

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2015.315

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2015.315 van:

A. en B., beiden wonende te C., appellanten, klagers in eerste aanleg, gemachtigde:
mr. S. Springer, advocaat te Amstelveen,
tegen

D., cardio-thoracaal chirurg, werkzaam te E., verweerder in beide instanties, gemachtigde: mr. W.R. Kastelein, advocaat te Zwolle.

1. Verloop van de procedure

A. en B. - hierna klagers - hebben op 11 september 2013 bij het Regionaal Tuchtcollege te Den Haag tegen D. - hierna de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 14 juli 2015, onder nummer 2013-210a, heeft dat College de klacht afgewezen. Klagers zijn van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift in beroep ingediend. Het Centraal Tuchtcollege heeft van beide partijen nog nadere correspondentie ontvangen. De door het Centraal Tuchtcollege uitgenodigde deskundige mevrouw F., Consultant Cardiothoracic Surgeon te G., H., heeft naar aanleiding van de aan haar door het College en door partijen voorgelegde vragen schriftelijk rapport uitgebracht. Partijen hebben vervolgens gebruik gemaakt van de aan hen geboden gelegenheid aanvullende vragen aan de deskundige voor te leggen. De deskundige heeft naar aanleiding van die vragen een aanvullend rapport uitgebracht.

De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaak C2015.316 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 26 september 2017, waar zijn verschenen klagers, bijgestaan door mr. Springer voornoemd, en de arts, bijgestaan door mr. Kastelein voornoemd.

Als deskundige aan de zijde van de arts is ter terechtzitting gehoord I., cardio-thoracaal chirurg in het J., die in handen van de voorzitter de belofte heeft afgelegd.

Partijen hebben hun standpunten ter terechtzitting nader toegelicht, mr. Kastelein mede aan de hand van door haar overgelegde pleitnotities.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

“2. De feiten

K. is op 15 juli 2011 geboren in het L. te M. bij een zwangerschapsduur van 30+4 weken.

2.2 Op 21 juli 2011 is K. overgeplaatst naar het N. te E. (hierna:N.) in verband met een ernstige dysplastische en hypoplastische aortaklep met stenose, een onderontwikkelde aorta ascendens en aortaboog, een musculcus ventrikelseptumdefect, een open ductus met retrogade vulling van de halsvaten en boog en een pulmonale hypertensie.

2.3 Op 26 juli 2011 is een bilaterale banding van de beide longslagaders aangelegd en is de ductus opengehouden met Prostin.

2.4 Op 1 en 7 september 2011 is een Rashkind-procedure (openen van het atriumseptum) uitgevoerd, waarbij op 7 september 2011 ook een ballondilatatie van de aortaklep is verricht om het ventrikel te ontlasten (met gering effect).

2.5 Op 23 en 26 september 2011 hebben gesprekken plaatsgehad met klagers.

Over het gesprek op 23 september 2011 is in het verpleegkundig dossier vermeld:

“Gesprek met ouders van K./dr. O./dr. P.:

De afgelopen weken hebben de cardiologen veel zorgen gehad om de functie van de linker ventrikel. K. heeft tweemaal een Rashkindprocedure ondergaan en eenmaal is geprobeerd om de aortastenose wat wijder te maken (ten faveure van de linker ventrikel). Helaas is dit niet gelukt. Ook de laatste ingreep heeft niet geleid tot het beoogde resultaat.

De laatste dagen is er uitgebreid overleg geweest tussen de cardiologen en thoraxchirurgen (zonder medeweten van de neonatologie-afdeling). Uit dit overleg is naar voren gekomen dat de hartafwijking van K. niet operabel is.

Dit alles kwam nogal onverwachts voor ouders en voor ondergetekende. Dat er overleg had plaatsgevonden was duidelijk, maar dat dit de uitkomst hiervan was....

Hoe nu verder is natuurlijk de volgende vraag. Tijdens dit gesprek heb ik aangegeven dat we de IC behandeling voorlopig handhaven. We gaan door met afbouwen van de beademing/sedatie en streven naar ectubatie. Hierna moet er een MDO plaatsvinden waarin we de volgende stappen moeten bespreken (code beperking/prostin stoppen etc etc).

Morgen 24/9 vervolg gesprek met dr O./dr P.”

Over het gesprek op 26 september 2011 is in het dossier vermeld:

“Type contact/bespreking Kliniek: vervolgconsult

Anamnese Gesprek met ouders (P, Q., R., O., verpleegkundige):

Ouders eerst zich laten uiten. Boosheid over communicatie tussen artsen en ouders, boosheid over plotse mededeling van besluit. Frustratie over beloop. Veel verdriet het dreigend verlies van K..

Uitkomsten van multidisciplinair overleg met ouders besproken, geen chirurgische opties, nieuwe ballondilatatie ook geen reële optie. Gezamenlijk mening van behandelteam is om behandeling te stoppen.

Ouders vragen nog naar mogelijkheid van second opinion, uitgelegd dat dit altijd een mogelijkheid is. Maar dat naar onze mening een interventie of operatie in een ander centrum een even hoog risico heeft.

Ouders geven vervolgens aan dat ze K. niet onnodig willen laten lijden, kunnen het moeilijk accepteren, maar zien in dat er geen andere mogelijkheden zijn. Ouders schommelen erg in emotie tussen boosheid/verdriet en blijdschap dat ze K. hebben gekend.

Beleid Ouders willen nog de tijd hebben om alles te laten inwerken, mensen te laten langskomen alvorens de behandeling wordt gestopt. Uitgelegd dat het niet zeker is dat K. snel komt te overlijden na stoppen behandeling, mogelijk leeft hij nog dagen tot weken.

Uitgesproken dat we K. niet zullen laten lijden na het stoppen van de behandeling.”

2.6 Op 27 september 2011 hebben klagers te kennen gegeven een second opinion te willen. De second opinion heeft plaatsgevonden in het S. te T. (hierna: S.).

2.7 Op vrijdag 30 september 2011 is K. overgeplaatst naar het S., alwaar werd geconstateerd dat K. 2 medicamenten (Dobutamine en Prostin) over één infuuslijn kreeg toegediend. Die toediening is direct gescheiden en vervolgens door middel van twee infuuslijnen toegediend.

2.8 Op donderdag 6 oktober 2011 is K. geopereerd in het S.. Een maand later is K. naar huis ontslagen.

2.9 Op 23 november 2011 zijn in beide pulmonaaltakken stents geplaatst vanwege littekenweefsel ontstaan na de bilaterale banding. Ook hiervan is K. goed hersteld.

3. De klacht

In de repliek (bladzijde 4, voorlaatste alinea) hebben klagers aangegeven dat zij geen bredere uitleg wensen te zien van hun oorspronkelijke klacht en hebben hun klacht ten opzichte van verweerder als volgt geformuleerd: Klagers verwijten verweerder zakelijk weergegeven de manier waarop verweerder heeft willen beslissen over het leven van K. door K. ten onrechte niet door te verwijzen naar een andere beroepsbeoefenaar voor een second opinion en klagers geen second opinion aan te bieden.

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 beoordeling

5.1 Het College kan goed begrijpen dat de periode vanaf de ontdekking op 20 juli 2011 van de ernstig aangeboren hartafwijkingen bij K. zeer aangrijpend is geweest. Toch zal ook in dit geval, waar het gaat om de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen, op zakelijke wijze moeten worden beoordeeld of verweerder bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Daarbij wordt rekening gehouden met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klager klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen in de beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard

5.2 Klagers verwijten verweerder: dat hij heeft willen beslissen over het leven van K. door K. ten onrechte niet door te verwijzen naar een andere beroepsbeoefenaar voor een second opinion en ook dat hij klagers geen second opinion heeft aangeboden. Uit de stukken en uit hetgeen ter zitting naar voren is gekomen is het College duidelijk geworden dat belangrijke beslissingen die zijn genomen tijdens de opname van K. in het N., geen beslissingen zijn geweest van verweerder alleen, maar dat deze beslissingen zijn genomen door het behandelend (cardio)team van K., bestaande uit: kinderartsen/cardiologen en verweerder (cardiothoracaal chirurg/kinderhartchirurg).

5.3 Op 23 september 2011 heeft een gesprek plaatsgevonden naar aanleiding van het feit dat K. niet operabel zou zijn. Daarover schrijven klagers in het klaagschrift:

“We hebben tijdens het gesprek direct om een second opinion gevraagd.

Maar hier was de cardioloog heel duidelijk in: dit was niet aan de orde. Er was volgens de thoraxchirurg, D. (niet aanwezig), geen mogelijkheid voor een second opinion, want, werd letterlijk gezegd, “wat wij niet kunnen, kan niemand”.

en

“Op maandag 26 september 2011 hebben wij een tweede gesprek met de cardioloog aangevraagd.

Maandags voerden we het gesprek met de cardioloog ..., Kinderarts....., Dokter..., maatschappelijk werkster en verpleegkundige Neonatologie

In dit gesprek kregen we weer hetzelfde te horen als vrijdag 23 september 2011:

K. was inoperabel, er waren geen opties. Er werd absoluut geen second opinion aangeboden want “wat wij niet kunnen, kan niemand” werd er weer gezegd. Dit laatste kwam ons inmiddels ook vreemd over; voor ons gevoel een vreemde houding (oncollegiaal) en niet gepast in zo een gesprek.”

Op 27 september 2011 hebben klagers nadrukkelijk om een second opinion gevraagd. Dit is gehonoreerd, waarop het medisch dossier van K. direct op 27 september 2011 naar het S. is gestuurd ter beoordeling.

5.4 *Uit het voorgaande blijkt, hetgeen ook ter zitting is bevestigd, dat verweerder niet aanwezig is geweest bij de gesprekken op 23 en 26 september 2011. Uit de stukken blijkt ook niet dat er in die periode nog contact is geweest tussen klagers en verweerder.*

Ter zitting is vastgesteld dat er tussen klagers en verweerder slechts één contact heeft plaatsgehad en wel op 25 juli 2011, daags vóór de operatie van K. op 26 juli 2011 (bilaterale banding van de beide longslagaders).

Het enkele feit, dat in het gesprek op 23 september 2011 door anderen (collegae) is gezegd, dat er “volgens de thoraxchirurg, D. (niet aanwezig) , geen mogelijkheid was voor een second opinion”, kan verweerder niet worden aangerekend. Hij was niet aanwezig bij dit gesprek en heeft over het beweerdelijk gedaan en afgewezen eerdere verzoek van klagers om een second opinion dan ook geen beslissing kunnen nemen. Het verwijt, dat verweerder K. ‘niet heeft willen doorverwijzen naar een andere beroepsbeoefenaar voor second opinion’ kan dan ook niet worden aanvaard.

5.5 *Het verwijt dat verweerder klagers niet spontaan een second opinion heeft aangeboden kan evenmin worden aanvaard. De beslissing om K. niet te opereren was niet slechts gebaseerd op het oordeel van verweerder, maar op het oordeel van het gehele behandelteam. Het behandelteam was in de dagen vóór 23 september 2011, op basis van het feit dat de linker hartkamer van K. zeer slecht functioneerde, tot de conclusie gekomen dat er geen behandelopties waren voor K..*

Het (spontaan) aanbieden van een second opinion wekt verwachtingen en wordt alleen gedaan als de verwachting bestaat dat mogelijk elders wel behandelopties zijn. In het algemeen bestaat daartoe geen verplichting.

Nu het behandelteam van K. ervan overtuigd was dat er geen behandelopties waren, lag het niet voor de hand dat ongevraagd een second opinion zou worden aangeboden. Het College neemt bij de beoordeling van dit klachtonderdeel ook het oordeel van de deskundige, I., in aanmerking. I. heeft ter zitting verklaard dat hij onder andere kennis had genomen van de laatste in het N. gemaakte echo's van de linkerhartkamer van K. en beoordeelde op basis van die echo's de linkerhartkamer als zeer slecht: “het kon niet slechter” gaf hij ter zitting aan. I. gaf als zijn visie te kennen dat, ook met het oog op de kwaliteit van leven van K. na een eventuele operatie, het besluit van het behandelteam om af te zien van operatie goed verdedigbaar was.

Het College neemt deze visie over en maakt die tot de zijne. Dat de sombere verwachtingen uiteindelijk niet zijn uitgekomen is een groot geluk en niet meer en niet minder dan een wonder te noemen. Daarmee kon op basis van de toen voorliggende gegevens geen rekening worden gehouden. Het College komt dan ook, mede op basis van het oordeel van de deskundige tot het oordeel dat het behandelteam, waarvan verweerder deel uitmaakte, op goede gronden heeft afgezien van het (spontaan) aanbieden van een second opinion. Dit klachtonderdeel dient dan ook eveneens te worden afgewezen.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 Klagers zijn onder aanvoering van drie beroepsgronden van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege in beroep gekomen. De gezamenlijke gronden bestrijden de beslissing in eerste aanleg in volle omvang. Klagers concluderen tot vernietiging van deze beslissing en het alsnog gegrond verklaren van de klacht.

4.2 De arts voert hier tegen verweer en concludeert tot verwerping van het beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege stelt het volgende voorop. In de onderhavige zaak zijn de beide behandelteams, die van het N. en die van het J., vrij kort na elkaar tot een andere beslissing gekomen met betrekking tot de operabiliteit van K.. Het Centraal Tuchtcollege volgt weliswaar het oordeel van zowel de door het college ingeschakelde deskundige F. als de deskundige aan de zijde van de arts I. dat de beslissingen van de beide teams gezien de omstandigheden zoals deze in overweging zijn genomen op verschillende momenten redelijk zijn, maar merkt met betrekking tot de gang van zaken in het N. nog het volgende op.

4.4 In het algemeen is het zaak dat alle deelnemers aan een multidisciplinair overleg (hierna: mdo) over een patiënt zijn ingelicht naar de meest recente stand van zaken met betrekking tot de toestand van die patiënt. In het onderhavige geval is niet vast te stellen of de arts tijdens het mdo van 26 september 2011 voldoende op de hoogte was van het, licht verbeterde, klinisch beeld van K., waardoor handhaving van het besluit om niet te opereren mogelijk niet op basis van de volledige informatie is geschied. Daarbij is onder meer van belang dat K. herstellende was van een sepsis met beademingsbehoefte en inmiddels was gedetubeerd. Bovendien was er sprake van een diepe veneuze trombose als complicatie van een veneuze lijn, waardoor de ondersteunende medicatie mogelijk onvoldoende effect had. Deze gegevens zijn niet genoteerd in het verslag van het mdo. Nu de arts voor het verkrijgen van informatie over de te bespreken patiënt afhankelijk is van hetgeen op dit punt door de overige deelnemers aan het mdo wordt ingebracht kan hem persoonlijk geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt van het eventueel ontbreken van mogelijk relevante informatie. Ter terechtzitting heeft de arts overigens verklaard dat de linkerventrikelfunctie zoals die uit de echo van 26 september 2011 naar voren kwam nog altijd dermate slecht was dat op basis daarvan een operatie door hem nog steeds als te risicovol werd ingeschat.

4.5 In beroep ligt voorts opnieuw de vraag voor of de arts verwijtbaar heeft gehandeld door na te laten aan klagers een second opinion aan te bieden. Het Centraal Tuchtcollege beantwoordt deze vraag ontkennend en overweegt daaromtrent als volgt.

4.6 Het aanvragen van een second opinion door een behandelteam wordt alleen gedaan als dat team de verwachting heeft dat er voor de desbetreffende patiënt mogelijk elders behandelopties zijn die het behandelteam zelf niet in huis heeft. Daarvan was in het onderhavige geval volgens de arts geen sprake. De functie van de linkerkamer was naar het oordeel van de arts dermate slecht dat een operatie door de arts als te risicovol werd beschouwd. Naar de mening van de beide deskundigen is dit oordeel van de arts aanvaardbaar.

4.7 Een second opinion kan ook worden gevraagd door de (in dit geval ouders van een) patiënt zelf. In het algemeen geldt dat een behandelaar, als hij zelf geen aanleiding ziet een patiënt voor een second opinion te verwijzen, niet gehouden is de (ouders van een) patiënt op de mogelijkheid van het vragen van een second opinion te wijzen. In het onderhavige geval blijkt uit hetgeen hierover in het dossier is genoteerd en door partijen ter terechtzitting in beroep is verklaard dat de mededeling dat de hartafwijking

van K. niet operabel werd geacht voor klagers onverwacht kwam. Klagers waren boos en gefrustreerd en konden zich moeilijk neerleggen bij de beslissing van het behandelteam. Gelet hierop was het naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege in het onderhavige geval beter geweest, om naar aanleiding van de reactie van klagers hen te wijzen op de mogelijkheid van het vragen van een second opinion. De onvrede die bij klagers bestaat over het feit dat dit niet is gebeurd is invoelbaar, maar dit leidt niet tot tuchtrechtelijke verwijtbaarheid. Daarbij komt dat de arts noch bij het gesprek op 23 september 2011 noch op 26 september 2011 aanwezig was zodat hem geen verwijt treft van het verloop van die beide gesprekken.

4.8 Al het voorgaande leidt tot het oordeel dat het Regionaal Tuchtcollege de klacht terecht heeft afgewezen. Het beroep van klagers moet daarom worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. T.L. de Vries, voorzitter, mr. drs. R. Prakke-Nieuwenhuizen en mr. A. Smeeïng-van Hees, leden-juristen en dr. G. Derksen-Lubsen en dr. A.A. de Rotte, leden-beroepsgenoten en mr. M.D. Barendrecht-Deelen, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 21 november 2017.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.