

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 16245

Uitspraak: 16 oktober 2017

HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS- ZORG

TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 28 december 2017 binnengekomen klacht van:

[A]
wonende te [B]
klaagster
gemachtigde [C]

tegen:

[D]
anesthesioloog
werkzaam te [E]
verweerder
gemachtigde mr. M.J. Bos te Amsterdam

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift en een machtiging van klaagster;
- het verweerschrift en de aanvulling daarop;
- het proces-verbaal van het mondelinge vooronderzoek d.d. 15 mei 2017;
- de brief van de gemachtigde van verweerder met bijlagen d.d. 7 augustus 2017;
- de brief van de gemachtigde van klaagster met bijlagen, ontvangen op 22 augustus 2017.

De zaak is vervolgens ter openbare zitting van 4 september 2017 behandeld. Klaagster is niet in persoon verschenen. Haar zoon is als haar gemachtigde ter zitting verschenen.

Verweerder, bijgestaan door diens gemachtigde, is ter zitting verschenen.
Ter zitting is mevrouw [F] als getuige gehoord.

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende.

In de avond van 16 oktober 2016 kwam de echtgenoot van klaagster (hierna: patiënt) op de Spoed Eisende Hulp van het ziekenhuis binnen in verband met ademhalingsproblemen. Patiënt was reeds drie-en-een-half jaar nierpatiënt, maar kwam uiteindelijk niet in aanmerking voor een niertransplantatie in verband met een bij hem vastgesteld Myelodysplastisch Syndroom.

Patiënt is in de nacht van 16 op 17 oktober 2016 opgenomen op de Intensive Care.

In de Decursus Intensivisten is als opname indicatie vermeld:

“Dreigende respiratoire insufficiëntie bij man met chronisch nierfalen en een grote hoeveelheid pleuravocht (empyeem?), tevens hyperglycemie”.

In verband met het oplopen van het CO₂ gehalte kreeg patiënt ondersteuning van - aanvankelijk - NIV-beademing. Hij werd vervolgens invasief beademd (geïntubeerd). Patiënt kreeg een pleuradrain voor zijn linker long en vervolgens ook voor zijn rechter long. Er werd op 17 oktober 2016 een echo van het hart gemaakt. Patiënt had een ernstig verkalkte aortaklep en de mitralisklep lekte. Er was een duidelijke verslechtering ten opzichte van eerdere onderzoeken te zien. Gezien de co-morbiditeit van patiënt werd een openhartoperatie als te risicovol gezien, maar overwogen werd een Transcatheter Aortaklep Implantatie (TAVI). Patiënt zou starten met de nierdialyse om zoveel mogelijk vocht te onttrekken. Op 18 oktober kreeg patiënt een pneumothorax (klaplong). In de loop van de dag heeft patiënt zichzelf gedetubeerd.

Dezelfde dag heeft verweerder aan het bed met patiënt (die de Nederlandse taal niet machtig is), diens dochter en zoon (die de Nederlandse taal beheersen) gesproken. Verweerder heeft laten weten dat er overleg was met de cardioloog over de vraag of een cardiale ingreep zinvol zou zijn omdat de echo aanwijzingen gaf dat de ernst van de aortastenose was toegenomen. Patiënt zou worden besproken in het grote team. In de middag heeft verweerder aan het bed met patiënt en de familie de gemaakte echo van het hart besproken en toegelicht dat nu het plan was om op donderdag 20 oktober 2016 een hartcatheterisatie (CAG) uit te voeren en tijdens deze procedure indien noodzakelijk een ballondilatatie van de aortaklep te doen, een behandeling zonder narcose en daarom minder belastend voor patiënt.

Op 19 oktober 2016 is patiënt weer gedialyseerd. Patiënt ging steeds verder achteruit. In de nacht van 19 op 20 oktober 2016 is patiënt weer geïntubeerd.

Op donderdag 20 oktober 2016 is een echo via de slokdarm gemaakt. Hierbij werden geen afwijkingen aan de hartkleppen gezien die dusdanig ernstig waren dat zij verholpen moesten worden. Aansluitend vond een hartcatheterisatie plaats, waarbij er noch nieuwe, noch significante afwijkingen in grafts en coronairen werden gevonden. De bloedig gemeten gradiënt over de aortaklep was dusdanig laag dat geen ingrijpen volgde.

Op 21 oktober 2016 heeft een collega-arts van verweerder, nefroloog, met de broer en de zoon van patiënt gesproken. De broer van patiënt was nefroloog in de V.S. De collega heeft herhaald wat de uitkomst van de slokdarmecho was. De aortaklepstenose en mitraliskleplekkage waren dusdanig, dat ingrijpen niet gerechtvaardigd was. Patiënt leek nu bovendien meer in balans; er was geen longoedeem. Longlijden bleef het hoofdprobleem. Afgewacht zou moeten worden of patiënt weer zelf voldoende zou kunnen ademen.

Op 22 oktober 2016 werd patiënt opnieuw gedetubeerd. Op 24 oktober 2016 is patiënt weer geïntubeerd en daarbij werd hij kortdurend gereanimeerd. Hij heeft voorts een bronchoscopie ondergaan. Op 25 oktober 2015 is patiënt weer gedialyseerd. In de middag heeft een tweede collega-intensivist van verweerder in de Engelse taal met patiënt, diens zoon, dochter en broer gesproken. Hij heeft daarbij een samenvatting gegeven van de toestand van patiënt gedurende de laatste dagen. Patiënt is die dag opnieuw gedetubeerd. Op 27 oktober 2016 is patiënt weer geïntubeerd in verband met aspiratie en de verdenking van vocht in de longen. Op 28 oktober 2016 heeft een derde collega-intensivist van verweerder in de Engelse taal gesproken met de zoon, dochter en broer van patiënt. Hij heeft geschetst wat de toestand van patiënt was de avond ervoor. Hij heeft uiteengezet dat patiënt de volgende dag weer zou worden gedialyseerd en gezegd dat zou worden geprobeerd om patiënt te detubereren waarbij patiënt dan zelf zou moeten ademen met steun van Optiflow.

In het verslag van Patiëntenbetrekkingen d.d. 28-10-2016, 16:10, is vermeld:

“ Als dat niet gaat is er geen weg meer terug, ”.

Op 29 oktober 2016 heeft de zoon van klaagster aan de collega-intensivist die in het weekend de zorg over patiënt had, laten weten dat de familie een second opinion wilde gaan vragen om zeker te weten dat alles zou zijn uitgesloten en geprobeerd. Afgesproken werd om dit met één van de intensivisten te bespreken.

Verweerder heeft op 31 oktober 2016 twee keer met de familie, waaronder de broer van patiënt gesproken en uitgelegd dat patiënt veel problemen had: nierfalen, diabetes, slechte longen en een matig hart. Voorts heeft verweerder gezegd dat het medisch team had besloten dat patiënt na detubatie niet weer aan de beademing zou gaan in verband met een te groot lijden. De familie heeft toen haar verzoek om een second opinion herhaald. Verweerder heeft toegelicht dat een collega-intensivist binnen het ziekenhuis die niet bij de behandeling betrokken was geweest en die in het afgelopen weekend de zorg voor patiënt had gehad, zich daarbij ook zelfstandig in de medische toestand van de patiënt had verdiept. Hij was tot dezelfde conclusie als verweerder gekomen.

Verweerder heeft op dezelfde dag contact opgenomen met de door de familie van patiënt voor de second opinion benaderde longarts van een academisch ziekenhuis.

Verweerder heeft in de avond weer een gesprek gehad met de zoon en beide dochters van patiënt. Hij had intussen telefonisch gesproken met de longarts van het academisch ziekenhuis. Verweerder heeft ter toelichting aan de familie meegedeeld dat hij met de longarts de status van patiënt had doorgenomen en dat hij diverse vragen over en weer met de longarts had besproken.

De zoon van patiënt heeft kenbaar gemaakt zich niet te kunnen vinden in deze vorm van een second opinion. Hij liet weten dat een telefonisch overleg van 20 minuten onvoldoende was voor een second opinion en liet voorts weten dat hij een second opinion wilde van een medisch team uit een ander ziekenhuis. Verweerder liet daarop weten dat een second opinion reeds had plaats gevonden binnen het eigen ziekenhuis door de collega intensivist die niet eerder bij de behandeling van patiënt betrokken was geweest.

Verweerder heeft aan de familie in emotionele bewoordingen kenbaar gemaakt dat patiënt niet meer beter zou worden en dat een team van een academisch ziekenhuis niet tot een andere conclusie zou komen. Hij heeft daarbij benadrukt dat patiënt uitgeput was en ernstig leed. De tijd die een second opinion in een academisch ziekenhuis in beslag zou nemen, betekende, aldus verweerder, extra lijden voor patiënt, waarvoor de familie medeverantwoordelijk zou zijn. Tussen verweerder en de familie ontstond een discussie waarbij verweerder zowel non-verbaal als verbaal heeft laten merken

emotioneel, geërgerd en gefrustreerd te zijn. De familie heeft desondanks kenbaar gemaakt vast te houden aan een second opinion door artsen van een ander ziekenhuis. Verweerder heeft vervolgens de zorg voor de patiënt overgedragen aan een collega-intensivist.

3. Het standpunt van klaagster en de klacht

Klaagster verwijt verweerder dat hij niet de zorg heeft betracht jegens patiënt en klaagster, als zijnde rechtstreekse familie van patiënt, die van hem als zorgvuldig intensivist mocht worden verwacht.

De klacht tegen verweerder valt uiteen in de navolgende twee klachtonderdelen: verweerder heeft zich jegens klaagster en haar familie onprofessioneel, arrogant en agressief gedragen; verweerder weigerde mee te werken aan een second opinion over de medische toestand van patiënt;

Ter onderbouwing heeft klaagster het navolgende aangevoerd:

Verweerder was één van de behandelende artsen van patiënt op de intensive care. Na patiënt weken zonder succes te hebben behandeld, wilde verweerder patiënt van het beademingsapparaat halen. Als laatste behandeling stelde verweerder voor om te kijken of patiënt het eventueel met een beademingsmasker zou redden. Als patiënt het niet zou redden, dan zou de behandeling stoppen. Het kwam er op neer dat patiënt dan zou sterven. Patiënt was altijd honderd procent aanspreekbaar en alert. Hij heeft nooit laten blijken dat hij extreme pijn leed en verdere behandeling niet meer zag zitten.

De familie heeft daarom aan het medisch team van de intensive care-afdeling van het ziekenhuis gevraagd om een second opinion door een ander ziekenhuis of specialist. De familie hoopte daarmee op een frisse kijk van een arts die misschien met een alternatieve behandelingsmethode zou komen.

De familie was in de veronderstelling dat verweerder zou helpen met het vinden van een arts voor de second opinion. De familie is op 31 oktober 2016 met verweerder daarover in gesprek gegaan. Toen bleek dat verweerder er niet van gediend was dat de familie een second opinion wilde. Hij deed er alles aan om de familie ervan te overtuigen de second opinion achterwege te laten. Verweerder vond het erg veel werk en vond het zinloos omdat patiënt toch zou komen te overlijden. Bovendien had een onafhankelijke intensivist van het eigen ziekenhuis de toestand van patiënt al beoordeeld. De familie moest zelf een arts zoeken voor een second opinion. De familie heeft een longarts van een academisch ziekenhuis gevonden. Verweerder toonde geen enkele empathie en verleende geen enkele medewerking of hulp bij het zoeken van een onafhankelijke arts.

Verweerder heeft alleen maar een telefoongesprek met deze arts gevoerd en niet het medisch dossier aan de longarts van het academisch ziekenhuis gezonden.

Verweerder heeft zich in het gesprek op 31 oktober 2016 onprofessioneel, arrogant en agressief gedragen tegen de familie. Onder meer schreeuwde hij dat patiënt dood zou gaan.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft het navolgende aangevoerd:

In een gesprek op 28 oktober 2016 tussen een collega-intensivist en de familie is er besproken dat er zou worden gewerkt naar detubatie. Dat moest patiënt volhouden, zo niet, dan zou er geen weg terug zijn en zou comfort geboden worden met morfine. Dat was een medische beslissing.

In het weekend van 29 en zondag 30 oktober 2016 had een collega-intensivist dienst. Hij was lang afwezig geweest en zag patiënt als nieuw. Hij heeft de situatie van patiënt beoordeeld en kwam tot dezelfde conclusie als verweerder.

Verweerder heeft op 31 oktober 2016 tijdens het ochtendbezoek aan het bed van patiënt over de situatie van patiënt gesproken met de twee dochters van patiënt en laten weten dat er geen opties meer waren. Ook heeft hij laten weten dat hij patiënt van de beademing wilde halen. De dochters zagen in dat het zo niet verder kon. Zij hebben laten weten dat ook klaagster vond dat patiënt genoeg had geleden. Zij verzochten dit niet aan de zoon van klaagster te melden.

In de middag van 31 oktober 2016 heeft een gesprek plaats gevonden met de familie, waaronder de zoon en de broer van patiënt. Verweerder heeft ook daar de toestand van patiënt nog eens toegelicht en laten weten dat het plan was om patiënt van de beademing te halen. Verweerder heeft nogmaals gezegd dat als patiënt niet op eigen kracht zou gaan ademen, hij niet opnieuw aan de beademing zou worden gelegd.

Verweerder heeft, toen de zoon van klaagster aandrang op een second opinion, uitgelegd dat de best denkbare second opinion al had plaats gevonden, maar als de familie toch een second opinion wilde dan was het verstandig om daarvoor zelf een arts te zoeken. Op die manier zou de acceptatie van de second opinion door de familie het grootst zijn. Verweerder liet weten dat enige spoed geboden was. Verweerder heeft een second opinion niet geweigerd.

Nadat verweerder de naam van de arts voor de second opinion had vernomen, heeft verweerder contact met de gekozen longarts uit het academisch ziekenhuis opgenomen. In de avond heeft verweerder zelf de uitkomst van de second opinion met de familie besproken en dit niet aan een collega overgelaten. Verweerder vermoedde dat de uitkomst niet zou worden geaccepteerd. Verweerder heeft de werkwijze en uitvoering van de second opinion uitgelegd en de conclusie meegedeeld. Voor de zoon was verweerderters uitleg en conclusie onacceptabel. Hij heeft letterlijk geroepen: *“Er dient minstens een team van 6 artsen een afgewogen oordeel te vormen in een gezamenlijk overleg over zijn vader”*. Verweerder heeft laten weten dat een dergelijke second opinion niet gebruikelijk is en lastig te organiseren. Verweerder heeft geprobeerd de zoon te overtuigen van het feit dat er een goede second opinion had plaatsgevonden. Verweerder voelde zich machteloos en klem gezet. Verweerder heeft niet geschreeuwd. Er was wel sprake van non-verbale ergernis en een voor alle partijen emotioneel gesprek. Ondanks de uitvoerige uitleg door verweerder bleef de zoon bij zijn standpunt dat er niet op de juiste manier een second opinion had plaatsgevonden.

Verweerder heeft jegens de zoon nogmaals zijn verantwoordelijkheid naar vader uitgedrukt en aangegeven dat het lijden van zijn vader onnodig was, wat de zoon niet begreep omdat die zijn vader altijd wakker en alert zag. De dochters erkenden verweerderters gevoel en mening.

Verweerder heeft de gesprekken ervaren als een gebrek aan vertrouwen. Hij heeft aan de familie laten weten de zorg voor patiënt over te dragen aan een collega-intensivist en tevens het uitdrukkelijk verzoek om een third opinion door te geven.

Verweerder betreurt het dat klaagster niet via de klachtenfunctionaris van het ziekenhuis met hem in gesprek is gegaan, maar meteen een klacht heeft ingediend. Verweerder staat open voor kritiek en is nog steeds bereid tot een gesprek.

In de visie van verweerder is niet gebleken dat hij ten opzichte van patiënt of klaagster (en de familie) tuchtrechtelijk verwijtbaar zou hebben gehandeld. Verweerder verzoekt de klacht af te wijzen.

5. De overwegingen van het college

Ad klachtonderdeel 1:

Dit klachtonderdeel spitst zich toe op het gesprek dat verweerder in de avond van 31 oktober 2016 met klaagster en de zoon en dochters van haar en patiënt heeft gevoerd, meer in het bijzonder op de bejegening door verweerder. Vast staat dat verweerder zich tijdens het gesprek in emotionele bewoordingen jegens de familie heeft uitgelaten en verweerder zowel verbaal als non-verbaal heeft laten merken geërgerd en gefrustreerd te zijn geraakt. Tevens staat vast dat verweerder heeft aangegeven dat patiënt onnodig aan het lijden was en de familie mede verantwoordelijk was voor de verlenging van dit lijden door het willen vasthouden aan de second opinion. Verweerder heeft hiermee de grens overschreden van wat van een zorgvuldig en professioneel handelend arts jegens de familie, die zich geconfronteerd zag met het terminale karakter van de toestand van een dierbaar familielid, mocht worden verwacht.

Klachtonderdeel 1 is derhalve gegrond.

Ad klachtonderdeel 2:

Het college deelt niet de mening van verweerder dat het uitvoerige telefonische overleg dat hij heeft gevoerd met de door de familie gekozen arts, zonder dat deze arts beschikte over de medische gegevens van de patiënt, voldoende was om als second opinion te kunnen gelden.

Naar het oordeel van het college dient een behandelend arts aan het verzoek om een second opinion van een patiënt of indien deze daartoe niet in staat is, een direct familielid, mee te werken, tenzij zwaarwegende belangen zich daartegen verzetten.

Een second opinion behoort door een onafhankelijke, niet tot dezelfde organisatie behorende arts te worden gegeven. Een tweede opinie door een collega-intensivist binnen hetzelfde ziekenhuis kan niet als zodanig gelden.

Voorts dient de arts die de second opinion zal doen, te beschikken over de volledige status van de patiënt. Deze arts dient zelf te kunnen bepalen of hij het noodzakelijk acht de patiënt te zien, teneinde zich een oordeel te vormen over de diagnose en behandeling.

Ten slotte dient de second opinion schriftelijk te worden gerapporteerd.

De wijze waarop verweerder de second opinion heeft laten plaatsvinden, voldoet niet aan bovengenoemde voorwaarden.

Klachtonderdeel 2 is derhalve gegrond.

De maatregel

Nu beide klachtonderdelen gegrond zijn, zal het college verweerder een maatregel opleggen. Het college is van oordeel dat kan worden volstaan met een waarschuwing nu het aan het college duidelijk is geworden dat verweerder erg betrokken was bij patiënt en verweerder het welbevinden van patiënt voor ogen had.

Om redenen aan het algemeen belang ontleend, zal deze beslissing ter publicatie worden aangeboden.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht in beide onderdelen gegrond;
- legt op de maatregel van waarschuwing;

- bepaalt dat om redenen, aan het algemeen belang ontleend, de beslissing, zodra zij onherroepelijk is geworden, zal worden gepubliceerd in de Staatscourant en ter publicatie zal worden aangeboden aan het tijdschrift "Medisch Contact".

Aldus beslist door mr. dr. P.P.M. van Reijssen als voorzitter, mr. L. Ritzema als lid jurist, dr. C. Keijzer, M.H.M. Bender en H.J.J. Koornstra-Wortel als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van mr. M. van der Hart als secretaris en in het openbaar uitgesproken op
16 oktober 2017 in aanwezigheid van de secretaris.