

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2009/099

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer 2009/099 van:

Bosch,
tegen

A., wonende te **B.**, appellante, klaagster in eerste aanleg,
met rechtskundige bijstand van mr. M.G.F. de Graaff-
advocaat te Soest,

in

C., chirurg, wonende te **D.**, werkzaam te **E.**, verweerster
hoger beroep en in eerste aanleg, met rechtskundige
bijstand van mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht.

1. Verloop van de procedure

Appellante - hierna klaagster - heeft op 23 oktober 2007 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen verweerder - hierna de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 3 februari 2009, onder nummer 07/309 heeft dat College de klacht afgewezen. Klaagster is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend. De zaak is in hoger beroep tegelijk met de zaak onder nummer 2009/100 (klaagster / **F.**, arts) behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 27 april 2010. De zaken zijn niet gevoegd. Verschenen zijn klaagster, bijgestaan door mr. De Graaff-Bosch en de arts, bijgestaan door mr. Nunes. Partijen hebben hun standpunten over en weer door hun raadslieden aan de hand van aan het Centraal Tuchtcollege overgelegde pleitaantekeningen doen toelichten.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“ 2. De feiten.

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

2.2 *Klaagster is de zus en curator van wijlen **G.** (verder te noemen: patiënt). Verweerster is als chirurg werkzaam in het **H.** te **E.**. Patiënt is aldaar opgenomen geweest vanaf 7 april 2006 tot aan zijn overlijden op 20 april 2006.*

2.3 *In de nacht van 5 op 6 april 2006 is patiënt opgenomen geweest in een ander ziekenhuis in verband met klachten van niet vorderende ontlasting en buikpijn. Klinisch was sprake van een ileus. Op 7 april 2006 is hij in het **H.** opgenomen, afdeling heelkunde. Aanvankelijk werd een conservatief beleid gevoerd.*

Op 12 april 2006 werd een coloscopie verricht. Na overleg met de internist is door verweerster een indicatie voor een sigmoïdrectomie gesteld.

2.4 *Op 14 april 2006 heeft verweerster bij patiënt een sigmoïdrectomie uitgevoerd. Bij de operatie werd ondermeer een side-to-side gestapelde anastomose gemaakt. De ingreep verliep ongecompliceerd.*

2.5 Van 15 tot en met 17 april 2006 was verweerster afwezig. Op 18 en 19 april 2006 was zij als superviserend chirurg bij de behandeling van patiënt betrokken. Zij heeft hem op die dagen ook gezien en beoordeeld.

2.6 Op 18 april 2006 heeft verweerster, na de ochtendoverdracht, tussen 8.00 en 9.00 uur een visite bij patiënt afgelegd. Op verzoek van de verpleging heeft de dienstdoende arts-assistent aan het begin van de middag de buik van patiënt beoordeeld; rond 14.00 uur heeft deze verweerster hierover geraadpleegd. Besloten werd tot een expectatief beleid. Tevens zijn adviezen voor behandeling gegeven. Rond 21.00 uur heeft de dienstdoende arts-assistent wederom op verzoek van de verpleging, patiënt opnieuw beoordeeld in verband met een bolle buik. De arts-assistent heeft het expectatieve beleid vervolgd.

2.7 Op 19 april 2006 in de (vroeg) ochtend constateerde de dienstdoende arts-assistent bij patiënt een bolle buik die gespannen stond. Patiënt gaf aan sinds een half uur veel pijn te hebben. Er werden met spoed een laboratoriumonderzoek en een buikoverzichtsfoto afgesproken. Patiënt werd toenemend respiratoir insufficiënt.

Verweerster heeft patiënt onderzocht en beoordeelde patiënt als toenemend ziek en zij heeft, na overleg met de internist, een indicatie gesteld voor een spoedlaparotomie op grond van verdenking van een naadlekkage.

De dienstdoende chirurg, I., heeft patiënt omstreeks 11.30 uur geopereerd. Tijdens de operatie is een naadlekkage geconstateerd. De naad werd ontkoppeld en er werd een eindstandig colostoma aangelegd.

Na de operatie is patiënt volgens protocol naar de Intensive Care (verder: IC) overgeplaatst.

2.8 Op de IC raakte patiënt - om niet begrepen redenen - in een ernstige septische shock. Behandeling had geen effect (meer). In overleg met de familie is besloten om de (verdere) behandeling te staken. Patiënt is op 20 april 2006 overleden. Er heeft geen obductie plaatsgevonden.

2.9 Op 27 juni 2006 heeft een bemiddelingsgesprek plaatsgevonden op het Patiëntenservicebureau van het ziekenhuis; hierbij waren klaagster en haar zuster aanwezig, alsmede verweerster en F.

2.10 In november 2006 heeft klaagster een klacht ingediend bij de klachtencommissie van het H.. Op 14 maart 2007 heeft in dat kader een hoorzitting plaatsgevonden, alwaar klaagster en haar zuster, verweerster, F., een verpleegkundige en de teammanager chirurgie aanwezig waren. Op 16 april 2007 heeft de klachtencommissie uitspraak gedaan.

3. Het standpunt van klaagster en de klacht.

3.1 Ondanks waarschuwingen en klachten van de kant van de familie aan het verplegend personeel dat het niet goed ging met de gezondheid van patiënt, is verweerster (en met haar F.) nalatig geweest in het bieden van adequate zorg na de operatieve ingreep van patiënt op 14 april 2006. Beide artsen hebben zich afwachtend opgesteld in plaats van doortastend en medisch onderzoekend te handelen.

3.2 Bij repliek heeft klaagster nog een onderdeel toegevoegd aan haar klacht, namelijk dat zij als curator niet op de hoogte is gesteld van de verslechterring van de toestand van patiënt; daartoe had verweerster (en/of F.) de verpleegkundigen opdracht moeten geven. Toen klaagster op 19 april 2006 rond 9.30 uur zelf telefonisch contact opnam met het ziekenhuis, heeft de verpleging niets gezegd over de situatie van patiënt. Klaagster heeft geen mogelijkheid gehad om patiënt - vóór de operatie - mentaal te steunen.

Klaagster heeft verweerster pas na het overlijden van patiënt voor het eerst ontmoet tijdens het gesprek in het H.-Patiëntenservicebureau.

4. Het standpunt van verweerster.

Verweerster 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 Voor beantwoording van de vraag of verweerster in strijd heeft gehandeld met de zorg die zij heeft te betrachten ten opzichte van patiënt en diens naaste betrekkingen (art. 47 lid 1 sub a Wet BIG) – en aldus tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld – stelt het college het volgende voorop. Volgens vaste tuchtrechtelijke rechtspraak (vgl. CTG 9 januari 2007, Stcr. 2007, nr. 9) gaat het bij de tuchtrechtelijke beoordeling van het beroepsmatig handelen van de arts niet om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om het antwoord op de vraag of de aangeklaagde beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig gestelde handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep als norm was aanvaard. Tevens geldt dat het bij het tuchtrecht in beginsel gaat om persoonlijke verwijtbaarheid van de arts.

5.2 In deze zaak staat niet de indicatie voor en de uitvoering van de operatie van 14 april 2006 ter discussie. De na deze operatie opgetreden naadlekkage is een niet ongebruikelijke en bekende complicatie.

De zorg voor patiënt is na de operatie, in de periode van 15 tot en met 17 april 2006, overgedragen aan de dienstdoende artsen (waaronder de arts-assistenten) en verplegend personeel. Niet gesteld of gebleken is dat verweerster in de overdracht van de zorg van 14 op 15 april 2006, nalatig is geweest. Dat er in de genoemde periode steeds andere artsen en verplegend personeel dienst hadden is inherent aan de organisatie van een ziekenhuis. Uit de verslaglegging over die periode blijkt dat patiënt steeds onderzocht is, veelal op verzoek van de familie, waarbij speciale aandacht is uitgegaan naar de buik van patiënt. Verweerster is voor het handelen en/of nalaten van de andere bij de verzorging van patiënt betrokken artsen en arts-assistenten in die periode, tuchtrechtelijk niet aanspreekbaar.

5.3 Toen verweerster op 18 april 2006 weer dienst had heeft zij in die ochtend patiënt onderzocht en geen bijzonderheden geconstateerd. In de middag heeft de dienstdoende arts-assistent patiënt weer beoordeeld. Gezien de bevindingen (normale bloeddruk, puls en temperatuur en een hypertympane, maar soepele en niet drukpijnlijke buik) heeft verweerster toen, naar het oordeel van het college, kunnen en mogen kiezen voor een expectatief beleid. Er waren (nog) geen tekenen van klinische achteruitgang. Ter zitting heeft verweerster aangegeven natuurlijk gedacht te hebben aan de mogelijkheid van een naadlekkage, doch zij heeft deze mogelijkheid toen verworpen.

In deze situatie komt het aan op het maken van een inschatting door de arts (het “niet pluis gevoel”); er waren naar het oordeel van het college onvoldoende signalen die noopten tot enig ander ingrijpen of het doen van nader onderzoek. Verweerster is aldus gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening.

In de avond is na onderzoek door de dienstdoend arts-assistent, het expectatieve beleid voortgezet. Hierbij is verweerster niet betrokken geweest.

Klachtonderdeel 1 is daarom niet gegrond.

5.4 Op 19 april 2006 is patiënt met spoed geopereerd; zie eerder onder 2.7. Er was sprake van een naadlekkage. Vóór die operatie heeft klaagster gebeld en gesproken met iemand van het verplegend personeel; haar is toen niets gezegd over de (kritieke) toestand van patiënt. Om 11.00 uur werd zij gebeld door F. met de mededeling dat patiënt geopereerd zou worden en dat patiënt al onderweg was naar de OK. Klaagster heeft patiënt, haar broer, tot aan zijn overlijden de volgende dag, niet meer kunnen spreken.

5.5 Het is voor het college opvallend dat verweerster niet omstreeks 14 april 2006 (de dag van de door haar uitgevoerde operatie) contact heeft gezocht en/of heeft laten zoeken voor een persoonlijk gesprek met klaagster, die tenslotte de curator was van patiënt. Dat had natuurlijk wel moeten gebeuren, omdat de curator wettelijk vertegenwoordiger is en op grond van art. 7:453 jo. 1:381 lid 4 BW bij de behandeling betrokken moet worden in verband met het geven van toestemming voor het verrichten van een medische behandeling. Wel is er zowel op 14 april als op

19 april 2006 telefonisch contact geweest tussen F. en klaagster. Terzijde merkt het college op dat het zogeheten "informed consent" in deze tuchtzaak geen klachtonderdeel vormt (anders dan bij de klachtencommissie).

Ook op 18 april 2006 heeft verweerster kennelijk geen reden gezien om contact te (laten) zoeken met klaagster, als curator van patiënt.

Net zoals ouders (als wettelijk vertegenwoordiger) bij de behandeling van hun kind wensen en behoren te worden betrokken, had dat hier ook moeten gebeuren. Het ware beter geweest indien verweerster actief, al dan niet via de verpleging en/of arts-assistent(en), geprobeerd had om een persoonlijk gesprek aan te bieden aan verweerster als curator van de patiënt. Anderzijds hebben haar ook geen verzoeken van dien aard bereikt via het verplegend personeel.

Door haar hiervoor omschreven nalaten heeft verweerster weliswaar niet geheel gehandeld zoals van haar had mogen worden verwacht, maar dat nalaten is niet zodanig verwijtbaar dat zij daarmee in strijd met artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg heeft gehandeld.

Klachtonderdeel 2 is daarom niet gegrond.

5.6 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht (in al haar onderdelen) ongegrond is.

Verweerster kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt."

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hiervoor onder 2. De feiten zijn weergegeven, met uitzondering van de feitelijke vaststelling onder 2.6. eerste zin, dat de arts op 18 april 2006 na de ochtendoverdracht tussen 08.00 en 09.00 uur een visite bij patiënt heeft afgelegd.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1. Klaagster heeft in beroep de in eerste aanleg aan de arts gemaakte verwijten herhaald en nader toegelicht.

4.2. De arts heeft gemotiveerd verweer gevoerd met conclusie het beroep te verwerpen.

4.3. Het Centraal Tuchtcollege overweegt als volgt. De arts heeft gesteld dat zij, toen zij op 18 april 2006 weer dienst had, de patiënt in de ochtend heeft onder-

zocht en toen geen bijzonderheden heeft geconstateerd. Het Regionaal Tuchtcollege heeft deze stelling in de beslissing waarvan beroep onder 5.3 voor waar aangenomen. Klaagster betwist de stelling. Het Centraal Tuchtcollege constateert dat in de status niet staat genoteerd dat de arts toen een visite heeft afgelegd en wat haar bevindingen waren. In hoger beroep blijft de arts uitdrukkelijk bij haar stelling. Volgens klaagster is er die ochtend hoogstens sprake geweest van overleg met de arts door een arts-assistent. Deze kwestie kan in het midden worden gelaten, want ook naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege is niet gebleken dat de medische zorg voor de patiënt die ochtend niet adequaat is geweest.

4.4. Voor het overige heeft de behandeling van de zaak in beroep het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding gegeven tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege.

4.5. Al het voorgaande leidt tot de slotsom dat het beroep wordt verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door: mr. E.J. van Sandick, voorzitter, mrs. A. Dupain en M. Wiglevan, leden-juristen en dr. R.T. Ottow en dr. J.A. Zonneville, leden-beroepsgenoten en mr. C.M.J. Wuisman-Jansen, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 24 juni 2010, door mr. A.H.A. Scholten, in tegenwoordigheid van de secretaris.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.