



NIET -  
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/  
AFGEWEZEN

## Chirurg komt niet in huis

Het gaat in deze rubriek geregeld over de verantwoordelijkheden van supervisors en gesuperviseerden. Opleiders gaan vaak af op wat arts-assistenten hun – meestal telefonisch – vertellen over een patiënt. Een vak op zich, dat je maar moet zien te beheersen vanaf de eerste dag dat je specialist bent.

In deze casus ging dat mis. Een patiënt komt op de SEH, wordt daar beoordeeld door een ervaren anios, die overlegt met de chirurg. Beiden miskennen een aantal alarmsymptomen, zoals heftige pijn, tachycardie en tachypneu. In combinatie met andere gegevens (palpatie-

en percussiepijn, roodheid rondom een navelbreuk, en zwart braken en zwarte ontlasting voorafgaand aan SEH-bezoek) is het vanaf papier niet goed te begrijpen waarom deze patiënt niet gezien is door de chirurg zelf en op een gewone afdeling is terechtgekomen. Daar wordt hij 's nachts in een diepe septische shock aangetroffen. Op de ok blijkt sprake van een perforatie bij een beklemde navelbreuk, er bevindt zich 4,5 liter bruin vocht vrij in de buik. De patiënt overlijdt.

De chirurg verweert zich onder meer door te zeggen dat de assistent hem

niet gevraagd had in huis te komen. Maar diezelfde assistent zei wel dat hij 'zijn vinger niet kon leggen' op wat er aan de hand was. Zelfs een gesprek met de ongeruste dochter, die internist is, kon hem niet bewegen de patiënt zelf te beoordelen. Zijn onzorgvuldige optreden in combinatie met gebrekkig inzicht in zijn eigen verantwoordelijkheid levert hem een berisping op.

**Sophie Broersen**, arts/journalist  
**Yvonne Drewes**, jurist KNMG

### Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Amsterdam d.d. 24 november 2015 (ingekort door redactie Medisch Contact)

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, (...).

## 01

### Het verloop van de procedure

(...)

## 02

### De feiten

(...)

**2.1** Klagers zijn kinderen, respectievelijk de echtgenote van de heer L, geboren in 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 tachypneu van 26 per minuut en bij labonderzoek bleek er sprake van een leukocytose 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: *'Buikklasten. Bolle buik. Drukkend gevoel. Braken. Verslag: matig beoordeelbare buikoverzichtsonname, niet geheel afgebeeld. Normale luchthoudendheid van de darm. Geen aanwijzing voor vrij lucht. Bolle buik. Forse rechts convexe thoracolumbale scoliose.'*

#### 2.4 (...)

**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 drieliterinfuus. Op het opnameformulier 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 bloeduitslagen 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 0.00

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: *'Matig ziek ogende patiënt. Zit ongemakkelijk in bed heeft buikpijn. Geen dyspneu, geen tachypneu. (...) 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 (...). Conclusie en beleid: opname, observatie buikpijnklasten, 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. (...)*

**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 klie dernat, 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 5.00 uur is patiënt door de verpleegkundige in een diepe septische shock aangetroffen. (...) Patiënt is vervolgens naar de intensive care (ic) overgebracht voor stabilisatie.

**2.10** Bij CT-onderzoek, verricht om 7.00 uur, is geconstateerd dat sprake was van een dunnedarmperforatie 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 rechteronderkwab.'* Patiënt is met spoed geopereerd (laparotomie). Er bleek sprake van een dunnedarmperforatie 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 hemorrhagie lijkt het meest te passen bij een perforatie agv een beklemd navelbreuk.'*

**2.11** Patiënt is na de operatie opgenomen op de ic, alwaar hij een sepsis met multiorgaanfalen 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 overtillen 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). (...)

**2.14** (...)

## 03

### De klacht en het standpunt van klagers

(...)

## 04

### Het standpunt van verweerder

(...)

## 05

### De overwegingen van het college

(...)

**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 binnenkwam 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 leukocytengetal van 18. Volgens de genoteerde gegevens is patiënt tijdens zijn verblijf op de SEH-afdeling voortdurend tachycard geweest (pols >90/min) en onbegrepen tachypneuïsch geweest (ademhalingsfrequentie >20/min). De patiënt was hiermee positief voor drie van de vier SIRS-criteria (*systemic inflammatory response 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 buikoverzichtsonname 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 dif-

ferentiaaldiagnose 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 patiënt dan wel door middel van aanvullend onderzoek tot een juiste diagnose te komen of ernstige pathologie uit te sluiten. (...)

**5.5** (...)

**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, die zelf arts is, verzuimd heeft patiënt zelf te beoordelen. Uit de uitlatingen 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 lokale 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.

# 06

## De beslissing

Het regionaal tuchtcollege (...)

- berispt verweerder; (...)

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-artsen, 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. ■

### web

De volledige tekst van deze uitspraak staat op [medischcontact.nl/tuchtrecht](http://medischcontact.nl/tuchtrecht). Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

Voor meer uitspraken zie [tuchtrecht.nl](http://tuchtrecht.nl).

## OPVALLENDE UITSPRAKEN

### ● Tandarts beheerst onvoldoende Nederlands

Een patiënt klaagt een Duitse tandarts, werkzaam in Nederland, aan wegens onvoldoende beheersing van het Nederlands en het plaatsen van een onnodige en dure kroon. Het regionaal tuchtcollege constateert dat de antwoorden van de tandarts op de vragen van het college 'zijn doorspekt met al dan niet vernederlandste Duitse woorden en zinsbuigingen'. Het college acht aan de gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal het gevaar verbonden dat verweerder en zijn patiënten elkaar niet altijd goed zullen begrijpen. Het college verwerpt de inhoudelijke klacht. De tandarts krijgt een waarschuwing.

RTG Zwolle, 15 april 2016

### ● Afwijzing herregistratie huisarts niet goed gemotiveerd

De afdeling Bestuursrechtspraak heeft geoordeeld dat de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) een nieuw besluit moet nemen. Dit naar aanleiding van het hoger beroep van een arts van wie het verzoek om herregistratie als huisarts door de RGS was afgewezen. De arts zou volgens de RGS in de periode voorafgaand aan het herregistratieverzoek geen anw-diensten hebben verricht en niet aan ten minste tien uur intercollegiale toetsing hebben deelgenomen. De arts was evenwel ook als forensisch arts werkzaam geweest en had als zodanig ook ruimschoots anw-diensten verricht. De afdeling oordeelt dat de RGS op grond van het Kaderbesluit CVHG en het Besluit huisartsgeneeskunde niet was gedwongen om het verzoek om herregistratie af te wijzen. Deze privaatrechtelijke regelingen bevatten voor de RGS geen dwingend toetsingskader. De afdeling verwacht een meer individuele toetsing van de RGS.

ABRvS, 6 april 2016

Elke week selecteren KNMG-juristen opvallende uitspraken in het gezondheidsrecht. Een volledig overzicht kunt u vinden op [medischcontact.nl/recht](http://medischcontact.nl/recht). Tegen uitspraken van regionale tuchtcolleges kan tot zes weken na de uitspraak nog hoger beroep worden aangetekend.

