

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2009/100

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer 2009/100 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 eerste
Nunes,

F., arts, wonende te **B.**, verweerder in hoger beroep en
aanleg, met rechtskundige bijstand van mr. O.L.
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 07/310 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 2009/099 (klaagster/ **C.**, chirurg) 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.

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). Verweerder was ten tijde van de onderhavige gebeurtenissen als arts-assistent in opleiding tot (orthopedisch) 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 C. voornoemd een indicatie voor een sigmoïdrectie gesteld.

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

2.5 *Van 15 tot en met 18 april 2006 was verweerder afwezig.*

2.6 Op 18 april 2006 heeft **C.**, 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 **C.** 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.

C. 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 **C.** en verweerder.

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, **C.**, verweerder, 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 verweerder (en met hem **C.**) 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 verslechtering van de toestand van patiënt; daartoe had **C.** en/of verweerder 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 **C.** en verweerder pas na het overlijden van patiënt voor het eerst ontmoet tijdens het gesprek in het **H.**-Patiëntenservicebureau.

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 Voor beantwoording van de vraag of verweerder in strijd heeft gehandeld met de zorg die hij 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, Stcrt. 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 18 april 2006, overgedragen aan de dienstdoende artsen (waaronder de arts-assistenten) en verplegend personeel. Niet gesteld of gebleken is dat verweerder in de overdracht van de zorg van 14 op 15 april 2006, nalatig is geweest zo hij daarbij als arts-assistent was betrokken. 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. Verweerder 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.

Klachtonderdeel 1 is daarom niet gegrond.

5.3 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 verweerder 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.

5.4 Zowel op 14 april als op 19 april 2006 is er telefonisch contact geweest tussen verweerder en klaagster. Tijdens het eerste telefoongesprek heeft verweerder klaagster geïnformeerd over de situatie van patiënt en de aanstaande operatie. Terzijde merkt het college op dat het zogeheten “informed consent” in deze tuchtzaak geen klachtonderdeel vormt (anders dan bij de klachtencommissie).

Op 19 april 2006 heeft verweerder vlak voor de operatie (rond 11.00 uur) nog telefonisch contact gehad met klaagster. Verweerder heeft klaagster toen medegedeeld dat patiënt onderweg was naar de OK. Gezien de spoedsituatie die op 19 april 2006 in de vroege ochtend was ontstaan, lag het toen niet op de weg van verweerder om direct contact op te nemen met klaagster dan wel de verpleging direct opdracht te geven om contact te zoeken met klaagster.

Klachtonderdeel 2 is daarom niet gegrond.

5.5 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht (in al haar onderdelen) ongegrond is. Verweerder 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 in de eerste zin van 2.6. dat C. op 18 april 2006, na de ochtendoverdracht, tussen 08.00 en 09.00 uur een visite bij patiënte 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. De behandeling van de zaak in hoger beroep heeft het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding gegeven tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege. Het Centraal Tuchtcollege onderschrijft het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege, zoals dat college in de bestreden beslissing onder 5.4. heeft overwogen dat anders dan bij de klachtencommissie het geval was, het ontbreken van informed consent in deze procedure geen onderdeel van de klacht uitmaakt.

4.4. Al het voorgaande betekent 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. Wigleven, 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.