

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2010/316

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE AMSTERDAM

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 2 november 2010 binnengekomen klacht van:

A,
en
B,
beide wonende te C
k l a g e r s,
gemachtigde: mr. J. Bouter, advocaat te Amsterdam,

tegen

D,
internist-oncoloog,
wonende te E,
werkzaam te F,
v e r w e e r d e r,
gemachtigde: mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht.

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de brief van mr. Bouter voornoemd, binnengekomen op 15 februari 2011;
- de repliek met de bijlagen;
- de dupliek met de bijlage;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;
- het proces-verbaal van het op 27 oktober 2011 gehouden verhoor in het kader van het vooronderzoek;
- de brief van mr. Bouter voornoemd, binnengekomen op 23 januari 2012;
- de brief met bijlagen van mr. Nunes voornoemd, binnengekomen op 1 februari 2012;
- de brief van G, internist-hematoloog in H te I, binnengekomen per e-mail op 6 februari 2012;
- de brief van mr. Nunes voornoemd, binnengekomen op 7 februari 2012.

De klacht is ter openbare terechtzitting behandeld. Partijen waren aanwezig. Klagers werden bijgestaan door mr. Bouter voornoemd en verweerder werd bijgestaan door mr. Nunes voornoemd. Zowel mr. Bouter als mr. Nunes hebben een toelichting gegeven aan de hand van pleitnota's die aan het college en de wederpartij zijn overgelegd. Voorts werd G voornoemd als deskundige gehoord. Zij was door het college ambtshalve opgeroepen als deskundige. Daarnaast werd J, verpleegkundige, als getuige gehoord.

2. De feiten

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

2.1 Klagers zijn de vader en een zuster van K, geboren op 9 januari 1955 en overleden op 21 mei 2009, verder te noemen: patiënt.

2.2 Verweerder is als internist-oncoloog verbonden aan L te F, verder te noemen: het ziekenhuis.

2.3 Patiënt werd op 1 december 2006 door de huisarts verwezen naar de polikliniek interne geneeskunde van het ziekenhuis op verdenking van een chronische lymfatische leukemie (CLL). Op 11 december 2006 zag verweerder patiënt voor de eerste keer. Er werd aanvullend laboratoriumonderzoek verricht. Op 21 december 2006 werd vervolgens een beenmergpunctie (aspiraats) uitgevoerd, waarvan de conclusie luidde: "beeld passend bij C.L.L.". Bij immunofenotypering van het afgenomen materiaal was de conclusie: B-CLL. Er werd een afwachtend beleid ingesteld.

2.4 In 2007 werd patiënt regelmatig poliklinisch door verweerder gecontroleerd. Eind 2007/ begin januari 2008 werd bij laboratoriumonderzoek een toenemende anaemie, trombopenie en lymfocytose vastgesteld. Op grond daarvan besprak verweerder met patiënt de mogelijkheid te participeren in het HOVON 68 onderzoek. Naar aanleiding daarvan is patiënt op 26 februari 2008 voor een second opinion gezien door M, internist-hematoloog in N te C. M achtte, zoals blijkt uit zijn brief van 26 februari 2008, op dat moment geen indicatie aanwezig om te behandelen. Wel achtte hij patiënt voor de toekomst kandidaat voor participatie in voornoemd onderzoek, verder te noemen: het protocol.

2.5 Op 14 augustus 2008 werd bij laboratoriumonderzoek vastgesteld dat bij patiënt sprake was van progressie van de CLL en dat er een behandelindicatie ontstond. Op voorstel van verweerder en met instemming van patiënt werd vervolgens op 5 september 2008 - na randomisering in de experimentele arm- gestart met behandeling volgens het protocol. Deze eerste kuur bestond uit Cyclofosfamide, Fluradabine en Alemtuzumab. Ter voorkoming van infecties schreef verweerder als ondersteunende medicatie Co-trimoxazol en Valaciclovir voor. Er werd regelmatig laboratoriumonderzoek verricht. Na een aanvankelijke verbetering werd wegens een persisterende leukopenie de zesde en laatste kuur op 22 januari 2009 twee weken uitgesteld. In overleg met patiënt werd vervolgens besloten deze zesde kuur niet meer te geven.

2.6 Na het beëindigen van de behandeling volgens het protocol heeft verweerder op 20 februari 2009 een CT-scan van de hals, thorax en buik laten verrichten. In het radiologieverslag –vergeleken met de op 24 november 2008 gemaakte CT-scan- staat als

conclusie vermeld: "Progressie van de ziekte met toename van de diameters van de mediastinale klieren en halsklieren. De klieren retroperitoneaal, axillair, mesenteriaal en inguinaal zijn in diameter onveranderd". Bij het op 25 februari 2009 verrichte laboratoriumonderzoek was sprake van een Hb van 7.8 mmol/l, leuco's van 2.0 /nL en trombo's van 109 /nL.

2.7 In de periode hierna heeft verweerder patiënt op 26 februari en 31 maart 2009 poliklinisch gecontroleerd. Bij deze laatste controle noteerde verweerder in de decursus: "A/last van handen. Raynaud achtige verschijnselen.(...) C/Blijft pancytopen. B/ BMP plannen.(...)"

2.8 Op 14 april 2009 heeft patiënt wegens een toename van de klachten –volgens klagers klachten van afvallen, koorts, weinig eetlust, nachtzweeten- de oncologisch verpleegkundig consulent gebeld. In overleg met verweerder werd besloten patiënt vervroegd daags daarna te zien.

2.9 Op 15 april 2009 heeft verweerder een beenmergpunctie bij patiënt verricht. Voorafgaande aan dit onderzoek heeft verweerder patiënt lichamelijk onderzocht. Bij laboratoriumonderzoek werd een Hb van 5.6 mmol/l, leuco's van 1.2 /nL, trombo's van 74 /nL, een CRP van 83 mg/l en een LDH van 170 U/l vastgesteld. Verweerder noteerde diezelfde dag in de decursus: "(...)Lab: Toename pancytopenie. Tel. Patient zit nu in C. Zou eigenlijk bij hoge koorts opgenomen moeten worden voor meropenem. B/Gaat tempelijstje bijhouden en belt morgen op".

2.10 Op 16 april 2009 was Hb gehalte gestegen tot 6.0 mmol/l en het aantal leucocyten tot 1.6 /nL. Na dit laboratoriumonderzoek heeft verweerder patiënt gezien op de polikliniek en heeft hij Augmentin 3 dd 625 mg voorgeschreven.

2.11 Op 21 april 2009 staat in het beenmerg rapport over de onder 2.10 genoemde beenmergpunctie onder andere als conclusie vermeld: "Morfologisch complete remissie CLL. Actieve megakaryopoïese" en "Immuunologisch complete remissie van de CLL".

2.12 Bij de poliklinische controle op 22 april 2009 noteerde verweerder in de decursus over de anamnese, het laboratoriumonderzoek, de conclusie en zijn beleid het volgende: " A/Temp.lijstje: geen koorts(...)Lab/CRP zakt(...)C/ 1. CLL, complete remissie 2. Cave infectieus probleem. PCR CMV herhalen. B/Belafsprak 1 wk O. Uitslag CMV-PCR".

2.13 Verweerder is vervolgens van 28 april tot en met 5 mei 2009 wegens vakantie afwezig geweest. Tijdens zijn afwezigheid was collega O als waarnemer de hoofdbehandelaar van patiënt. In deze periode is patiënt op 28 april 2009 –via de afdeling Eerste Hulp- opgenomen op de afdeling oncologie van het ziekenhuis. Over de anamnese noteerde de arts-assistent die dag in de decursus:"(...) Nu sinds 3-4 weken progressieve malaise klachten. Voelt zich erg slap, vermoeid en beroerd. Weinig eetlust, ook wat afgevallen. (...) Geen koorts gehad.(...)" . Na laboratoriumonderzoek en urinekweken werd de voorgeschreven Augmentin vervangen door Meropenem 3 dd 1000mg i.v. De voorgeschreven Co-trimoxazol en Valaciclovir werden gecontinueerd. Op 29 april 2009 staat in de decursus als uitslag vermeld: "CMV-PCR negatief". Wegens anemie werd de patiënt diezelfde dag en op 30 april 2009 getransfundeerd. Op 1 mei 2009 staat in het dossier vermeld:

": P, pt + zus. Kort gesproken . Uitgelegd dat nog "veel" onduidelijk is. Reden hb daling? Focus infectie? Lage intake, (...) B/ PC's, ab, Lab.controlle, infuus. Pt. en zus hebben vragen over ziekte+behandeling+toekomst. Na weekend familiegesprek met O plannen." Op 4 mei 2009 werd wegens persisterende koorts besloten de diagnostiek uit te breiden. Behalve een virusonderzoek en een galactomantest werd voorts een PET/CT-scan aangevraagd. De voorgeschreven Meropenem werd gestaakt. Ook heeft telefonisch overleg met M plaatsgevonden. Voorts werd afgesproken dat op 6 mei 2009 een familiegesprek zou plaatsvinden.

2.14 Op 6 mei 2009 heeft vervolgens een gesprek plaatsgevonden met verweerder en de familie. Daarover heeft de arts-assistent om 17.00 uur in het dossier genoteerd: " pt, broer, zus, echtgenoot, verpl (Q) C, P. Besproken. - infectieusbeeld bij ↓ afweersysteem meest waarschijnlijk viraal nader diagnostiek volgt in bloed/keelkweek PET-CT volgt. – familie ontevreden over communicatie en inlichtingen mbt poliklinische deel pt. ontevreden over opname; er gebeurd te weinig. Besproken dat opname elders/sec.opinion nu onverstandig is. Advies= kweken en PET-CT afwachten en daarna overplaatsing/advies=naar N) ".

2.15 Op 7 mei 2009 noteerde de arts-assistent in het dossier: "Broer belt met enkele vragen; (...) actie mbt ↓intake? Graag 2 sporenbeleid→overplaatsing (N) na uitslag onderzoeken →als uitslagen er zijn: nieuw familiegesprek". Als conclusie en beleid staat genoteerd: " – opnieuw ↓hb / leuco's / trombo's bij langdurige pancytopenie – infectiebeeld, dd viraal – s1ADH,hypo(..)↓ -nierfuncties, wrsl (...) bij matige intake - ↓ gehoor / sufheid / verandering gedrag dd viraal infect cerebrum? sinusitis B/O/C: -3 PC's bestraald - X-thorax; interstitieel longafw? – X sinussen – (...) overleg dietist mbt matige intake en adviezen(...)". De conclusie van de diezelfde dag gemaakte röntgenfoto van de sinussen luidde: "Geen sinusitis".

2.16 Op 8 mei 2009 noteerde de arts-assistent op grond van zijn bevindingen bij lichamelijk onderzoek als conclusie in het dossier: "verdenking lymfeklier onder li kaaklijn (submandibulair) en mogelijk hepatosplenomegalie (pt met milt van 16 cm bekend op CT 20-02-09)". Diezelfde dag heeft de KNO-arts bij patiënt pus uit de sinusholte gedraineerd en een drain geplaatst om de sinusholte te spoelen.

2.17 Op 11 mei 2009 werd een PET-CT scan bij patiënt gemaakt. De door de KNO-arts geplaatste drain werd verwijderd. Bij virusdetectie van het wondvocht door middel van PCR was het para-influenza 3 virus positief. Na de anamnese en het lichamelijk onderzoek van patiënt en bekend worden van het aanvullend onderzoek noteerde de arts-assistent die dag als conclusie in het dossier: "Huidige problemen 1) –infectieus beeld Bron sinusitis. Andere bronnen niet geheel uitgesloten. 2) – cognitief ↓, traagheid, agnostisch? Dd encephalitis(...) 3)- ↓↓ intake".

2.18 Op 12 mei 2009 staat in het verslag respectievelijk de conclusie van de bij patiënt gemaakte MRI-scan van de hersenen onder andere vermeld: "niet typisch beeld van sinusitis" respectievelijk: "geen parenchymateuze metastase(...)" .

2.19 Op 13 mei 2009 heeft verweerder de uitslag van de op 11 mei 2009 verrichte PET-CT scan, waarvan de conclusie luidde: "Beeld sterk verdacht voor progressie van het lymfoom met lokalisaties in hals, thorax, abdomen, alsook orgaan lokalisaties in lever

en skelet", met patiënt, zijn partner en zijn broer besproken. Over dit gesprek noteerde verweerder in het dossier:

"→ Geen aanwijzingen voor infectieus probleem als oorzaak voor de klinische verslechtering en koortsende periode, behoudens parainfluenza 3 virus.

→ Neurologische verslechtering niet te verklaren door afwijkingen op de MRI of biochemische verandering in liquor (Kweek en JC virus staat in)

→ Op PET-CT aanwijzingen voor massale progressie Inn hepatospenomegalie WK/BM-invasie→ toch activiteit van CLL? In BM-onderzoek 1 maand geleden geen aanwijzingen voor CLL.

Voorstel →BM-onderzoek herhalen →LNN extirpatie

→NB –voeding continueren – PM echo-lever tav afw lever(...)en galblaasverdikking – familie beraadt zich tav evt. overplaatsing naar N".

2.20 Op 14 mei 2009 heeft overleg plaatsgevonden tussen verweerder en R, internist-hematoloog in N.

2.21 Op 15 mei 2009 was de conclusie van de patholoog –na macroscopisch onderzoek van het lymfeklier biopt uit de linker hals- dat waarschijnlijk sprake was van een transformatie van de CLL naar een grootcellig Non Hodgkin Lymfoom (NHL). In een familiegesprek heeft verweerder deze diagnose met patiënt en zijn partner besproken. Voorts is besproken dat in afwachting van de definitieve diagnose gestart werd met Dexame-thason voor vier dagen. De dagen daarna had patiënt geen koorts.

2.22 Op 18 mei 2009 werd patiënt plotseling kortademig en benauwd en is de intensivist in consult gevraagd. De patiënt is daarna opgenomen op de afdeling Intensive Care (IC). Diezelfde dag hebben twee gesprekken met de familie plaatsgevonden. Bij een van deze gesprekken is verweerder aanwezig geweest. In de samenvatting van dit familiegesprek staat vermeld: "Patiënt qua ademhaling en circulatie instabiel bij septisch beeld + onderliggend non-hodgkin lymfoom. (...) Pt heeft waarschijnlijk oncologisch een beperkte prognose. Kleine kans om te kunnen overleven. Volgt nu IC behandeling waarbij situatie wel zo ernstig is dat pt binnen 24 uur zou kunnen overlijden en kans dat hij het met IC behandeling niet zal halen groter is dan kans op succes. Familie geeft aan dat pt een langdurige IC-behandeling met minimale kans op resultaat niet zou willen ondergaan. Gaan wel accoord met poging te behandelen mits hiermee terdege rekening wordt gehouden."

2.23 Na een aanvankelijke verbetering is de toestand van patiënt bij opname op de afdeling IC in toenemende mate instabiel geworden. Op 20 mei 2009 heeft nog een gesprek met de familie en de intensivist plaatsgevonden. In dit gesprek, waarvan een verslag bij de stukken is gevoegd, zijn behandelbeperkingen besproken. Diezelfde dag werd bij patiënt –na aanvullend onderzoek- de definitieve diagnose grootcellig anaplastisch T-cel lymfoom (Alk-1 positief)gesteld. Verweerder heeft die dag nader overleg gevoerd over deze diagnose en het ingezette beleid ten aanzien van patiënt met S, internist-hematoloog in N. Ook heeft een e-mailwisseling met M plaatsgevonden. Later op de dag heeft verweerder samen met de intensivist nog een gesprek met de familie gehad. In de decursus staat daarover ondermeer vermeld: "(...) restricties afgesproken tav medisch handelen. Over de behandelbeperkingen heeft de familie nog vragen. Aangeboden om hierover samen met collega T morgen in een nieuw gesprek op terug te komen. Familie accoord (...)" Patiënt is op 21 mei 2009 overleden.

3. De klacht en het standpunt van klagers

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder is tekortgeschoten in de zorg die hij jegens patiënt had behoren te betrachten. Klagers hebben de volgende klacht-onderdelen naar voren gebracht:

1. verweerder heeft de klachten van patiënt, zoals nachtzweeten, hoge koorts, niet kunnen eten, moeizaam praten, bloedarmoede, niet tijdig en niet afdoende onderzocht, zijn toestand onderschat en gebrek getoond aan anticiperend optreden in de behandeling en de verzorging;
2. verweerder heeft het nadrukkelijk verzoek van patiënt om overplaatsing naar N of een ander oncologisch gespecialiseerd ziekenhuis, gedaan op 1 en 5 mei 2009, uitgesteld tot het feitelijk niet meer mogelijk was;
3. verweerder heeft, ondanks de gesprekken die zijn gevoerd, patiënt en zijn familie geen realistische en open voorlichting gegeven over zijn reële levenskansen. Voorts heeft verweerder nagelaten met patiënt te praten over zijn wensen ten aanzien van behandeling en sterven, zoals beademing.

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 Ter zitting hebben klagers verklaard dat de klacht zich in het bijzonder toespitst op de behandeling van patiënt in de periode van 15 april 2009 tot zijn overlijden op 21 mei 2009 en voorts op de beoordeling van de op 20 februari 2009 gemaakte CT-scan. Vast staat dat verweerder als hoofdbehandelaar van patiënt uitsluitend in voornoemde periode tot 28 april 2009 en van 6 tot 18 mei 2009 bij de zorg voor patiënt betrokken is geweest. Bij de beoordeling van de klacht dient het college zich hiertoe te beperken, gelet op het gegeven dat het tuchtrecht uitgaat van persoonlijke verwijtbaarheid.

5.2 Het standpunt van klagers komt erop neer dat verweerder met name in de periode vanaf 15 april 2009 de klachten van patiënt die onder andere wezen op B symptomen (zoals nachtzweeten, hoge koorts, afvallen), de bevindingen bij lichamelijk onderzoek (zoals op 8 mei 2009) en bij de aanvullende onderzoeken (de uitslag van de CT-scan van 20 februari 2009), niet zodanig met elkaar in verband heeft gebracht dat hij heeft onderkend dat bij patiënt mogelijk sprake was van een transformatie van de CLL.

Ter beoordeling staat of aan verweerder kan worden verweten dat hij niet eerder tot voornoemde diagnose had kunnen komen. De deskundige G heeft in haar bij de e-mail van 6 februari 2012 gevoegde brief en ter terechtzitting over het door verweerder ten aanzien van patiënt gevoerde beleid ondermeer het volgende verklaard. Het beeld van de in februari 2009 bij patiënt gemaakte CT-scan toonde een geslonken milt en een klein aantal -enkele millimeters in grootte toegenomen- mediastinale en halsklieren. De deskundige heeft verklaard dat dit beeld past bij een als stabiel beoordeelde ziekte en dat er op dat moment geen noodzaak tot verdere behandeling was. Ook over de periode van 14 tot 28 april 2009 heeft de deskundige verklaard dat er, mede gelet op de uitslagen van het verrichte laboratoriumonderzoek, geen aanleiding was voor ander of extra onderzoek dan verweerder heeft gedaan. Zij heeft in dat verband toegelicht dat na een aanvankelijke verhoging op 15 april 2009 het CRP gehalte op 22 april 2009 weer was gedaald en dat de koorts was verdwenen. Voorts liet de uitslag van het beenmergonderzoek een complete remissie van de CLL zien. De deskundige heeft er

verder op gewezen dat voor het eerst op 8 mei 2009 bij patiënt sprake was van een vergrote milt en een vaste klier in de linker kaaklijn. Zij heeft in dit verband verklaard het verdedigbaar te achten dat verweerder eerst de uitslag van de PET-CT scan heeft willen afwachten alvorens de klier op 14 mei 2009 te laten verwijderen. Zij heeft toegelicht dat deze scan ook in N niet eerder zou zijn gemaakt. Dat verweerder op grond van de onderzoeksbevindingen waarover hij beschikking had de klachten heeft geduid als afkomstig van een infectie en niet als gevolg van een ontarding van de CLL, acht de deskundige eveneens verdedigbaar. Zij heeft erop gewezen dat de bij patiënt vastgestelde B symptomen in dezelfde mate passen bij een infectie en dat er in die zin geen onderscheid is tussen een progressief lymfoom en een infectie. De deskundige heeft verder opgemerkt dat vervolgens –toen op de PET/CT scan verdenking op een progressie van het lymfoom bestond- er adequaat is gehandeld door meteen een klierbiopt en een beenmergpunctie te verrichten. Ook daarna –nadat op 15 mei 2009 de diagnose grootcellig NHL werd gesteld- is meteen gestart met Dexamethason. Toen op 20 mei 2009 bij patiënt sprake bleek te zijn van een grootcellig T-cellymfoom en niet een B-cellymfoom was de toestand van patiënt te slecht voor een aanvullende behandeling met chemotherapie. Ten aanzien van de diagnose T cellymfoom heeft de deskundige opgemerkt dat bij patiënt sprake is geweest van een zeer (zeldzame) agressieve nieuwe maligniteit, gepaard gaande met een snelle celdeling en groei.

5.2 Klagers en verweerder hebben deze overwegingen van G niet bestreden. Het college neemt de overwegingen van G over en maakt die tot de zijne. Uit het vorenstaande vloeit voort dat het college van oordeel is dat er voor verweerder op grond van de hem bekende informatie geen aanleiding bestond zijn weloverwogen gekozen diagnose "infectie" eerder bij te stellen. Anders dan klagers stellen is in het door verweerder ten aanzien van patiënt gevoerde beleid geen sprake van een tunnelvisie en/of te afwachtende houding. Verweerder heeft steeds met open vizier het ziekteverloop van patiënt benaderd. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.3 Met het tweede klachtonderdeel stellen klagers aan de orde dat patiënt en de familie verweerder herhaalde malen (onder andere op 1, 4, 6, 7 en 14 mei) hebben verzocht om overplaatsing naar N of een ander oncologisch gespecialiseerd ziekenhuis voor het maken van een PET-CT scan. Dit omdat de mogelijkheid voor het maken van deze scan in het ziekenhuis beperkt is tot enkele keren per week, patiënt al lange tijd in N bekend was en het met de ingezette diagnostiek niet lukte de bron van de infectie vast te stellen. Klagers stellen verder dat verweerder voorts niet heeft gezegd dat de PET-CT scan eerst op 11 mei 2009 zou worden uitgevoerd. Indien zij dit hadden geweten en dat de verdere onderzoeksresultaten langer op zich zouden laten wachten, dan hadden zij met dit laatste niet ingestemd en (nog) meer aangedrongen op een tijdige overplaatsing. Verweerder heeft een en ander gemotiveerd bestreden en daartoe onder meer verwezen naar de aantekeningen van de (in wisselende samenstelling) familiegesprekken in het dossier op 6, 7 en 13 mei 2009, hiervoor weergegeven onder 2.14, 2.15 en 2.19. Volgens verweerder blijkt uit deze verslaglegging dat met instemming van de familie en patiënt ervoor is gekozen eerst de resultaten van de nadere diagnostiek af te wachten en voorts dat de familie zich op 13 mei nog beraadde over een overplaatsing naar N. Nu de standpunten van partijen hierover verschillen, kan het college niet vaststellen of klagers, zoals zij stellen, nadrukkelijk hebben verzocht om patiënt over te plaatsen naar N en/of dat zij niet accoord waren met verdere behandeling in het ziekenhuis. Wel staat vast dat herhaaldelijk over een wens tot overplaatsing is gesproken. Het college volgt klagers niet in hun standpunt dat een eerdere overplaatsing naar

N had moeten plaatsvinden. Daarbij wijst het college erop dat ook de deskundige heeft toegelicht dat een overplaatsing geen eerdere uitvoering van een PET-CT-scan had opgeleverd. De klacht dat verweerder niet heeft zorg gedragen voor een tijdige overplaatsing van patiënt naar N is ongegrond. Hierbij neemt het college in aanmerking dat vast staat dat herhaaldelijk overleg over patiënt met de onder de vaststaande feiten genoemde artsen uit N heeft plaatsgevonden en dat deze artsen het eens waren met het door verweerder ten aanzien van patiënt ingezette beleid.

5.4 Het derde klachtonderdeel betreft de voorlichting –met name op de afdeling IC- die door verweerder aan klagers is verstrekt over de reële levenskansen van patiënt. Verweerder heeft allereerst aangevoerd dat hij steeds met patiënt een goed en open contact heeft gehad. Hij betwist dat hij aan patiënt en de familie onjuiste of onvolledige informatie over zijn toestand heeft verstrekt. Niet alleen werd gesproken over de sombere prognose maar ook over verdere behandelingsmogelijkheden van het NHL bij een eventuele klinische verbetering van patiënt. Deze lezing van verweerder wordt gesteund door zowel de verslaglegging in het dossier als de door verweerder overgelegde verklaringen van de bij deze gesprekken op de afdeling IC aanwezige intensivisten. Het is spijtig dat klagers kennelijk de indruk hebben gekregen dat verweerder, zoals zij stellen, niet met patiënt, heeft willen praten over zijn laatste wil ten aanzien van behandelen en sterven. Van tuchtrechtelijke verwijtbaarheid op dit punt is echter geen sprake. Aan dit oordeel draagt bij dat –nadat de voorlopige diagnose NHL op 15 mei 2009 bekend was- aanwijzingen voor de plotselinge verslechtering op 18 mei 2009 ontbraken. Te meer ook nu patiënt na toediening van de Dexamethason geen koorts meer had en er nog behandelingsmogelijkheden leken te zijn. Het derde klachtonderdeel is eveneens ongegrond.

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.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege wijst de klacht af.

Aldus gewezen op 14 februari 2012 door:

mr. F.G. Bauduin, voorzitter,

dr.mr. P.H.M.T. Olde Kalter, J. van Asma en dr. J. Bellaar Spruyt, leden-arts,

mr. R.P. Wijne, lid-jurist,

mr. P. Tanja, als secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 10 april 2012 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. F.G. Bauduin, voorzitter

w.g. P. Tanja, secretaris