

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2014/423

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
TE AMSTERDAM

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 4 december 2014 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
C,
wonende te D,
E,
wonende te F,
G,
wonende te H,
klagers,

I,
chirurg,
werkzaam te J,
verweerder,
gemachtigde mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht.

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;
- de brief van klagers met de bijlagen, binnengekomen op 4 mei 2015;
- de brief van klagers met de bijlagen, binnengekomen op 31 augustus 2015;
- de brief van klagers met de bijlagen, binnengekomen op 16 september 2015;
- de brief van de gemachtigde van verweerder met de bijlage, binnengekomen op 28 september 2015;
- de brief van klagers met bijlage, binnengekomen op 28 september 2015;
- de brief van klagers met bijlagen, binnengekomen op 30 september 2015;
- de brief van klagers, binnengekomen op 6 oktober 2015.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord. De klacht is op 13 oktober 2015 ter openbare terechtzitting behandeld tezamen met andere, met de klacht samenhan-

gende, klachten zoals bedoeld in artikel 57, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze klachten zijn bekend onder de dossiernummers 14/422, 14/424 en 14/426.

Partijen waren aanwezig. A heeft een toelichting gegeven aan de hand van een pleitnota die aan het college en de wederpartij is overgelegd. Verweerder werd bijgestaan door zijn gemachtigde die eveneens een pleitnota heeft overgelegd. Klagers hebben zich doen vergezellen door de heer K, intensivist.

2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Klagers zijn kinderen, respectievelijk de echtgenote van de heer L, geboren op juli 1950, hierna patiënt te noemen. Patiënt was bekend met een navelbreuk, die hij zelf reponeerde.

2.2 Op vrijdag 8 maart 2013 heeft patiënt erg moeten braken (het braaksel was zwart en rook naar ontlasting). Hij heeft zijn navelbreuk moeten reponeren. Na het terugduwen daarvan bleken de klachten voorbij. Zaterdag 9 maart en zondagochtend 10 maart 2013 was patiënt klachtenvrij.

Op zondagavond 10 maart 2013 is patiënt op het toilet na het reponeren van zijn navelbreuk gecollabeerd. Hij had hevige buikklachten en zei tegen zijn echtgenote: "Dit is niet goed". Patiënt is per ambulance naar het M te J vervoerd, waar hij omstreeks 19.00 uur op de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) is gepresenteerd. Het ambulanceritformulier vermeldt het volgende:

"vanaf vrijdag na het terugduwen van een uitstulpende navelbreuk, zwart braken en zwarte ontlasting; bleek klam en zweten. op basis van verhaal scoop and run onderweg een infuus geprikt nog geen pijnstilling kunnen geven. Lijkt een trac dig bloeding of beklemming te zijn."

2.3 De aldaar werkzame ANIOS (arts niet in opleiding tot specialist) heeft bij patiënt de anamnese afgenomen en lichamelijk onderzoek uitgevoerd. Patiënt is aangesloten op een bloeddrukmeter waarmee drie keer (automatisch) de pols en tensie is gemeten. In het medisch dossier zijn drie metingen ingevoerd: 19.26 uur: pols 104, tensie 129/82; 20.03 uur: pols 110, tensie 135/85; 22.16 uur: pols 96, tensie 98/55. Verder was er sprake van een tachypnoe van 26 per minuut en bij labonderzoek bleek er sprake van een leucocytose van 18. Er was geen sprake van koorts tijdens het verblijf op de SEH.

Patiënt heeft op de SEH de volgende medicatie toegediend gekregen: 19.20 uur: 80 mg Pantozol; 19.32 uur Perfalgan 1000 mg; 20.04 uur morfine 4 mg iv; 22.19 uur morfine 6 mg iv in verband met aanhoudende pijn in zijn buik.

Op de SEH is een arterieel bloedgas afgenomen, waaruit een lichte metabole acidose bleek. Hierop is een lactaat bepaald waaruit een waarde van 2,4 bleek.

De ANIOS heeft opdracht gegeven om bij patiënt een staande buikfoto (X-BOZ) te maken. Vanwege pijn is deze foto half zittend gemaakt. In het verslag van de buikfoto staat het volgende:

"Buikklachten. Bolle buik. Drukkend gevoel. Braken. Verslag: Matig beoordeelbare buikoverzichtsopname, niet geheel afgebeeld. Normale luchthoudendheid van de darm. Geen aanwijzing voor vrij lucht. Bolle buik. Forse rechts convexe thoracolumbale scoliose."

2.4 Op het SEH-formulier heeft de ANIOS het volgende genoteerd:

"O/Matig ziek ogende patiënt. Zit ongemakkelijk in bed, heeft buikpijn. Geen dyspnoe, geen tachypnoe. Cor: S1, S2, S-

Pulmonaal: VAG bdz

Abdomen iets bol zonder strak gespannen te zijn. Niet duidelijk geprikkeld. Spaarzame peristaltiek, palpatie en percussie pijnlijk onderbuik. Navelbreuk strak gespannen, huid rood, wel gemakkelijk reponibel. RT: spoortje lichte feaces aan handschoen.

Maagsonde ingebracht: maagsap met wat oud bloed.

CAD ingebracht.

Conclusie:

Opname, observatie buikpijnlachten, verdenking beginnende ileus dd klachten bij navelbreuk dd beginnende pancreatitis. Ureum en Hb passen niet bij heftige hoge tractus digestivus bloeding. NPO, maagsonde, 3 liter infuus. Morgen lab herhalen."

2.5 Verweerder is sinds 2006 als chirurg verbonden aan M. Op het moment dat patiënt op de SEH werd beoordeeld, had verweerder weekenddienst. Hij was niet aanwezig in het ziekenhuis. Rond 22.30 uur werd verweerder thuis gebeld door de ANIOS, die vertelde dat hij voornemens was patiënt ter observatie op te nemen. De ANIOS had op dat moment nog geen diagnose gesteld. Hij heeft tegen verweerder gezegd "dat hij zijn vinger er niet op kon leggen". De ANIOS heeft zijn bevindingen met verweerder gedeeld, evenals de uitslagen van de tot dan toe verrichte onderzoeken. Het bloedgas is daarbij niet door de ANIOS ter sprake gebracht. Een darmperforatie werd op dat moment door de ANIOS, noch door verweerder waarschijnlijk geacht. Verweerder kon zich vinden in het observatiebeleid. Patiënt is om 22.59 uur overgeplaatst naar de afdeling chirurgie met een 3-liter infuus. Op het opname formulier van de verpleegafdeling zijn geen observaties afgesproken.

2.6 Een dochter van patiënt, die zelf internist-nefroloog is, heeft die avond telefonisch overleg gehad met de ANIOS. De dochter maakte zich ernstig zorgen over patiënt en heeft om een aanvullend CT-onderzoek verzocht. De ANIOS heeft zijn bevindingen met de dochter besproken, waaronder de bloedsuitslagen en controles. De ANIOS heeft onder andere meegedeeld dat hij niet bevoegd was om een CT-scan te laten maken en heeft de dochter gewezen op de omstandigheid dat patiënt inmiddels onder de verantwoordelijkheid van verweerder viel. De ANIOS heeft daarna gebeld met verweerder en heeft het verzoek om een CT-scan en de ongerustheid van de dochter overgebracht. Op verzoek van verweerder heeft de ANIOS bij de verpleegkundige van de afdeling chirurgie nagevraagd wat de waarden van de actuele controles waren en deze heeft de ANIOS telefonisch aan verweerder doorgegeven. De dochter van patiënt heeft vervolgens rond 00.00 uur telefonisch overleg gehad met verweerder. Verweerder heeft haar gezegd geen aanleiding te zien voor nader CT-onderzoek.

2.7 In de brief aan de huisarts is over de opname conform het SEH-verslag het volgende geschreven door de ANIOS en verweerder:

"O/Matig ziek ogende patient. Zit ongemakkelijk in bed heeft buikpijn.

Geen dyspnoe, geen tachypnoe.

(...)

Abdomen iets bol zonder strak gespannen te zijn. Niet duidelijk geprikkeld. Spaarzaamew peristaltiek, palpatie en percussie pijnlijk

Onderbuik. Navelbreuk strak gespannen, huis rood, wel gemakkelijk reponibel (...)

Conclusie en beleid:

Opname, observatie buikpijnlachten, verdenking beginnende ileus dd klachten bij navelbreuk dd beginnende pancreatitis. Ureum en Hb passen niet bij heftige hoge tractur digestivus bloeding. NPO, maagsonde, 3 liter infuus. Morgen lab herhalen."

Verweerder heeft op die brief de volgende handgeschreven aantekening gemaakt:

"(...) gesprek met dochter in nacht van zondag op maandag

uitleg dat klinische parameters nu geen aanleiding geven tot acute aanvullende CT."
Verweerder heeft voorts de volgende aantekening gemaakt in het elektronisch patiëntendossier:

*"opname patient zondagavond 10 maart 2013, telef overleg met SEH arts voor observatie buikklachten, nu geen reden voor acute chirurgische interventie
combi kliniek, lab en X-BOZ geen tekenen van perforatie hol orgaan
geen verzoek SEH arts om patient mede te beoordelen
wel op verzoek SEH arts 's nachts dochter van patient gebeld, dochter verzoekt om beeldvorming*

aan dochter uitgelegd dat gezien klinisch stabiele toestand van patient er geen noodzaak is tot acute diagnostiek, nu observatie, bij klinische verslechtering wel verder actie."

2.8 Patiënt bleef zich na opname op de afdeling chirurgie niet lekker voelen, waarvan hij melding heeft gemaakt aan de dienstdoende verpleegkundige. Dit is als volgt door haar genoteerd:

"Bij aanvang dienst belde dhr, hij lag niet lekker en heeft pijn. Dhr morfine gegeven en hoger gelegd in bed. Dhr is klierd nat, transpireert hevig."

Door de verpleegkundige zijn de volgende waarden genoteerd:

"T: 36.1 RR 110/64 p 110 Sat 88%." Door de verpleegkundige is de zuurstof verhoogd en later heeft zij een saturatie van 92% gemeten.

2.9 Om 05.00 uur is patiënt door de verpleegkundige in een diepe septische shock aangetroffen. In de handgeschreven decursus van de dienstdoende arts staat hierover het volgende:

"Gebeld door vpk ivm hypotensie RR 60/40 mmHg.

Wakker geworden met veel buikpijn (...0

A/Pijn rond de navel, heeft het idee verstoep te zitten

Geen thoracale pijn

Geen dyspnoe (...)

C/ Hypovolemisch shock

Dd - maagbloeding

- ileus

- perforatie darm

- AAA".

Patiënt is vervolgens naar de afdeling Intensive Care (IC) overgebracht voor stabilisatie.

2.10 Bij CT-onderzoek, verricht om 07.00 uur, is geconstateerd dat sprake was van een dunne darmperforatie bij een beklemd navelbreuk. Het verslag vermeldt daartoe het volgende:

"Conclusie: beklemd navelbreuk met focale dunne darmperforatie zoals bovenomschreven. Ascites in alle kwadranten. Geen bloeding. Geen aanwijzing voor ischemie. Mogelijk infiltraat dorsobasaal rechter onderkwab."

Patiënt is met spoed geopereerd (laparotomie). Er bleek sprake van een dunne darmperforatie met ongeveer 4,5 liter vrij bruin gallig vocht in de buik. Het aangedane darmdeel ter hoogte van de navelbreuk is verwijderd en er is een side-to-side anastomose gemaakt. Het verslag vermeldt het volgende:

"Het stukje dunne darm ligt net thv de navelbreuk, het beeld met de striemen op de darmlis en de haemorrhagie lijkt het meest te passen bij een perforatie agv een beklemd navelbreuk."

2.11 Patiënt is na de operatie opgenomen op de afdeling IC, alwaar hij een sepsis met multi-orgaan falen ontwikkelde.

In de ochtend van 13 maart 2013 is besloten tot een tweede operatie (relaparotomie), waarbij 4 liter troebel vocht werd afgezogen. De anastomose bleek niet te lekken. De circulatie van het distale ileum was dubieus. De buik is na spoeling gesloten.

2.12 Patiënt kreeg direct na de operatie bij het overtilen van de operatietafel naar het bed een circulatiestoornis met een hartstilstand en is na een onsuccesvolle reanimatie overleden.

2.13 De Raad van Bestuur heeft op 20 maart 2013 op basis van artikel 4a Kwaliteitswet zorginstellingen een calamiteitenmelding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Een calamiteitencommissie heeft vervolgens onderzoek verricht, hetgeen heeft geresulteerd in een eerste onderzoeksrapport gedateerd 5 juli 2013. Deze rapportage is door IGZ als onvoldoende beoordeeld, waarna een tweede onderzoek mede met hulp van twee calamiteitenonderzoekers van het N heeft plaatsgevonden. Daarvan is een rapport opgesteld gedateerd 2 december 2013. Dit rapport is door IGZ voldoende beoordeeld. In vervolg op het calamiteitenonderzoek is een Protocol Hoofdbehandelaarschap opgesteld en heeft een audit op de SEH plaatsgevonden. Voorts zijn door de vakgroepen binnen het ziekenhuis diverse activiteiten ontplooid ten behoeve van bij- en nascholing. Er is aandacht gekomen voor het aanvragen van beeldvormend onderzoek door SEH-artsen en voor het beleid omtrent het beheer van dossiers. In het bijzonder heeft de maatschap Chirurgie het initiatief genomen om op reguliere basis onderwijs te geven aan de SEH-artsen en verpleegkundigen over de vitaal bedreigde patiënt op de SEH en de patiënt met acute buikklachten in het kader van het thema 'Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt'. De calamiteitencommissie is uitgebreid met een verpleegkundige en een SEH-arts. Familieleden van patiënten zullen nauwer bij onderzoek worden betrokken. IGZ heeft op 13 mei 2014 de melding als afgehandeld geoordeeld.

2.14 Op 9 april 2013 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen klagers, de SEH verpleegkundige, de verpleegkundige van de afdeling chirurgie, de ANIOS en verweerder. Op 2 mei hebben klagers gesproken met leden van de calamiteitencommissie. Een tweede gesprek met verweerder en de ANIOS heeft plaatsgevonden op 22 mei 2013.

3. De klacht en het standpunt van klagers

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

1. onvoldoende kennis heeft genomen van de anamnese en toestand van patiënt. Hij heeft geen kennis genomen van het ambulanceritformulier, uitslagen bloedonderzoeken en overige onderzoeksuitslagen. Hij heeft niet geluisterd naar de familie van patiënt en inadequaate collegiaal overleg gevoerd;
2. onvoldoende diagnostiek en onderzoek heeft gedaan. Verweerder heeft patiënt niet zelf gezien of onderzocht en is niet op eigen initiatief naar het ziekenhuis gekomen. Beeldvormend onderzoek is achterwege gebleven;
3. niet heeft herkend of erkend dat patiënt vitaal bedreigd was; hij heeft daardoor de diagnose darmperforatie gemist. De diagnostiek is niet afgerond;
4. inadequaate differentiaal diagnostisch heeft geredeneerd. Hij had de differentiaal diagnose op de vitale bedreiging moeten afstemmen en de mogelijkheid van een beklemd breuk en perforatie na een beklemd breuk moeten overwegen zo mogelijk aantonen of uitsluiten;
5. te laat een aanvang heeft gemaakt met de behandeling van patiënt; hij had eerder antibiotica moeten toedienen en eerder het besluit tot een operatie moeten nemen. Een sepsisbehandeling is ten onrechte achterwege gelaten;

6. onvoldoende heeft zorggedragen voor adequate bewaking; opname op de verpleegafdeling zonder controle afspraken is te weinig en hij heeft niet de regie gevoerd.
7. de situatie van patiënt niet serieus heeft genomen en heeft onderschat. Hij had nader beeldvormend onderzoek moeten verrichten;
8. niet heeft geluisterd naar de dochter van patiënt, die zelf arts is;
9. de behandelopties niet of niet voldoende met patiënt heeft besproken;
10. onjuiste informatie heeft verschaft aan de calamiteitencommissie; hij heeft gezegd dat patiënt stabiel was hetgeen niet het geval was.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De overwegingen van het college

5.1 Het college wijst er bij de inhoudelijke beoordeling 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.

Het gaat daarbij om persoonlijke verwijtbaarheid van de beroepsbeoefenaar bij de behandeling van patiënt en dat heeft zich wat verweerder betreft beperkt tot het handelen op 10 maart 2013 bij de afstemming met de ANIOS van het behandelbeleid van patiënt en de overdracht naar de verpleegafdeling chirurgie.

5.2 Kern van de klacht is dat verweerder onzorgvuldig bij de beoordeling en vaststelling van het behandelbeleid van patiënt heeft gehandeld. Verweerder zou daarbij niet hebben onderkend dat patiënt vitaal bedreigd was en de juiste diagnose, darmperforatie, hebben gemist waardoor patiënt niet de juiste behandeling heeft gekregen. Het college zal de klachtonderdelen 1. tot en met 9. die daarop zien gezamenlijk bespreken. Daarbij wordt vooropgesteld dat het missen van een diagnose niet reeds tot het oordeel hoeft te leiden dat verweerder onzorgvuldig heeft gehandeld. Daarvoor is ook nodig dat vast komt te staan dat de wijze waarop verweerder tot de naderhand onjuist gebleken diagnose is gekomen in strijd is met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwaam beroepsgeenoot mag worden verwacht.

5.3 Met het eerste klachtonderdeel leggen klagers onder meer ter toetsing voor of adequaat collegiaal overleg heeft plaatsgevonden tussen verweerder en de ANIOS die hij superviseerde. Anders dan klagers betogen mocht verweerder als superviserend arts in eerste instantie afgaan op de anamnese en het onderzoek van de ANIOS. Echter, bij het gesprek met de ANIOS en de interpretatie van de uitkomsten van het verrichte onderzoek heeft verweerder naar het oordeel van het college zowel een aantal alarmsignalen als de ernst van de situatie door de onderlinge samenhang van deze signalen miskend. Niet ondenkbaar is dat verweerder en de ANIOS niet tot een goede communicatie op dit punt zijn gekomen, althans dat verweerder onvoldoende heeft uit- of doorgevraagd. Hoewel verweerder op zijn computer kon inloggen om de waarden van de onderzoeken te beoordelen, heeft hij dit nagelaten en is hij alleen afgegaan op wat door de ANIOS telefonisch werd verteld. Dit acht het college onzorgvuldig zeker nu de ANIOS verweerder had medegedeeld zijn vinger er niet op te kunnen leggen. Verweerder

heeft nog aangevoerd dat hij mocht vertrouwen op de deskundigheid van de ANIOS en daarmee mocht afgaan op de bevindingen van deze ervaren arts, maar daarin volgt het college hem niet. Het feit dat de ANIOS ervaren was laat onverlet dat verweerder als professional onder deze omstandigheid tot een eigen verificatie en validatie had moeten komen. Feit is dat patiënt binnen kwam met heftige pijnklachten in zijn buik met een pijnscore van 8 of 9 op een schaal van 10 (zogenaamde VAS score), wat op zichzelf beschouwd al een alarmsymptoom is, te meer in combinatie met het verhoogd leucocytengetal van 18. Volgens de genoteerde gegevens is patiënt tijdens zijn verblijf op de SEH afdeling voortdurend tachycard geweest (pols > 90/min) en onbegrepen tachypnoeisch geweest (ademhalingsfrequentie > 20/min). De patiënt was hiermee positief voor 3 van de 4 SIRS criteria (Systemic Inflammatory Respons Syndrome). Dit in combinatie met de duidelijke pijn in de buik als mogelijke bron van de klachten en bevindingen hadden de ANIOS en daarmee dus ook verweerder, met wie de waarden zijn besproken, op het pad moeten zetten van een mogelijke sepsis. De wisselende tensie met de forse daling naar 98/55 en tachycardie van 96/min om 22.16 uur werd door de ANIOS ten onrechte geweten aan de heftige pijn, terwijl normalerwijs de tensie bij forse pijn verwacht mag worden te stijgen. Verweerder heeft deze fout in de primaire beoordeling niet onderkend. Daarnaast heeft verweerder zich onvoldoende rekenschap gegeven van het feit dat de overigens matig beoordeelbare buikoverzichtsopname een perforatie geenszins uitsloot. In de brief van verweerder en de ANIOS aan de huisarts wordt bovendien vermeld dat sprake was van palpatie- en percussiepijn en roodheid van de huid rond de navel. Naar het oordeel van het college waren er derhalve voldoende aanwijzingen voor een acuut buikbeeld. Het feit dat onder die omstandigheden het amylase verhoogd kan zijn, is door verweerder eveneens niet onderkend. Voormelde fouten in de primaire beoordeling van patiënt en de onjuiste interpretatie van de uitkomsten van het aanvullend onderzoek hebben geleid tot onjuiste vervolgbeslissingen, zoals de beslissing om patiënt onbewaakt op te nemen op een reguliere verpleegafdeling en niet op de IC, zonder dat daarbij duidelijke instructies aan de verpleging zijn verstrekt en zonder dat nader diagnostisch of beeldvormend onderzoek, zoals een CT-scan werd verricht. Wat tevens opvalt is dat verweerder ondanks het feit dat de ANIOS “er zijn vinger niet op kon leggen” geen aanleiding heeft gezien om op eigen initiatief naar het ziekenhuis te komen om patiënt te onderzoeken, of aan de ANIOS voor te stellen om een collega arts op de SEH te raadplegen of die ook naar patiënt te laten kijken. Verweerder heeft aangevoerd dat hem niet is gevraagd door de ANIOS om in huis te komen, maar hij miskent daarmee zijn eigen verantwoordelijkheid op dit punt. Dit geldt te meer nu verweerder uit het gesprek met de dochter, een collega specialist, moet hebben opgemaakt dat ze zeer ongerust was over patiënt. De ANIOS zou tegen de chirurg naar aanleiding van het gesprek met de dochter hebben gezegd dat een CT-scan geïndiceerd was daar er nog geen duidelijke diagnose was gesteld, maar verweerder betwist dit. In ieder geval staat vast dat genoemde dochter van patiënt wel heeft aangedrongen op nadere diagnostiek en een CT-scan. Waarom verweerder dat niet noodzakelijk achtte, is niet duidelijk geworden. De klachten en uitkomsten van de onderzoeken bij patiënt waren immers niet verenigbaar met de conclusie van verweerder dat patiënt matig ziek was en niet vitaal bedreigd, terwijl de differentiaal diagnose beginnende ileus en pancreatitis evenmin in de rede lag. Verweerder had in ieder geval de diagnose darmperforatie niet terzijde mogen schuiven en had een mogelijke sepsis moeten overwegen.

5.4 De conclusie is dat verweerder inadequaat diagnostisch heeft geredeneerd en heeft nagelaten door eigen onderzoek en beoordeling van patient dan wel door middel

van aanvullend onderzoek tot een juiste diagnose te komen of ernstige pathologie uit te sluiten. De klachtonderdelen 1. tot en met 7. slagen daarmee. Met klachtonderdeel 8. voeren klagers aan dat verweerder niet naar de dochter die zelf arts is, heeft geluisterd. Dat is weliswaar juist maar kan als zelfstandig klachtonderdeel niet slagen. Verweerder heeft met de dochter gesproken en naar haar visie geluisterd, maar heeft daarbij een andere - naderhand onjuist gebleken - afweging gemaakt. Dit is op zichzelf beschouwd niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Hetzelfde geldt voor klachtonderdeel 9.

5.5 Ook het laatste klachtonderdeel kan niet slagen nu niet is vast komen te staan dat verweerder de calamiteitencommissie welbewust op het verkeerde been heeft willen zetten. Dat verweerder jegens die commissie heeft verklaard dat hij patiënt niet vitaal bedreigd achtte, valt hem evenmin te verwijten. Zoals overwogen is verweerdere interpretatie van de verkregen informatie onjuist geweest en dat heeft geleid tot een onjuiste inschatting van de toestand van patiënt, een onjuiste differentiaaldiagnose en een onjuist beleid waaraan het onzorgvuldig handelen ten grondslag ligt.

5.6 Wat de op te leggen maatregel betreft, overweegt het college het volgende. Verweerder heeft ernstig onzorgvuldig gehandeld. Zwaarwegend is voor het college het feit dat verweerder, ondanks het feit dat de ANIOS geen duidelijke diagnose kon stellen en ondanks de ongerustheid van patiënt's dochter, welke zelf arts is, verzuimd heeft patiënt zelf te beoordelen. Uit de uitspraken ter zitting volgt bovendien dat verweerder geen inzicht heeft in de laakbaarheid van zijn handelen nu hij de eigen verantwoordelijkheid als supervisor afschuift op de ANIOS. Daarnaast is opmerkelijk dat verweerder er nog steeds niet van overtuigd is dat patiënt op de SEH al septisch was. Zijn betoog dat de darmperforatie kort voor de laparotomie is opgetreden is in tegenspraak met het feit dat bij de laparotomie ruim 4,5 liter vrij bruin gallig vocht in de buik is aangetroffen bij een kleine locale perforatie. Hoewel er verbetermaatregelen zijn getroffen en verweerder zich niet eerder bij een tuchtcollege heeft hoeven verantwoorden is het college van oordeel dat de maatregel van berisping hier passend is.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege:

- verklaart de klachtonderdelen 1. tot en met 7. gegrond;
- berispt verweerder;
- verklaart de overige klachtonderdelen ongegrond;
- bepaalt voorts dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan de tijdschriften Medisch Contact en Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en de website GZR-update ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus gewezen op 13 oktober 2015 door:

mr. A.A.A.M. Schreuder, voorzitter,

dr. B. van Ramshorst, dr. C. Keijzer en drs. B.W.J. Bens, leden-arts,

mr. dr. R.P. Wijne, lid-jurist,

mr. C. Neve, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 24 november 2015 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. A.A.A.M. Schreuder, voorzitter

w.g. C. Neve, secretaris

