



NIET -  
ONTVANKELIJK

▶ ONGEGROND/  
AFGEWEZEN

## Supervisor verantwoordelijk voor aios

Een patiënt met een gecompliceerde voorgeschiedenis wordt door de huisarts ingestuurd naar de internist in verband met buikklachten. Hij wordt beoordeeld door een aios interne geneeskunde die in het begin van haar derde opleidingsjaar zit. Zij onderzoekt de patiënt zorgvuldig en doet uitgebreid aanvullend onderzoek. Er bestaat verdenking op een geperforeerd ulcus ventriculi. De chirurg wordt in consult geroepen, evenals de longarts ter beoordeling van de operabiliteit. In overleg wordt uiteindelijk besloten de patiënt niet te opereren maar ter observatie op te nemen op de verpleegafdeling, waar in het begin van de avond een acute verslechtering optreedt. Gezien het bij

een eerdere opname afgesproken NTBR-beleid gaat patiënt niet naar de ic. Hij overlijdt een halfuur later. De echtgenote en de moeder klagen de aios en de supervisor aan omdat zij de patiënt onvoldoende zouden hebben geobserveerd, niet hebben laten opereren en het eerder afgesproken NTBR-beleid niet hebben geëvalueerd. Het regionaal tuchtcollege geeft de aios een waarschuwing, omdat zij in haar differentiaaldiagnose geen infectie heeft opgenomen, terwijl daar wel aanwijzingen voor waren. Het Centraal Tuchtcollege verklaart het hoger beroep van de aios gegrond. Het benadrukt dat in een opleidingssituatie aanvankelijk de opleider tuchtrechtelijk verantwoor-

delijk is, en dat naarmate de opleiding vordert de aios steeds meer op zijn eigen handelen is aan te spreken. In dit geval, waarbij de aios steeds uitgebreid met de supervisor heeft overlegd en de supervisor heeft verklaard dat de medische behandeling geheel onder haar supervisie heeft plaatsgevonden, oordeelt het college dat de aios niet zelfstandig tuchtrechtelijk verantwoordelijk kan worden gehouden. De supervisor, tegen wie ook een klacht was ingediend, krijgt een waarschuwing. Een mooi voorbeeld voor iedereen die als opleider, supervisor of aios werkt.

**Hans van Santen**, huisarts  
**Diederik van Meersbergen**, jurist

### Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 6 juni 2013

Beslissing in de zaak onder nummer C2011.419 van A, arts-assistent in opleiding tot internist, wonende te B, appellante in hoger beroep, verweerster in eerste aanleg, (...) tegen 1. C, 2. D, beiden wonende te E, verweersters in hoger beroep, klaagsters in eerste aanleg (...).

# 01

#### Verloop van de procedure

C en D, hierna klaagsters, hebben op 12 januari 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen arts-assistent in opleiding tot internist A, hierna de arts of de arts-assistent, een klacht ingediend. Bij beslissing van 1 november 2011, onder nummer 11/013 heeft dat college de klacht deels gegrond verklaard, de arts de maatregel van waarschuwing opgelegd (...).

De arts is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. (...) De zaak is in hoger beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaak C en D tegen F, internist-oncoloog (C2011.420) behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege (...).

# 02

#### Beslissing in eerste aanleg

##### '2 De feiten

**2.1** Klaagsters zijn respectievelijk de echtgenote en de moeder van G, hierna te noemen G.

Verweerster is sinds 2005 werkzaam als arts-assistent in opleiding tot internist. Ten tijde van de indiening van de onderhavige klacht was zij drie jaar in het H-ziekenhuis werkzaam als arts-assistent interne geneeskunde. (...)

**2.2** Op (...) januari 2010 werd G door de huisarts van de Huisartsenpost I ingestuurd naar de Spoedeisende Hulp van het H-ziekenhuis waar hij door verweerster werd gezien. Verweerster trof een zieke man aan, die grauw en bleek zag en naar zijn opgave sinds een dag buikpijn had. Uit de voorgeschiedenis bleek dat G bekend was met heroïne abus, persisterende hypercapnie en hypoxie bij COPD met 1 liter zuurstofgebruik thuis. G was in verband met longproblematiek uitgebreid bekend bij de afdeling Longziekten van het ziekenhuis. In augustus 2009 was hij opgenomen geweest op de afdeling Longziekten vanwege een exacerbatie van COPD waarvoor hij met BIPAP werd behandeld. Tijdens die opname was

G mede beoordeeld door de intensivist die toen concludeerde dat gezien de irreversibiliteit van zijn zeer ernstig longlijden invasieve beademing geen optie was. Er was toen besloten tot een niet-reanimatiebeleid, niet (invasief) beademen en niet-ic-beleid.

**2.3** Verweerster heeft bij G een uitgebreide anamnese afgenomen en lichamelijk onderzoek gedaan. Zij heeft een ecg laten maken, een X-thorax, een X-BOZ en bloedonderzoek laten uitvoeren.

Als diagnose noteerde zij in het dossier:

1. algehele malaise, en buikpijn, DD darmischemie cave gedekte maagperforatie, bij retentieblaas, bij obstipatie, choledocholithiasis, pancreatitis; 2. leucocytose en linksverschuiving DD/UWI, cholangitis, ischemie, focus?; 3. hyponatriëmie DD/absoluut zouttekort (klinisch droog) bij diuretica en verminderde intake SIADH; 4. PM hypercalciëmie en verhoogd AF cave botmetastasen ikv? Verweerster heeft anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumwaarden met haar supervisor F besproken. Wegens een hoge verdenking op een perforatie werd besloten tot een aanvullende CT-scan van de buik.

Ook het reanimatiebeleid werd besproken. Naast niet reanimeren zou G voor het overige voor de in het beleid benoemde behandelmogelijkheden in aanmerking komen, omdat hij een relatief jonge patiënt was die ondanks een ernstig chronisch longlijden op dat moment een aandoening had waarvoor hij mogelijk chirurgisch behandeld zou kunnen worden. Dat beleid zou afhankelijk van de bevindingen en ontwikkelingen zo nodig worden aangepast.

**2.4** Uit de CT-scan bleek dat er lucht in de galblaas en galwegen werd gezien. In het duodenum was enige wandverdikking en mucosale aankleuring te zien, waarbij de verdenking bestond op een geperforeerd ulcus duodeni. Er was een opvallend obstipatiebeeld met een zeer breed colon. Overtuigende aanwijzingen voor darmischaemie waren er niet maar de sensitiviteit van de CT-scan met betrekking tot darmischemie was slechts 30 procent. Geen vrij vocht of vrij lucht in de buik. Het radiologisch verslag van de CT-scan vermeldde als conclusie: lucht in galblaas en galwegen waarschijnlijk afkomstig van geperforeerd ulcus duodeni.

Naar aanleiding van de uitslag van de CT-scan heeft verweerster de chirurg in consult gevraagd om de buikklachten te beoordelen. Deze vond geen indicatie voor operatief ingrijpen, omdat er in de CT-scan geen sprake was van vrij lucht in de buikholte. Op advies van de chirurg en de radioloog werd een aanvullende echo van de abdomen gemaakt ter uitsluiting van ischemie. Het radiologisch verslag van de echo vermeldde: lastig beoordeelbaar bij dyspnoische patiënt. Er wordt in elk geval lucht in de galblaas gezien. De luchtconfiguraties in de lever zijn niet zeker te lokaliseren in galwegen of vaten.

**2.5** Ook na de echo zag de chirurg geen indicatie om G op dat moment te opereren. Hij zou wel in consult blijven en bij vrij lucht in-

tra-abdominaal zou er alsnog een chirurgische interventie kunnen plaatsvinden. In verband daarmee vroeg verweerster de longarts in consult voor een risico-inschatting van een eventuele operatie en voor aanpassing van de longmedicatie.

Vervolgens heeft verweerster in overleg met haar supervisor besloten G op te nemen op de interne afdeling B6 en afspraken gemaakt voor de verpleging met betrekking tot de controles en het te volgen vochtbeleid. (...) De in consult gevraagde longarts zag G op de afdeling en gaf aan dat hij bij een mogelijke operatie een hoog perioperatief mortaliteitsrisico had in verband met de ernstige COPD. Zijn advies was om het finale oordeel over een eventuele operatieve interventie aan de anesthesioloog te laten. In verband met pijnklachten kreeg G op de afdeling 50 mg pethidine toegediend.

**2.6** Omstreeks 19.00 uur trad een acute zeer ernstige verslechtering op. Op verzoek van de verpleegkundige heeft verweerster G direct bezocht. Zij trof hem bleek en klam aan. Hij had geen meetbare bloeddruk en pols meer en een gaspende ademhaling. Hij braakte fors. Naloxon gaf geen verbetering in zijn toestand.

Verweerster heeft telefonisch contact opgenomen met haar supervisor en de ontstane situatie besproken. Er was sprake van acuut ontstane hemodynamische instabiliteit en respiratoire insufficiëntie. Gezien de voorgeschiedenis en de eerdere afspraken met betrekking tot het niet reanimeren, niet beademen en een niet-ic-beleid en gezien de conclusie van de longarts dat er een hoog ingeschat perioperatief mortaliteitsrisico was, werd besloten om G niet over te plaatsen naar de intensive care afdeling voor intubatie en reanimatie. Er waren op dat moment geen therapeutische mogelijkheden meer voor G.

**2.7** Na het telefonisch overleg met haar supervisor heeft verweerster het aldus bepaalde beleid met klaagsters uitvoerig besproken. G is kort daarna om 19.30 uur overleden.

Klaagsters hebben geen toestemming gegeven voor obductie. (...)

### 3 De klacht en het standpunt van klaagsters

De klacht houdt zakelijk weergegeven in:

1. Verweerster heeft ten onrechte verzuimd G na opname op de afdeling B6 daadwerkelijk te observeren en haar onderzoek naar de oorzaak van zijn malaise te vervolgen; dit klemmt temeer nu de radioloog in de uitslag van de CT-abdomen duidelijk heeft aangegeven dat de sensitiviteit met betrekking tot de vermeende darmischemie maar ongeveer 30 procent is en verweerster ook de vermeende cardiologische oorzaak nog niet middels een cardiologisch consult had geëvalueerd dan wel had uitgesloten;
2. Verweerster heeft ten onrechte nagelaten operatief in te grijpen om zo de verergering van de vermeende perforatie dan wel ischemie te voorkomen;
3. Verweerster heeft ten onrechte besloten G niet te opereren

vanwege het hoge perioperatief mortaliteitsrisico nu de geconsulteerde longarts duidelijk had geadviseerd om het finale oordeel aan de anesthesist over te laten;

4. Verweerster heeft ten onrechte verzuimd het verloop na de vorige opname adequaat te evalueren met als gevolg dat zij ten onrechte aan het toen geldende beperkte beleid heeft vastgehouden en ten onrechte heeft besloten G niet over te plaatsen naar de intensive care;

5. Verweerster heeft in de ontslagbrief ten onrechte gesteld dat de toestand van G in de loop van de dag verslechterde nu de daadwerkelijke verslechtering eerst omstreeks 19.00 uur is ingetreden; dit klemte temeer nu verweerster G vanaf de opname omstreeks 15.30 uur aan zijn lot heeft overgelaten.

## 4 Het standpunt van verweerster

(...)

## 5 De overwegingen van het college

5.1 (...)

5.2 Het college is van oordeel dat verweerster gezien de bevindingen bij opname en de uitslagen van de X-thorax, X-BOZ, het CT-abdomen en de echo-abdomen differentiaaldiagnostisch ten onrechte naast de verdenking van een geperforeerd ulcus duodeni en een ischemische darm de mogelijkheid van een sepsis niet heeft overwogen. Er was immers sprake van een door chronisch prednisongebruik immuun gecompromitteerde patiënt met laboratoriumwaarden waarbij een infectie niet uitgesloten kon worden. Er was bovendien sprake van een klinisch slechte/kwetsbare patiënt met als medicatie onder meer prednison, welke medicatie koorts – naar verweerster had moeten weten – kan maskeren.

Hoewel verweerster naar het oordeel van het college tezamen met haar supervisor F zich zeer heeft ingespannen voor G en veel onderzoek heeft (laten) uitvoeren, is het college niettemin van oordeel dat verweerster in de differentiaaldiagnose ook een mogelijke infectie had moeten meenemen en haar medicatiebeleid met de toediening van antibiotica daarop had moeten afstemmen. Door dat na te laten is een kans gemist op een mogelijk herstel. In die zin is de klacht dan ook gegrond waarbij het college aantekent dat indien tijdig antibiotica zou zijn toegediend het beloop naar alle waarschijnlijkheid niet anders zou zijn geweest omdat van meet af aan de kans op herstel gering was.

5.3 Dat verweerster na consultatie van de chirurg en de longarts heeft besloten G niet te opereren, kan haar niet worden verweten, nu de beslissing daarover is voorbehouden aan de chirurg, welke laatste – overigens op begrijpelijke gronden – daarvoor geen indicatie zag. Daar komt bij dat de longarts reeds voordat de beslissing om niet te opereren was genomen, had vastgesteld dat er een aanmerkelijk perioperatief risico bestond in verband met de zeer ernstige COPD.

5.4 Het college kan zich vinden in de beslissing van verweerster om G niet over te plaatsen naar de afdeling intensive care doch hem ter observatie op te nemen op de verpleegafdeling B6 van het ziekenhuis. Gezien de afspraken die bij opname werden gemaakt

met betrekking tot een niet-reanimeerbeleid in combinatie met verder volledig beleid met IC/CCU-indicatie dat eventueel aangepast diende te worden bij mogelijke verandering, en gezien de bevindingen uit het diagnostisch onderzoek en het oordeel van de longarts en chirurg kon verweerster daartoe naar het oordeel van het college op goede gronden besluiten. Nadat de acute verslechtering rond 19.00 uur optrad (abusievelijk vermeldt verweerster in de ontslagbrief van 5 februari 2010 aan de huisarts dat de klinische toestand in de loop van de dag verslechterde, maar die vergissing is geen grond voor een tuchtrechtelijk verwijt), waarbij G geen meetbare pols en bloeddruk meer had en respiratoir insufficiënt was heeft verweerster in overleg met haar supervisor terecht besloten dat beademen geen optie was en dat er op dat moment geen interventies meer mogelijk waren.

Ook dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

5.5 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. (...) De oplegging van een waarschuwing is daarvoor een passende maatregel (...).

## 03

### Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg met dien verstande dat waar onder 2.1 staat ‘Ten tijde van de indiening van de onderhavige klacht was zij drie jaar in het H-ziekenhuis werkzaam als arts-assistent interne geneeskunde.’ moet worden gelezen dat de arts-assistent aldaar twee jaar in opleiding tot internist was en aan het begin stond van haar derde opleidingsjaar.

## 04

### Beoordeling van het hoger beroep

(...)

4.1 De arts heeft in hoger beroep een drietal grieven aangevoerd. De grieven komen er in essentie op neer dat het door het regionaal tuchtcollege aangemerkte tekortschieten van de arts in de behandeling van G (het niet toedienen van antibiotica in verband met een mogelijke infectie) geen onderdeel van de door klaagsters geformuleerde klachten uitmaakte en derhalve niet in de beoordeling had mogen worden betrokken (grief I). Daarenboven is de arts van mening dat het desbetreffende oordeel van het regionaal tuchtcollege ook onjuist is (grief III) en dat haar, als arts-assistent ter zake in ieder geval geen blaam treft nu zij het gevoerde beleid volledig heeft afgestemd met haar supervisor (grief II).

4.2 Grief I is gegrond. Nu geen van de gedetailleerd omschreven klachtonderdelen zich richt tegen het niet toedienen van een antibiotica in verband met een mogelijk sepsis, maakt dit handelen c.q. nalaten geen onderdeel uit van de klacht.

4.3 (...)

4.4 Klaagsters verwijten de arts dat zij ten onrechte heeft verzuimd G na opname op de afdeling B6 daadwerkelijk te obser-

veren en haar onderzoek naar de oorzaak van zijn malaise te vervolgen. Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat de arts na opname op de verpleegafdeling onvoldoende controle heeft doen uitoefenen teneinde zich te kunnen blijven vergewissen van de klinische toestand van de patiënt. G gebruikte prednison in een dosering van 12,5 mg en had bij anamnese hevige buikpijn en vervoerspijn. Bij lichamelijk onderzoek vond de arts op de Spoedeisende Hulp G bleek en grauw, en maakte deze op haar een zieke indruk. Er was een melding van défense bij het onderzoek van de buik. In het bloedbeeld waren de leukocyten verhoogd (24,4), met neutrofilie (22,5). Na alle diagnostische stappen en overwegingen werd hij op zaal opgenomen met een 2 liter NaCl-infuus, en controles à 8 uur. Bij een dergelijk zieke patiënt moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid van een snelle achteruitgang van de klinische omstandigheden, welke mogelijkheid zich in casu ook heeft verwezenlijkt. Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat de snelle klinische achteruitgang van G niet als een verrassing had mogen komen, gelet op de bevindingen op de SEH. Die symptomen hadden naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege aanleiding moeten zijn G veel frequenter te controleren dan één keer in de acht uren.

**4.5** De enkele omstandigheid dat de arts-assistent G, in de hierboven geschetste klinische toestand, onvoldoende frequent heeft laten observeren, betekent echter op zichzelf niet dat de arts, die toen in het begin van haar derde jaar van haar opleiding onder supervisie van een ervaren opleidster volgens haar aanwijzingen werkte, tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Ten aanzien van de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor het handelen van een arts-assistent in opleiding heeft immers volgens vaste jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege het volgende te gelden.

**4.6** In zijn algemeenheid geldt dat in een opleidingssituatie de opleider, c.q. één van de andere specialisten betrokken bij de opleiding (supervisors), handelingen mag overlaten aan een arts-assistent in opleiding. In beginsel zijn de handelingen van zowel de opleider als de arts-assistent, beiden ingeschreven in het BIG-register, vatbaar voor tuchtrechtelijke toetsing. Bij de beoordeling van zowel de vraag welke handelingen in welke fase van de opleiding aan een assistent kunnen worden overgelaten, onder het toezien oog van de opleider, als de vraag welke handelingen in welke fase van de opleiding van de assistent kunnen worden overgedragen met de opleider als achterwacht, die op afroep beschikbaar is, moet een doorslaggevende rol worden toegekend aan de inschatting die de opleider mag maken van de ervaring en vaardigheid van de arts-assistent.

**4.7** (...) De opleider kan slechts opdracht geven tot het zelfstandig verrichten van een medische behandeling in de zin van de wet BIG indien hij redelijkerwijs mag aannemen dat de assistent bekwaam en bevoegd is tot het verrichten van die handeling en de opleider indien nodig aanwijzingen kan geven en zijn toezicht en eventuele tussenkomst verzekerd zijn.

**4.8** Een en ander heeft tot gevolg dat bij aanvang van de opleiding een aanzienlijk deel van de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor het handelen van de assistent in opleiding op de schouders

van de opleider c.q. de supervisor drukt, terwijl naarmate er meer aan de arts-assistent kan worden toevertrouwd de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid gaandeweg wordt gedeeld tussen opleider/supervisor en arts-assistent. Aan het eind van de opleiding zal deze verantwoordelijkheid vrijwel geheel op de schouders van de arts-assistent in opleiding komen te rusten.

**4.9** In de onderhavige zaak heeft de internist F, supervisor van de arts, ter zitting verklaard dat de medische behandeling geheel onder haar supervisie heeft plaatsgevonden, dat zij een aantal malen telefonisch is geïnformeerd over de toestand van de patiënt en met de arts veelvuldig overleg heeft gevoerd over de behandeling waarbij onder meer de resultaten van de onderzoeken zijn besproken. De supervisor heeft hierin geen aanleiding gezien om naar het ziekenhuis te komen om de situatie van de patiënt zelf in ogenschouw te nemen. In het onderhavige geval rust daarom het leeuwendeel van de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van de medische behandeling van de patiënt door de arts-assistent – als begin derdejaars arts-assistent in opleiding tot internist – op de supervisor. In dit kader is voorts van belang dat de arts-assistent de chirurg en de longarts in consult heeft geroepen. De chirurg wilde de patiënt niet opnemen en (vooralsnog) evenmin opereren. Er werd gekozen voor een conservatief beleid. Onder genoemde omstandigheden kan de arts-assistent in opleiding – anders dan het regionaal tuchtcollege overweegt – niet zelfstandig tuchtrechtelijk verantwoordelijk worden gehouden. De klacht is derhalve gedeeltelijk gegrond maar de arts-assistent in opleiding kan daarvan – gelet op het hierboven overwogene – geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt.

**4.10** Wat betreft de overige klachtonderdelen onderschrijft het Centraal Tuchtcollege het door het regionaal tuchtcollege in rechtsoverweging 5.3 en 5.4 overwogene (...). Deze klachtonderdelen worden derhalve ook in hoger beroep verworpen.

**4.11** Het voorgaande betekent dat het beroep van de arts gegrond is. (...)

## 05

### Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

- vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep;

en opnieuw rechtdoende:

- verklaart het beroep gegrond.

(...) Deze beslissing is gegeven door mr. K.E. Mollema, voorzitter, mr. A. Smeeëing-van Hees en mr. G.P.M. van den Dungen, leden-juristen, dr. H.E. Sluiter en dr. T.J.M. Tobé, leden-beroepsgenoten, mr. H.J. Lutgert, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 6 juni 2013.

#### web

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