling.

Aanvullend onderzoek

CT van gisteren laat geen duidelijke verklaring zien voor pijnklachten. Geen tekenen van infectie of lekkage.

Nog even met [] gebeld als dienstdoende of er aanwijzingen kunnen zijn voor ischemie van de neoblaas. De neoblaas lijkt op de CT echter normaal aan te kleuren, ook geen tekenen van pneumatosis.

Geen tekenen van ischemie nu dus.

Beleid

Gebeld met anesthesie [] of meneer een nieuwe epidurale catheter kan krijgen. In principe is dat mogelijk. Hij gaat kijken of dat voor vanavond lukt.

Bij blijvende klinische problemen dan morgen opnieuw CT scan.

Nu nog lactaat nabepalen en bloedgas.”

Later die avond, om 20:54 uur, was de EWS 6. Patiënt had inmiddels een dipidolor PCA infuus, waarmee de pijn bleek af te nemen.

3.8 Op 24 september 2019 waren de pijnklachten aanhoudend verminderd. Wederom had de uroloog dienst en heeft hij om 11:40 uur patiënt beoordeeld. Gelet op de vermindering van de pijn en een gedaald EWS – deze was om 11:00 uur 5 – heeft de uroloog besloten het beleid van de dag ervoor te continueren. Wel gaf het beloop en de uitslagen van het lab – in het bijzonder de niet verbeterende nierfunctie – de uroloog reden om telefonisch overleg te plegen met een collega uroloog ten aanzien van de vraag of herhaling van een CT van de buik aangewezen was. Over dit consult heeft hij het volgende genoteerd:

*“Beloop
suf, moe maar pijnvrij
minder buikklasten, buik minder hard
hele wisselende ademfrequentie
Lichamelijk onderzoek
RESP 24, T36.9, p99, O2sat 95%/3L, RR 143/89, 2 kg in 24 uur afgevallen
MH:3100 lijkt geen SV
drain 135
SPC 795
CAD230
splints 425
infuus: 42/uur
SV 42/uur
Aanvullend onderzoek
24-09-2019 Hemoglobine 7.8 (mmol/L)
24-09-2019 Leucocyten 8.7 (x10⁹/L)
24-09-2019 Kreatinine 171 (µmol/L)
24-09-2019 eGFR (MDRD) 35 (ml/min/1.73 m²)
24-09-2019 CRP 414 (mg/L)
Beleid
infuus 1,5L, SV zo laten staan
dagelijks: klysmen
Iom VDJ: ivm verbeterende ontstekingsparameters, geen koorts, nu geen actie (scan)
voor dalende NF. Waarschijnlijk resorptie niet geïnfecteerd urinoom.
Aangevraagde onderzoeken
Laboratorium: Natrium, Kalium, Kreatine, Leucocyten, Hemoglobine, CRP, Gamma
GT, ASAT, ALAT, Alkalische fosfatase (25-09-2019)”.*

3.9 Blijkens de aantekeningen in het verpleegkundig dossier was patiënt later die dag erg vermoeid en oogde hij ziek. Tegelijkertijd ervoer patiënt minder pijnklachten. Hij is een aantal keer kort op het randje van zijn bed gaan zitten en heeft even gestaan. De EWS was om 14:42 uur 3 en om 15:44 uur 4. ‘s Avonds heeft de dienstdoende verpleegkundige genoteerd dat patiënt wat onrustig is.

3.10 Patiënt is in de nacht van 24 op 25 september 2019 komen te overlijden, nadat tevergeefs getracht is hem te reanimeren.

3.11 Op het lichaam is obductie verricht. De conclusie van de patholoog is dat patiënt is overleden aan de directe gevolgen van een acute bilaterale (broncho)pneumonie.

3.12 Het overlijden van de patiënt is gemeld aan de calamiteitencommissie. Aanvankelijk heeft de calamiteitencommissie geoordeeld dat er geen sprake was van een calamiteit in de zin van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. In verband met een verschil van mening met de familie is een second opinion gevraagd aan G, internist-intensivist. Deze heeft geconcludeerd dat er bij patiënt geen sprake is geweest van een sepsis. Naar zijn oordeel is patiënt overleden ten gevolge van een massale aspiratie van de maaginhoud leidende tot een adem- en circulatiestilstand. G heeft voorts geoordeeld dat in strijd met het toen vigerende ziekenhuisprotocol 'Maagretentie' was gehandeld. De maagretenties waren op 23, 24 en 25 september 2019 meer dan 500 ml per 6 uur (op 23 september 2019 4000 ml en op 24 september 2019 5260 ml, bij een vochtinname op 23 september 2019 van 1050 ml en op 24 september 2019 van 1650 ml), en volgens G reden om aan de maagsonde te zuigen. De calamiteitencommissie heeft op basis van deze bevindingen alsnog geconcludeerd dat de gebeurtenis als een calamiteit moet worden geduid.

4. De klacht en de reactie van de uroloog

4.1 Klager verwijt de uroloog – door het college gegroepeerd en zakelijk weergegeven – dat hij op verscheidene momenten heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 sub a en sub b van de Wet BIG ten aanzien van patiënt had behoren te betrachten, door

a) het Sepsis-, EWS-, Maagretentie- en SIT-protocol niet in acht te nemen en niet in het dossier te motiveren waarom van de protocollen is afgeweken, met als gevolg dat niet is gereageerd op (symptomen van) een ernstige sepsis en/of de instabiliserende situatie van de patiënt;

b) zijn rol als verantwoordelijk behandelaar te verzaken, zich uitende in een tunnelvisie in verband met onvolledig lichamelijk en beeldvormend onderzoek, in het ontbreken van een differentiaaldiagnose, in het ontbreken van een motivering ten aanzien van diens overwegingen, in het verzuim andere specialisten in consult te roepen, in een onzorgvuldige communicatie en overleg met andere specialisten en in een onvoldoende adequate bewaking;

c) de klachtencommissie en de nabestaanden van patiënt opzettelijk onjuiste en misleidende informatie te verschaffen.

Volgens klager is de onderhavige kwestie (ook) aan te merken als een medische strafzaak.

4.2 De uroloog heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren.

4.3 Het college gaat hierna verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

5.1 Het college stelt voorop dat de klachten van klager betrekking hebben op het overlijden van zijn vader, een verdrietige gebeurtenis die zowel klager als de betrokken zorgverleners hebben aangegrepen. Het college heeft daar oog voor en wil dat benadrukken. Het college benadrukt niettemin ook dat zijn taak het handelen van de uroloog te beoordelen, een zakelijke aangelegenheid is waarbij hetgeen als vaststaand kan worden aangemerkt en het juridisch kader leidend zijn. De fatale afloop is van betekenis, maar betekent niet dat reeds daarom het handelen van de

uroloog niet zorgvuldig is geweest. Wat het beoordelingscriterium is, zet het college hierna uiteen.

De criteria voor de beoordeling

5.2 De vraag die ter beoordeling van het college voorligt is of de uroloog (mede in zijn hoedanigheid van destijds dienstdoende AIOS) de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende uroloog. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener (op het moment van handelen) geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Dat een zorgverlener beter anders had kunnen handelen is niet genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen.

5.3 Wat het college niet beoordeelt is of de uroloog opzettelijk heeft gehandeld en of (mede) in die zin de gebeurtenissen geduid moeten worden als een medische strafzaak. Nog daargelaten dat het college geen aanwijzingen heeft voor enig opzet of een strafbaar feit, behoort een dergelijke beoordeling niet tot haar wettelijke taak.

Klachtonderdeel a) niet in acht nemen protocollen en niet motiveren afwijken protocollen

5.4 Wat het eerste klachtonderdeel in relatie tot de hiervoor geschetste norm betreft, stelt het college vast dat uitgangspunt is dat zorgverleners toepasselijke ziekenhuisprotocollen volgen, tenzij de desbetreffende patiënt van de protocollen afwijkende zorg behoeft. In dat laatste geval móet van het protocol worden afgeweken en behoort in het dossier te worden vastgelegd wat de overwegingen daartoe waren. Een en ander betekent wat de zorg voor wijlen E (verder: patiënt) betreft, dat de uroloog zich in beginsel moest houden aan het Maagretentieprotocol, aan het Bricker blaas-protocol alsook aan het EWS-protocol en het SIT-protocol. Het college is van oordeel dat de uroloog zich echter niet hoefde te houden aan het Sepsis-protocol. Hoewel klager daar anders over denkt, zijn er geen aanwijzingen dat de patiënt een sepsis had (en daaraan is overleden). Het college acht voor die conclusie enerzijds de deskundige analyse van G van betekenis. Anderzijds is daarvoor van betekenis het eigen deskundig oordeel van het college, gebaseerd op de resultaten van de onderzoeken die bij patiënt zijn verricht. Wat wel de doodsoorzaak is geweest, is dat patiënt massaal geaspireerd heeft. Dit betekent dat de maaginhoud van patiënt naar boven is gekomen en zijn longen is ingelopen waardoor hij gestikt is en een hartstilstand kreeg.

5.5 Het is vervolgens de vraag hoe dit heeft kunnen gebeuren. Het college stelt daartoe voorop dat een massale aspiratie als bij patiënt altijd veronderstelt dat er een aanzienlijke vochtspiegel in de maag aanwezig is. Een mogelijk onderliggende oorzaak is dat de neus-/maagsonde van patiënt op enig moment in het lichaam is gaan verschuiven (dit is een natuurlijk proces dat wel eens voorkomt) en voorbij de maaguitgang is komen te liggen. De 'maag'productie van patiënt was daardoor niet langer daadwerkelijk maagproductie maar vooral galdrainage, waardoor de maag aldus mogelijk onvoldoende leeg werd gemaakt. Het college heeft dit vermoeden gegrond op de sterk toegenomen maagsonde productie, maar met de kanttekening dat er geen beeldmateriaal is dat het vermoeden heeft kunnen bevestigen.

Tegelijkertijd dronk patiënt 1,5 liter (blijkt uit de vochtlijst) hetgeen het mogelijk maakte dat er een aanzienlijke vochtspiegel in de maag ontstond. Een andere mogelijke oorzaak is dat de neus-/maagsonde wel goed lag, maar veel produceerde omdat dit zowel uit maagsap als uit orale intake bestond. Ook in dit geval is sprake van een te volle maag met een sterk verhoogd aspiratierisico.

5.6 Aan deze conclusie, reconstructie, doet tot slot niet af dat de patholoog in zijn verslag heeft genoteerd dat patiënt is overleden aan de directe gevolgen van een acute bilaterale (broncho)pneumonie. Het klinisch beeld past immers niet bij een sepsis als gevolg van een bronchopneumonie door een bacteriële infectie. Meer voor de hand liggend is dat de bronchopneumonie het gevolg is geweest van al wat langer bestaande aspiratie van kleinere hoeveelheden maaginhoud bij een al enkele dagen onvoldoende drainage van de maag (zogenoeten “micro aspiraties”), hetgeen onder de microscoop overigens eenzelfde beeld oplevert en de conclusie van de patholoog verklaart.

5.7 Het feit dat de doodsoorzaak gerelateerd kan worden aan de maagretentie betekent dat het college thans moet beoordelen of de uroloog het Maagretentieprotocol heeft gevolgd. Relevant daarin is ten eerste dat de uroloog op 23 september 2019 's middags bij de zorg van patiënt was betrokken en dat op dat moment de retentie van de neus-/maagsonde 1500 ml was. Relevant daarin is ten tweede dat het Maagretentieprotocol vereist dat bij een maagretentie van meer dan 500 ml in 6 uur de sondevoeding gestopt moet worden en dat bij de tweede keer aan de maagsonde gezogen moet worden. Relevant daarin is ten derde dat het stopzetten van de sondevoeding noch het afzuigen van de sonde op 23 september 2019 heeft plaatsgevonden. Een en ander in samenhang bezien leert dat het protocol niet is nageleefd.

Nu is het wel zo dat het hevelen van de maag in de onderhavige situatie ook leidt tot het ledigen van de maag en dat gelet op de omstandigheid dat bij patiënt de sonde op hevelen stond, het niet afzuigen ervan niet betekent dat onzorgvuldig is gehandeld. Eerder is hier sprake van een onderdeel van een protocol dat niet is afgestemd of geen betrekking heeft op een situatie als de onderhavige, waarin er niet één sonde is (in de maag), maar twee sondes. Het is om die reden ook maar zeer de vraag of ook in de onderhavige situatie als juist heeft te gelden dat de sondevoeding gestopt moest worden.

5.8 Wat het college niettemin wel onzorgvuldig acht is de gebrekkige interpretatie van de grote volumina van de maaghevel, althans het geen enkele actie daarop ondernemen. Een actie die voor de hand lag en overwogen had moeten worden, is het staken van de orale intake, zulks met het doel te voorkomen dat er een stilstand van vloeistof optreedt bij een niet ontledigende maag en – uiteindelijk – het voorkomen van een fatale aspiratie.

Anders gezegd, van de uroloog (ook als AIOS) had verwacht mogen worden dat bij hem ‘een bel was gaan rinkelen’ en dat hij de orale intake had laten stoppen totdat hem duidelijk was waardoor de maagproductie zo veel was, een en ander met het doel aspiratie te voorkomen. Het nalaten daarvan is hem te verwijten. Het klachtonderdeel is in zoverre gegrond.

5.9 Wat het Bricker blaas-protocol, het EWS-protocol, en het SIT-protocol heeft het college geen aanwijzingen dat deze niet zijn nagekomen. Zo is steeds actief

gehandeld op de frequent gemeten EWS-waarden, en was bij patiënt geen sprake van respiratoire insufficiëntie wat het oproepen van het SIT-team noodzakelijk maakte.

Klachtonderdeel b) rol als behandelaar verzaakt

5.10 Wat het tweede klachtonderdeel betreft, stelt het college vast dat het, naast hetgeen hiervoor is overwogen, geen aanwijzingen heeft voor onzorgvuldig handelen. Het college acht het navolgbaar dat er veel aandacht uitging naar de pijn van patiënt en dat de onderzoeksverrichtingen in eerste instantie gericht waren op het achterhalen van de oorzaak voor die pijn. Gelet op de mate van pijn acht het college het ook niet onlogisch dat de uroloog de verstoorde ademhalingsfrequentie in verband bracht met de pijn. Omdat patiënt bovendien leek op te knappen, lag het voorts niet voor de hand een internist of intensivist om collegiaal advies te vragen. Op het moment dat hij het nader advies wilde heeft de uroloog diens collega (supervisor) gebeld. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel c) opzettelijk verschaffen van onjuiste en misleidende informatie aan de klachtencommissie en nabestaanden

5.11 Wat het derde klachtonderdeel betreft, stelt het college vast dat uitgangspunt is dat zorgverleners waarheidsgetrouwe informatie verschaffen aan derden die daar recht op hebben. Het college heeft evenwel geen aanwijzingen dat de uroloog op dat punt heeft verzuimd. Dat er uiteenlopende lezingen zijn van de gebeurtenissen en de interpretatie van het medisch handelen, maakt dat niet anders. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Slotsom

5.12 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat het eerste klachtonderdeel gegrond is voor zover dit betrekking heeft op het niet naleven van het Maagretentieprotocol en dat de overige onderdelen van de klacht ongegrond zijn.

Maatregel

5.13 Nu de klacht deels gegrond is bevonden, staat het college voor de vraag welke maatregel passend is. In dat verband is van betekenis dat in het kader van de zorg voor de vader van klager het Maagretentieprotocol niet geheel is nageleefd. Dit is verwijtbaar. De uroloog heeft zich hiervan rekenschap gegeven en heeft uitvoerig op de gebeurtenissen en zijn medisch handelen gereflecteerd. Verder wordt de klacht overwegend ongegrond verklaard. Daarom acht het college een waarschuwing passend. Een waarschuwing is bedoeld als een zakelijke boodschap dat in de toekomst anders gehandeld moet worden.

Publicatie

5.14 In het algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere zorgverleners mogelijk iets van deze zaak kunnen leren. De publicatie zal plaatsvinden zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart klachtonderdeel (a) gegrond, voor zover dit onderdeel betrekking heeft op het niet naleven van het Maagretentieprotocol
- legt de uroloog de maatregel op van waarschuwing;

- verklaart de klacht voor het overige ongegrond;
- 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 het tijdschrift Medisch Contact.

Deze beslissing is gegeven door E.A. Messer, voorzitter, R.P. Wijne, lid-jurist, T.D. Haan, H.R.H. de Geus, en E.J. van Lieshout, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door S.M. Geerding, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 28 oktober 2024.