

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2010-221b

**Datum uitspraak: 13 maart 2012**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

**A**,  
wonende te B,  
klaagster,

tegen:

**C**, internist,  
wonende te D,  
de persoon over wie wordt geklaagd,  
hierna te noemen de arts.

### **1. Het verloop van het geding**

Het klaagschrift is ontvangen op 10 november 2010. Namens de arts heeft mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht, een verweerschrift ingediend, waarna repliek en dupliek hebben plaatsgevonden. De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare zitting van 17 januari 2012. Partijen zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Klaagster werd vergezeld door haar zoon E. De arts werd bijgestaan door mr. Nunes voornoemd, die pleitaantekeningen heeft overgelegd.

### **2. De feiten**

De echtgenoot van klaagster (hierna: patiënt), werd op zaterdag 12 oktober 2007 vanwege rectaal bloedverlies met een ambulance naar de Spoedeisende Hulp (SEH) van het F Ziekenhuis te D gebracht. Na opname en onderzoek werd de diagnose diverticulose en divertikelbloeding onder antistolling gesteld. Op 16 oktober 2007 werd patiënt uit het ziekenhuis ontslagen.

Op 27 oktober 2007 werd patiënt met een recidief darmbloeding opnieuw op de SEH gezien. De internist concludeerde na onderzoek in verband met klachten van doofheid van de linkervoet dat er geen sprake was een arteriële afsluiting of een CVA en dat sprake leek te zijn van een perifere zenuwprobleem. De differentiaal diagnose luidde dat de klachten werden veroorzaakt door hyperventilatie. Op 31 oktober 2007 werd patiënt ontslagen.

Vervolgens kwam patiënt op 10 november 2007 op de SEH met veel pijnklachten in de rechteronderbuik en in het linkerbeen en een rode warme plek op de linkervoet. De arts stuurde patiënt na beoordeling naar huis.

Patiënt werd op 12 november 2007 weer op de SEH gezien vanwege rectaal bloedverlies en daarnaast pijnklachten en geen gevoel in zijn benen. Nadat een vaatchirurg in consult kwam werd een spoedoperatie uitgevoerd vanwege de vrijwel afwezige doorbloeding van de beenvaten. Hierbij ontstond een fulminante darmbloeding en werd de diagnose aorta sigmoïdale fistel gesteld. De bevindingen bevestigden het vermoeden van een lekkage vanuit de vaatprothese. Na verdenking op een compartimentsyndroom werd patiënt op 13 november opnieuw geopereerd.

Na enige stabilisatie van de toestand van patiënt op 15 november 2007 werd overplaatsing naar het G Ziekenhuis te H voorgesteld, hetgeen de familie weigerde. De volgende dag werd het vermoeden van een infectie van de vaatprothese bevestigd waarbij de prothese geïnfecteerd bleek met een E.coli-bacterie en vond detubatie plaats. Na ontwikkeling van een sepsis op 17 november 2007 bleek intubatie weer noodzakelijk. Tijdens de daaropvolgende operatie bleek een gegeneraliseerde peritonitis, waarna een Hartmann-procedure werd uitgevoerd en de cardioloog in consult werd gevraagd.

Op 18 november 2007 besloten de dienstdoende chirurg en internist de volgende dag verder overleg te plegen over het beleid en de optie voor een abstinierend beleid. Op 19 november 2007 nam de arts waar voor een collega en was zij betrokken bij de weekendoverdracht.

In de ochtend werd na onderzoek door de chirurg geconstateerd dat vervanging van het stoma en amputatie van het rechterbeen noodzakelijk waren danwel een abstinierend beleid gevolgd diende te worden.

De bij de behandeling betrokken artsen besloten in overleg dat verdere medische behandeling niet zou kunnen leiden tot verbetering of dezelfde medische toestand. Volgens de artsen was de prognose somber en maakten de medische omstandigheden de kans groot dat patiënt op ieder moment danwel bij een volgende operatie zou komen te overlijden. De anesthesist gaf aan om die reden ook geen narcose te willen geven.

De arts heeft op 19 november 2007 in diverse gesprekken uitleg gegeven aan de familie en het advies tot een abstinierend beleid toegelicht. De volgende nacht stabiliseerde de toestand van patiënt en op 20 november 2007 leek sprake van enige verbetering. Patiënt is toen in overleg met de familie overgeplaatst naar het G, waar het rechteronderbeen werd geamputeerd, een revisie van het stoma plaatsvond en de geïnfecteerde prothese in situ bleef.

Na behandeling heeft patiënt het G uiteindelijk verlaten. Patiënt is in oktober 2008 aan een hartinfarct overleden.

### **3. De klacht**

De arts heeft op 19 november 2007 ten onrechte een beleid tot abstineren gevoerd. Hiermee heeft de arts een onjuiste diagnose gesteld. Zonder interventie van de familie zou patiënt zijn overleden, terwijl hij na overdracht naar het G nog een jaar heeft geleefd. Dit vooruitzicht werd door de arts voor onmogelijk gehouden. De arts stond niet open voor een second opinion in een ander ziekenhuis en stelde zich onvoldoende empathisch en intimiderend op ten opzichte van de familie.

#### **4. Het standpunt van de arts**

De arts was op 19 november 2007 betrokken bij de behandeling van patiënt en de besluitvorming en uitleg over het beleid. Deze betrokkenheid heeft de arts uitvoerig toegelicht.

De afwegingen voor het beleid zijn zorgvuldig en weloverwogen gemaakt. De constatering dat verder medisch handelen zinloos was, was een medisch oordeel gebaseerd op de professionele standaard. Verder behandelen zou naar de mening van de betrokken artsen geen effect hebben gesorteerd, geen redelijk doel hebben gediend en evenmin hebben geleid tot instandhouding en/of verbetering van de medische toestand van patiënt. Ook naar de mening van de arts zou doorgaan met medisch handelen niet in overeenstemming zijn met de regelen der kunst. Daarnaast werd echter ook zorgvuldig geluisterd naar de familie. Na de nacht van 19 op 20 november 2007 was een nieuwe situatie ontstaan en kon conform de wens van de familie voor overplaatsing naar het G worden zorg gedragen. Dat patiënt na een ingrijpende en intensieve behandeling in het G nog vele maanden heeft geleefd is een unieke situatie die voor de patiënt en zijn familie verheugend is. Dit betekent nog niet dat de arts een foute diagnose heeft gesteld.

Het verwijt dat de arts niet zou hebben opengestaan voor een second opinion moet beoordeeld worden in het licht van de omstandigheden en is niet gegrond. Klaagster vroeg de arts haar te vertellen welke arts had besloten om patiënt niet te opereren, zodat zij de andere chirurgen in het ziekenhuis of in andere ziekenhuizen kon vragen om dit te doen. De arts heeft uitgelegd dat het niet om de aard van de ingreep ging, maar om de uitzichtloze situatie van patiënt en dat het advies om te abstineren goed was onderbouwd en een goed afgewogen beslissing vormde die door alle artsen unaniem werd gedragen. Hierbij heeft de arts verteld dat deze inschatting ook door andere artsen zou worden gedeeld. Ook in het G werden de kansen van patiënt gering ingeschat, maar gezien de patstelling waarin de behandelaars zich op 20 november 2007 bevonden en gelet op de nieuwe situatie van patiënt was het G bereid om patiënt over te nemen.

De arts herkent zich niet in het verwijt over haar opstelling jegens de familie. De arts heeft in de emotionele en spanningsvolle gesprekken met de familie getracht de vragen zo goed mogelijk te beantwoorden. Indien de arts zich daarbij een enkele keer minder diplomatiek heeft uitgelaten is dit, mede in het licht van al haar inspanningen en de inhoud van de emotionele gesprekken voor patiënt en de familie, niet tuchtrechtelijk verwijtbaar.

#### **5. De beoordeling**

5.1. Het College is van oordeel dat gezien de medische voorgeschiedenis en de situatie op 19 november 2007 in redelijkheid tot het beleid tot abstineren kon worden besloten. De bij patiënt aanwezige peritoneale sepsis, de onvoldoende doorbloeding en de bevindingen bij de tot dat moment uitgevoerde hersteloperaties die nog niet met voldoende zekerheid tot positief effect zouden leiden maakten de prognose op dat moment zeer somber. Het College kan zich voorstellen dat dit ertoe heeft geleid dat de arts in overleg met haar collega's tot het abstinierend beleid heeft besloten. Het College heeft geen aanwijzingen dat deze beslissing destijds niet zorgvuldig tot stand is gekomen. Dat de arts op dat moment geen aanleiding heeft gezien om af te wijken van de unanieme bevindingen van de andere betrokken artsen, was derhalve niet onjuist.

5.2. Het staat vast dat de arts in diverse gesprekken aan de familie heeft toegelicht waarop de beslissing tot abstineren was gebaseerd en hoe dit tot stand was gekomen. Het is het College niet gebleken dat de arts een second opinion heeft geweigerd, zoals klaagster stelt. De arts heeft verteld dat de beslissing tot abstineren binnen het team unaniem was genomen en dat er daarom in het ziekenhuis en naar verwachting ook daarbuiten geen andere arts was die tot een ander beleid zou komen. De volgende dag werd na instemming van de familie alsnog tot overplaatsing naar het G besloten. De situatie van patiënt had zich toen enigszins verbeterd. Dat de medische situatie van patiënt zich na de aanvankelijke slechte prognose na een zware behandeling in het G alsnog verbeterde was op 19 november 2007 niet door de arts te voorzien. Hieruit volgt ook niet dat, achteraf bezien, het besluit tot abstineren als onjuist of onzorgvuldig moet worden beschouwd.

5.3. Ter zitting heeft de arts verteld dat zij de indruk had dat zij ondanks meerdere pogingen in de gesprekken onvoldoende aan de familie duidelijk kon maken dat andere artsen in het ziekenhuis om dezelfde redenen niet tot operatie zouden besluiten omdat de beslissing in overleg en unaniem was genomen op basis van de medische situatie waarin patiënt verkeerde. De arts heeft ter zitting toegelicht dat zij zich op enig moment geleid door enige frustratie heeft laten ontvallen dat voor een operatie 'altijd wel een gek te vinden is'. Zoals de arts ook heeft toegegeven was deze opmerking niet gepast. Dit geeft het College echter geen reden om een tuchtrechtelijke maatregel te rechtvaardigen.

5.4. Uit het vorenstaande volgt dat de klacht van klaagster in alle onderdelen ongegrond is.

## **6. De beslissing**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage:

wijst de klacht af.

Deze beslissing is gegeven door: mr. P.A. Offers, voorzitter, mr. H. Uhlenbroek, lid-jurist, Prof. dr. J.H. van Bockel, dr. J.W. van 't Wout en P.R.H. Vermeulen, bijgestaan door mr. C.G. Versteeg, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 13 maart 2012.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voorzover de klacht is afgewezen, of voorzover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.