

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2010/021 en C2010/022

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE

voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de gevoegde zaken onder nummer 2010/021 van:

A., longarts, wonende te **B.**, werkzaam te **C.**, appellant,
verweerder in eerste aanleg, met rechtskundige

bijstand van

mr. H.A.J. Stollenwerck, advocaat te Maastricht,

tegen

D., wonende te **C.**, verweerder in beroep, klager in eerste
aanleg,

en onder nummer 2010/022 van:

D., wonende te **C.**, appellant, klager in eerste aanleg,

tegen

A., longarts, wonende te **B.**, werkzaam te **C.**, verweerder
beroep en in eerste aanleg, met rechtskundige bijstand

in

van

mr. H.A.J. Stollenwerck, advocaat te Maastricht.

1. Verloop van de procedure

D. heeft op 18 september 2008 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven tegen **A.** - hierna de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 19 november 2009, onder nummer 08141a, heeft dat College de klacht deels gegrond verklaard en aan de arts de maatregel van berisping opgelegd. In de zaak onder nummer 2010/021 is de arts is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. Klager heeft een verweerschrift in beroep ingediend. In de zaak onder nummer 2010/022 is klager van genoemde beslissing in beroep gekomen en heeft de arts een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaken zijn in beroep gevoegd behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 16 september 2010, waar zijn verschenen klager alsmede de arts, bijgestaan door mr. Stollenwerck. Als getuige en deskundige aan de zijde van de arts is gehoord, **E.**, longarts te **C.**. Partijen hebben hun standpunten over en weer toegelicht. De arts heeft een op schrift gesteld slotwoord aan het Centraal Tuchtcollege overgelegd. De getuige/deskundige **E.** heeft een op schrift gestelde verklaring aan het Centraal Tuchtcollege overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

“ 2 De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende.

De broer van klager (de patiënt) wordt op 28 juli 2006 opgenomen in het ziekenhuis op de afdeling interne geneeskunde. Hij verlaat op 1 augustus 2006, nog tij-

dens de behandeling, het ziekenhuis. In de nacht van 11 op 12 augustus 2006 wordt de patiënt wederom opgenomen, dan met een IBS. De patiënt lijdt aan de ziekte van Wegener. Hij had thuis klachten van misselijkheid, overgeven en gewichtverlies, wilde niet eten en niet drinken en was flink afgevallen. Tevens lijdt de patiënt aan Diabetes Mellitus type 2 en is insulineafhankelijk. De longarts acht op 12 augustus een opname en klinische behandeling op de longafdeling noodzakelijk in verband met "een levensbedreigende somatische toestand". De patiënt krijgt bij opname een infuus, maar dat trekt hij er meerdere keren uit. De verpleegkundigen spannen zich in om de patiënt te laten eten en drinken, maar zonder veel succes. Er gaan dagen voorbij dat de patiënt nauwelijks eet en/of drinkt. Hij heeft nog steeds moeite met slikken en last van kokhalzen. Op 30 augustus wordt de patiënt gewogen. Hij weegt dan 70 kg. Op 8 september wordt gestart met een vochtbalans. Op 11 september brengt men een maagsonde in om te starten met sondevoeding. De patiënt haalt de sonde er echter een uur later weer uit. Volgende pogingen om een maagsonde in te brengen mislukken. Op 15 september wordt een gastroscopie gedaan. Dan blijkt dat sprake is van een maag ulcus, een duodenum ulcus en een candida-infectie in de slokdarm. Na de gastroscopie lukt het tenslotte om een nieuwe maagsonde in te brengen.

Op 16 september wordt de patiënt in verband met een septische shock overgebracht naar de intensive care afdeling. Tien dagen later ontwikkelt hij opnieuw een sepsis bij een urineweginfectie. De bloedingen van het tractus digestivus blijven aanhouden. Op

23 oktober blijkt de patiënt een maagperforatie te hebben, waarvoor hij een laparotomie ondergaat. Daarna ontwikkelt zich een sepsis met een peritonitis. De patiënt knapt niet op en men besluit een restrictief beleid te hanteren. De patiënt komt op 4 november 2006 te overlijden.

3 Het standpunt van klager en de klacht

Klager verwijt verweerder als hoofdbehandelaar dat hij zonder adequaat in te grijpen de patiënt zo heeft laten verzwakken, dat deze ten prooi is gevallen aan infecties en dergelijke, die tenslotte tot zijn dood hebben geleid. Verweerder had een "tunnelvisie": hij dacht ten onrechte dat bij het niet eten sprake was van een psychische oorzaak, maar de oorzaak was lichamelijk. De patiënt had overgedragen moeten worden aan een ander ziekenhuis in de regio. Daar is een specialist op het gebied van de ziekte van Wegener en ook een afdeling voor patiënten, die zowel psychisch als lichamelijk iets mankeert. Bovendien had de IBS verlengd moeten worden.

4 Het standpunt van verweerder

De verpleging heeft al het mogelijke in het werk gesteld om de bij opname verzwakte patiënt voldoende voedsel en vocht te laten innemen. Zo staat in het verpleegkundig verslag op 30 augustus 2006 dat de verpleegkundige de patiënt "manipuleerde" om te eten, hetgeen lukte, dat op 2 september de patiënt weer eet en zijn medicatie inneemt en dat er op die dag, evenals op 4 en 12 september sprake is van ontlasting, hetgeen duidt op de inname van voedsel. De patiënt is gewogen in verband met de medicatie, maar dat is niet genoteerd.

Ten tijde van de opname van de patiënt was er geen gecombineerde afdeling, waarop psychiatrisch somatische patiënten kunnen worden behandeld. In een verwijzing naar een ander ziekenhuis werd zowel door de longarts als de psychiater geen toegevoegde waarde gezien. Er is op geen enkele wijze vastgesteld dat de doodsoorzaak in enig causaal verband zou staan met het verzwakken tijdens de

opname. Daarbij heeft te gelden dat de patiënt op 12 augustus 2006 al behoorlijk verzwakt op de longafdeling werd opgenomen. Verweerder was weliswaar de hoofdbehandelaar, maar in het dossier staat slechts twee keer een aantekening van zijn hand. Hij voerde regelmatig overleg met de psychiater en internist.

5 De overwegingen van het college

Verweerder erkent dat hij de hoofdbehandelaar was van de patiënt tijdens diens opname van 11 augustus totdat deze op 16 september werd overgebracht naar de intensieve care afdeling.

Na de opname is geen verbetering opgetreden in de toestand van de patiënt. Dat hij drie keer ontlasting heeft betekent niet dat hij voldoende eet en drinkt. Er gaan dagen voorbij dat de patiënt nauwelijks of niets eet en slechts een slokje drinkt. Hij blijft klachten houden met slikken en moet regelmatig (bijna) overgeven en kokhalzen.

Ondanks al deze signalen wordt het gewicht van de patiënt pas op 30 augustus voor het eerst in de status genoteerd. Hij weegt dan nog maar 70 kg, terwijl dat volgens de familie enkele maanden voor de opname nog zo'n 100 kg was (de huisarts heeft het in zijn brief van

26 juli 2006 over "adipositas").

Vervolgens wordt tot 8 september gewacht met het starten met een vochtbalans en tot 11 september met de toediening van sondevoeding. Verweerder zegt dat hij bijna dagelijks contact had met de psychiater en regelmatig overleg voerde met de internist.

Het medisch dossier vermeldt dit echter niet, evenmin als het eerder dan op 30 augustus wegen van de patiënt. Gelet op het gegeven dat verweerder werkzaam is in een opleidingsziekenhuis constateert het college dat de statusvoering wel erg gering is. Zo ontbreken (differentiaal diagnostische) overwegingen en de formulering van een behandelplan.

De diverse overlegsituaties hebben bij verweerder in ieder geval niet tot de vereiste actie geleid, hetgeen bij deze ernstig verzwakte patiënt wel mocht worden verwacht.

Kennelijk bestond er een meningsverschil tussen verweerder en de psychiater of bij de patiënt sprake was van een psychische of somatische oorzaak. Gezien die twijfel had het op de weg van verweerder als hoofdbehandelaar gelegen om een mogelijke somatische oorzaak aanstonds uit te sluiten en daar niet tot 15 september mee te wachten.

In zoverre is het verwijt van klager dat verweerder leed aan een "tunnelvisie" terecht. Verweerder wist dat de diagnose ziekte van Wegener kon leiden tot ernstig orgaan falen. De toestand van de patiënt werd volgens eigen zeggen ook steeds naar hem teruggekoppeld. Van verweerder mocht derhalve worden verwacht dat hij van meet af aan de vinger aan de pols hield door het gewicht en de inname van vocht en voedsel te controleren. Controle van het gewicht van deze patiënt was overigens reeds aangewezen omdat het gewicht bepalend is voor de voor te schrijven hoeveelheid endoxan die de patiënt in verband met de ziekte van Wegener toegediend kreeg.

De afdeling van verweerder was voldoende toegerust om een patiënt met de ziekte van Wegener adequaat te behandelen. Voor overbrenging naar een niet-somatische afdeling als de PAAZ of naar een ander ziekenhuis bestond geen aanleiding. Ten aanzien van het al dan niet verlengen van de IBS kwam verweerder geen beslissingsbevoegdheid toe en een verlenging zou naar de overtuiging van het college niet tot een andere behandeling hebben geleid.

Wel had het op de weg van verweerder gelegen om een gesprek met de familie te entameren. Volgens verweerder heeft hem nooit een verzoek daartoe bereikt, maar verweerder had zelf het initiatief moeten nemen. Hij was als hoofdbehandelaar immers het centrale aanspreekpunt voor de patiënt en diens familie (CTG 1 april 2008,

2007/037). Het valt verweerder aan te rekenen dat hij gedurende de vijf weken dat de patiënt op zijn afdeling verbleef en diens toestand alleen maar verslechterde geen enkel gesprek met de familie heeft gevoerd, hoewel deze vaak aanwezig was en bij herhaling haar ongerustheid over de patiënt kenbaar heeft gemaakt.

Op grond van hetgeen klager en verweerder naar voren hebben gebracht en het medisch dossier kan niet worden vastgesteld dat er een causaal verband heeft bestaan tussen de behandeling in de periode van 11 augustus tot 16 september en het uiteindelijk overlijden van de patiënt op 4 november 2006.

Samenvattend acht het college de klacht gedeeltelijk gegrond. Verweerder heeft jegens de patiënt en diens familie gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg had behoren te betrachten. De ontwikkelingen bij deze patiënt met diabetes en de ziekte van Wegener, het niet eten en drinken, de slikklachten, het kokhalzen en overgeven en het ernstige gewichtverlies waren signalen, waar verweerder niets mee heeft gedaan. Mogelijk somatische oorzaken van deze symptomen heeft hij niet door onderzoek uitgesloten. Verweerder heeft als hoofdbehandelaar onvoldoende de regie in handen genomen en de statusvoering was onder de maat. Ook heeft verweerder geen gesprekken gevoerd met de familie hoewel de toestand van de patiënt en de ongerustheid en betrokkenheid van de familie daar alle aanleiding toe gaf.

Het college is van oordeel dat verweerder van dit handelen persoonlijk een verwijt valt te maken en acht de oplegging van na te melden maatregel daarvoor passend.”

3. Vaststaande feiten

Bij de beoordeling van de beide beroepen gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hiervoor onder 2. De feiten zijn weergegeven.

4. Procedures in beroep in beide zaken

- 4.1. In eerste aanleg heeft klager de arts verweten dat
- hij tekort is geschoten in de behandeling van klagers broer (verder: de patiënt), hetgeen ten slotte heeft geleid tot de dood van de patiënt,
 - hij de patiënt niet heeft laten overbrengen naar een ander ziekenhuis en
 - dat de IBS niet is verlengd.

4.2. Het Regionaal Tuchtcollege heeft, kort gezegd, het verwijt over de behandeling van de patiënt in die zin gegrond verklaard dat de arts tuchtrechtelijk wordt aangerekend dat hij geen aandacht heeft besteed aan voedsel- en vochtinname en gewicht en onvoldoende de regie heeft gehouden, onvoldoende onderzoek heeft gedaan en onvoldoende acties heeft ondernomen, dat de statusvoering onder de maat was en dat hij geen gesprekken heeft gevoerd met de familie hoewel de toestand van de patiënt en de ongerustheid en betrokkenheid van de familie daar alle aanleiding toe gaven.

Voor het overige is de klacht afgewezen. Volgens het Regionaal Tuchtcollege was de afdeling van de arts voldoende toegerust om deze patiënt te behandelen, kwam de arts ten aanzien van het verlengen van de IBS geen beslissingsbevoegdheid toe en kan niet worden vastgesteld dat er een causaal verband heeft bestaan tussen de behandeling van de patiënt in de periode van 11 augustus tot 16 september 2006 en het uiteindelijk overlijden van de patiënt op 4 november van dat jaar.

4.3. De arts is van de beslissing in hoger beroep gekomen voor zover de klacht gegrond is verklaard en hem de maatregel van berisping is opgelegd. Klager heeft gemotiveerd verweer gevoerd met conclusie het beroep te verwerpen. Klager

is in beroep gekomen voor zover de klacht ongegrond is verklaard. Klager verzoekt de oorspronkelijke klacht alsnog geheel gegrond te verklaren en de opgelegde maatregel aan te passen.

De arts heeft op zijn beurt geconcludeerd tot verwerping van het beroep van klager.

Beoordeling

In het beroep van de arts

4.4. Op grond van de stukken en hetgeen door partijen en de getuige/deskundige aan de zijde van de arts ter terechtzitting nog naar voren is gebracht, overweegt het Centraal Tuchtcollege het volgende.

De arts heeft het Centraal Tuchtcollege er niet van kunnen overtuigen dat hij bij deze ernstig zieke patiënt de noodzakelijke aandacht heeft besteed aan de inname van voedsel en vocht en aan het gewicht van de patiënt als middel om die inname te meten.

Het gewicht van de patiënt wordt op 30 augustus 2006 voor het eerst in de status genoteerd en bedraagt dan 70 kilo. Volgens de arts moet de patiënt ook bij opname op de afdeling, op 28 juli 2006, zijn gewogen omdat aan de hand van het gewicht de dosering van de toe te dienen medicatie wordt bepaald. Dat dat is gebeurd en wat het gewicht bij die gelegenheid was staat echter niet in de status. Evenmin blijkt uit die status of de patiënt gedurende zijn verblijf op de afdeling steeds wekelijks is gewogen, zoals volgens de arts standaard wordt gedaan, en wat het gewicht dan telkens was dan wel of het wegen van de patiënt niet mogelijk was wegens gebrek aan diens medewerking. Door de gebrekkige statusvoering valt daardoor thans niet meer na te gaan of het gewicht van de patiënt in de loop van de opname inderdaad zo is afgenomen, als door klager wordt gesteld.

De status is naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege ook op andere onderdelen lacuneus. De patiënt werd, naar de arts heeft verklaard, vanaf zijn opname op de afdeling behandeld voor de ziekte van Wegener en eventueel ulcuslijden. Zoals ook het Regionaal Tuchtcollege heeft overwogen, ontbreken in het dossier differentiaal diagnostische overwegingen en de formulering van een behandelplan. In dat verband merkt het Centraal Tuchtcollege op dat evenmin uit de status kan worden opgemaakt of de verslechterende situatie van de patiënt aanleiding heeft gegeven het bij opname ingezette behandelbeleid gedurende het verblijf op de afdeling bij te stellen. Een behandelbeleid is een dynamisch proces en het is van belang dit en eventuele aanpassingen in de status vast te leggen. Adequate dossiervoering dient de continuïteit van de zorgverlening, vergemakkelijkt de overdracht aan mede- en opvolgende zorgverleners, strekt in geval van complicaties of incidenten tot facilitering van reconstructie van de toedracht en stelt de arts in staat om - waar nodig - verantwoording af te leggen van het door hem gevoerde beleid. Een en ander geldt temeer bij een, zoals in deze zaak, gecompliceerde patiënt bij wiens behandeling een arts in opleiding en specialisten op ander medisch gebied, onder wie een psychiater, zijn betrokken.

Het door de arts gestelde regelmatig overleg met de behandelend psychiater en de uitkomst daarvan is naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege eveneens onvoldoende in de status genoteerd.

In zijn beroepschrift heeft de arts in reactie op het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat de statusvoering onder de maat is, aangevoerd dat in een opleidingssituatie de primaire verantwoordelijkheid voor de klinische statusvoering ligt bij de arts in opleiding, die als zaalarts fungeert. De arts verliest daarbij echter uit het oog dat hij als hoofdbehandelaar ook voor de statusvoering de uiteindelijke verantwoordelijkheid

draagt. Indien hij, zoals van hem verwacht mocht worden, met enige regelmaat de status had ingezien, had hij kunnen en moeten vaststellen dat deze gebrekkig was en had hij de verantwoordelijke zaalarts(en) daarop moeten wijzen.

In zoverre is de arts tekort geschoten in de zorg die hij de patiënt had moeten bieden en is het eerste onderdeel van de klacht dat ziet op de behandeling van de patiënt gegrond.

4.5. De arts merkt naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege in zijn beroepschrift terecht op dat, indien eerder verdere diagnostiek was verricht, mogelijk complicaties waren opgetreden waardoor de patiënt eerder in de problemen gekomen zou zijn. Anders dan het Regionaal Tuchtcollege heeft geoordeeld hoefde van de arts naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege onder de gegeven omstandigheden bij deze niet coöperatieve patiënt niet verwacht te worden dat hij in een eerder stadium verdergaand onderzoek had gedaan/ laten doen om een somatische oorzaak voor het lijden van de patiënt uit te sluiten. In zoverre slaagt het beroep.

4.6. Dat geldt ook voor het volgende. Tot de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar behoort dat, indien nodig en gewenst, gesprekken worden gevoerd en contact wordt onderhouden met de familie en/of een contactpersoon van een patiënt. Dit betekent echter niet dat de hoofdbehandelaar deze gesprekken (steeds) zelf moet voeren. De arts heeft er terecht op gewezen dat een arts in opleiding tot specialist hier zijn eigen competentie heeft en zelf beoordeelt of de supervisor/hoofdbehandelaar een gesprek moet voeren met de patiënt en/of contactpersoon en/of familie of dat de arts in opleiding dit doet. Het Centraal Tuchtcollege heeft vastgesteld dat er tussen de familie van de patiënt en de behandelend artsen voldoende contacten zijn geweest. Niet is gebleken dat er in het bijzonder is verzocht om contact met de arts en/of dat hij contact of gesprekken heeft afgehouden. Anders dan het Regionaal Tuchtcollege kan de arts ten aanzien van het onderhouden van contacten met de familie van de patiënt dan ook geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt.

In het beroep van klager

4.7. Klager bestrijdt in beroep het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat er geen causaal verband bestaat tussen de behandeling van de patiënt door de arts en diens uiteindelijke overlijden. In dat kader overweegt het Centraal Tuchtcollege het volgende. De tuchtrechter toetst of een hulpverlener, in dit geval de arts, bij het handelen waarover wordt geklaagd 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 uiteindelijk gevolg van het verweten handelen is daarbij niet van belang. Dat betekent dat de vraag of er een causaal verband heeft bestaan tussen het handelen van de arts en het uiteindelijke overlijden van de patiënt onbeantwoord kan blijven.

4.8. Ten aanzien van het verwijt van klager dat de IBS niet is verlengd en dat de patiënt niet is overgeplaatst, onderschrijft het Centraal Tuchtcollege hetgeen het Regionaal Tuchtcollege daarover heeft overwogen en neemt dat hier over.

4.9.

In beide zaken

Al het voorgaande leidt tot de slotsom dat de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege wordt vernietigd voor zover de arts met betrekking tot de behandeling van de patiënt tuchtrechtelijk is aangerekend dat hij niet eerder onderzoek heeft gedaan/acties heeft ondernomen en geen gesprekken met de familie heeft ge-

voerd. Het beroep van de arts wordt voor het overige verworpen en het beroep van klager wordt geheel verworpen.

Nu de arts in beroep ten aanzien van de behandeling van deze niet coöperatieve patiënt een geringer tuchtrechtelijk verwijt wordt gemaakt dan is eerste aanleg is gedaan, past naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege het opleggen van een minder zware maatregel. Het Centraal Tuchtcollege zal de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege daarom ook vernietigen ten aanzien van de opgelegde maatregel van berisping en opnieuw rechtdoende de maatregel van waarschuwing opleggen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

in de zaak 2010/021

voor
derdelen

vernietigt de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege zover de in rechtsoverweging 4.5 en 4.6. genoemde onderdelen van de klacht gegrond zijn verklaard; en opnieuw rechtdoende verklaart die onderdelen van de klacht over de behandeling van de patiënt alsnog

ongegrond;

voorts

vernietigt de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege ten aanzien van de opgelegde maatregel van berisping; en opnieuw rechtdoende legt de arts de maatregel van waarschuwing op;

verwerpt het beroep van de arts voor het overige;

in de zaak 2010/022

verwerpt het beroep van klager.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door: mr. E.J. van Sandick, voorzitter, mr. C.H.M. van Altena en prof.mr. J.K.M. Gevers, leden-juristen en prof.dr. J.B.L. Hoekstra en dr. R. Heijligenberg, leden-beroepsgenoten en mr. C.M.J. Wuisman-Jansen, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 16 november 2010, door mr. A.D.R.M.. Boumans, in tegenwoordigheid van de secretaris. Voorzitter w.g. Secretaris w.g.