

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2016-083a

Datum uitspraak: 14 maart 2017

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

A,
wonende te B,
klaagster,

tegen:

C, chirurg,
werkzaam te D,
verweerder,
gemachtigde: mr. O.L. Nunes, werkzaam te Utrecht.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 21 april 2016
- het aanvullend klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 18 mei 2016
- het verweerschrift met bijlagen.

1.2 De partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

1.3 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 17 januari 2017. De partijen zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Klaagster werd bijgestaan door E en verweerder werd bijgestaan door zijn gemachtigde. Mr. Nunes heeft pleitnotities overgelegd.

1.4 De klacht is behandeld tezamen met de andere, met de klacht samenhangende, klachten zoals bedoeld in artikel 57, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, die bekend zijn onder de dossiernummers: 2016-083b en 2016-083c.

2. De feiten

2.1 Klaagster is de echtgenote van wijlen F, geboren in 1938 (hierna te noemen: patiënt).

2.2 Na een uitgevoerd bevolkingsonderzoek werd patiënt doorverwezen naar het G te D, in verband met een rectumcarcinoom. Patiënt is toen onder meer gezien en behandeld door een collega van verweerder en door de longarts. Patiënt was bekend met ernstige COPD-klachten (gold III) en was daarvoor al jaren onder behandeling van de longarts.

2.3 Op 10 november 2014 is patiënt voor het eerst op het poliklinisch spreekuur bij verweerder geweest. Tijdens dat consult werd de uitslag van de oncologiebespreking besproken. Op 3 december 2014 werd in de H te D gestart met de chemo/radiotherapie.

2.4 Op 7 januari 2015 werd patiënt opgenomen in het ziekenhuis met een peri-anaal abces. Verweerder heeft, onder spinaal anesthesie, een incisie verricht alsmede een drainage van het abces. Patiënt is de dag erna uit het ziekenhuis ontslagen.

2.5 Ter controle post radiotherapie werd een CT- en een MRI-scan gemaakt. Op basis van de uitslag heeft verweerder met patiënt en diens familie drie behandelopties besproken: 1) een laparoscopische rectumresectie met waarschijnlijk een definitief stoma, 2) een expectatief beleid en 3) transanale endoscopische microchirurgie (hierna: TEM-procedure).

2.6 Patiënt gaf aanvankelijk aan geen operatie te willen. Tijdens het consult op de polikliniek op 2 april 2015 bij verweerder gaf patiënt aan toch te kiezen voor operatieve behandeling van het rectumcarcinoom.

2.7 In de voorbereidingen van de operatie werd patiënt op 16 april 2015 gezien door de longarts. Deze gaf aan dat patiënt op dat moment niet operabel was. Op 17 april 2015 werd patiënt in het G opgenomen ter preoperatieve longvoorbereiding.

2.8 Na overleg tussen de longarts, intensivist en anesthesioloog werd uiteindelijk door verweerder in overleg met patiënt afgezien van volledige narcose en werd gekozen voor een minimaal invasieve manier om de tumormassa alsnog te verwijderen.

2.9 Op 22 april 2015 heeft verweerder samen met zijn collega's een TEM-procedure onder spinaal anesthesie uitgevoerd. Patiënt werd postoperatief op de Intensive Care (hierna: IC) opgenomen.

2.10 Op 23 april 2015 rond 11.30 uur kon patiënt worden overgeplaatst van de IC naar de verpleegafdeling chirurgie. Rond 19.00 uur werd de zaalarts, arts-assistent I (verweerder in de zaak 2016-083b), door de verpleging gewaarschuwd omdat patiënt verminderd aanspreekbaar was. In overleg met verweerder en chirurg-intensivist J (verweerder in de zaak 2016-083c) werd patiënt teruggeplaatst naar de IC, alwaar de situatie van patiënt weer stabiliseerde.

2.11 Op 24 april 2015 om circa 00.10 uur was er op de IC sprake van een plotselinge verslechtering van de situatie van patiënt. Verweerder en J werden om 00.45 uur thuis

opgeroepen en arriveerden om circa 01.00 uur in het ziekenhuis. Er bleek toen sprake te zijn van een reanimatiesetting. Verweerder en J hebben hierbij gesuperviseerd. Om 01.10 uur werd de familie van patiënt gebeld. Na een niet-geslaagde reanimatie van ongeveer 45 minuten is patiënt op 24 april 2015 om 01.38 uur overleden. De familie, die kort na het overlijden in het ziekenhuis arriveerde, wenste geen obductie.

2.12 Op 11 mei 2015 en op 15 juni 2015 hebben familiegesprekken met onder meer klaagster plaatsgevonden. Verweerder was bij beide gesprekken aanwezig. Tijdens het eerste gesprek was ook de longarts aanwezig en bij het tweede gesprek waren zowel J als de arts-assistent I ook aanwezig.

2.13 In juli 2015 heeft klaagster met betrekking tot de behandeling van patiënt, onder anderen tegen verweerder, een klacht ingediend bij de Klachtencommissie van het G. Bij beslissing van 8 maart 2016 heeft deze klachtencommissie de klacht afgewezen.

3. De klacht

Klaagster verwijt verweerder dat hij, ten tijde van de opname van patiënt in april 2015, in zijn hoedanigheid van chirurg in zijn zorgplicht ten opzichte van patiënt tekort is geschoten.

Meer in het bijzonder verwijt klaagster verweerder zakelijk weergegeven dat hij:

- zijn taak heeft laten uitvoeren door de co-assistent I en hem de vrije hand heeft gegeven;
- het voedingsbeleid niet duidelijk heeft doorgegeven;
- ten onrechte heeft beweerd dat hij om 01.10 uur nogmaals wilde proberen patiënt te reanimeren;
- na het overlijden van patiënt geen contact met de familie heeft opgenomen.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klachten en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

5.1 Het College realiseert zich dat de plotselinge verslechtering van de toestand van patiënt en zijn overlijden kort daarna zeer ingrijpend zijn geweest voor klaagster en de familie. Toch zal het College de klacht zakelijk moeten beoordelen, waarbij *het niet gaat om de vraag of het professioneel handelen beter had gekund, maar of verweerder bij het beroepsmatig handelen 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.*

5.2 Alvorens in te gaan op de verschillende klachtonderdelen, merkt het College op dat wordt uitgegaan van een beschrijving in het uittreksel van de overlijdensakte

van patiënt; op grond van de overgelegde stukken en naar aanleiding van hetgeen ter zitting is verhandeld is

naar het oordeel van het College voldoende als vaststaand gebleken dat patiënt op 24 april 2015 niet om 01.00 uur maar om 01.38 uur is overleden.

5.3 Het eerste klachtonderdeel betreft het verwijt dat verweerder zijn taak heeft laten uitvoeren door de co-assistent I en hem de vrije hand heeft gegeven. Dit klachtonderdeel is door verweerder gemotiveerd betwist en dient naar het oordeel van het College te worden afgewezen.

Het College heeft vastgesteld dat I destijds geen co-assistent was, maar arts-assistent chirurgie (anios heelkunde). Daarnaast was deze arts-assistent naar het oordeel van het College bevoegd en bekwaam om onder supervisie van verweerder zelf patiënten te beoordelen en handelingen te verrichten, zoals het voorschrijven c.q. toedienen van medicatie (waaronder Oxynorm, Movicolon en Paracetamol).

Het College heeft voorts vastgesteld dat verweerder als hoofdbehandelaar steeds nauw betrokken is geweest bij de behandeling van patiënt. Niet gebleken is dat verweerder zich heeft gedistantieerd van zijn werkzaamheden als hoofdbehandelaar en als supervisor.

Toen er aan het begin van de avond van 23 april 2015 sprake bleek te zijn van een verminderde aanspreekbaarheid van patiënt, is er - zoals gebruikelijk - telefonisch overleg geweest tussen verweerder en de arts-assistent I, die op dat moment fungeerde als zaalarts. Er is hierop vervolgens adequaat medisch gehandeld door patiënt over te plaatsen naar de IC.

5.4 Het tweede klachtonderdeel betreft het verwijt dat verweerder het voedingsbeleid niet duidelijk heeft doorgegeven.

De ingreep (TEM-procedure) heeft op 22 april 2015 plaatsgevonden onder spinale anesthesie. Van een buikoperatie is geen sprake geweest. Onder deze omstandigheden ziet het College geen bezwaar tegen de gegeven vaste voeding. Er bestond in ieder geval geen medische reden om patiënt vaste voeding te onthouden.

Naar het oordeel van het College is er ook geen sprake van een aantoonbare directe causale relatie tussen de maaltijdverstrekking op 22 april 2015 en het overlijden van patiënt op 24 april 2015. Immers, volgens de status heeft patiënt de voorgezette maaltijd met smaak

genuttigd en is zijn situatie pas een dag later, op 23 april, verslechterd. Voor zover verweerder persoonlijk betrokken is geweest bij het voedingsbeleid van patiënt valt hem, gelet op het bovenstaande, geen (tuchtrechtelijk) verwijt te maken. Dit klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

5.5 Het derde klachtonderdeel betreft het verwijt dat verweerder ten onrechte heeft beweerd dat hij om 01.10 uur nogmaals wilde proberen patiënt te reanimeren. Gezien de formulering van klaagster in een bijlage van het klaagschrift, gaat het College er van uit dat dit verwijt is gesteld naar aanleiding van de verwarring die voor klaagster

was ontstaan; om 01.10 uur was zij gebeld dat het niet goed ging en dat ze aan het reanimeren waren, dit terwijl er later bleek dat volgens het uittreksel uit de overlijdensakte haar echtgenoot om 01.00 uur al was overleden.

Zoals reeds onder punt 5.2 is besproken, gaat het College uit van het feit dat er - helaas - sprake is geweest van een verschrijving in de overlijdensakte. Het tijdstip van overlijden van patiënt was niet om 01.00 uur, maar om 01.38 uur. Dat er om 01.10 uur dus nog sprake was van een reanimatiesetting is dan ook niet onbegrijpelijk.

Het College beschikt niet over een aanwijzing dat de reanimatie van patiënt niet volgens het vigerende protocol is uitgevoerd. De reanimatie heeft weliswaar relatief lang geduurd, maar hiervoor heeft verweerder een duidelijke verklaring aangevoerd. Op enig moment bleek er sprake te zijn van een voelbare pols en een spontane ademhaling. Na het verdwijnen hiervan is vervolgens weer doorgedaan met reanimeren. Verweerder heeft naar eigen zeggen na het overlijden van patiënt in een gesprek met de familie aangegeven dat voor het voortzetten van de reanimatie werd gekozen omdat op dat moment geen duidelijke oorzaak was gevonden voor de abrupte verslechtering in de toestand van patiënt. Naar het oordeel van het College was er sprake van een begrijpelijke en verdedigbare beslissing om door te gaan met de reanimatie. Het klachtonderdeel hieromtrent dient derhalve te worden afgewezen.

5.6 Het vierde, en laatste, klachtonderdeel betreft het verwijt dat verweerder na het overlijden van patiënt geen contact met de familie heeft opgenomen.

Verweerder heeft in zijn verweer duidelijk gemotiveerd aangevoerd dat er na het overlijden van de patiënt van de zijde van het ziekenhuis een (gebruikelijk) nagesprek na zes weken is aangeboden aan de familie. Toen bleek dat de familie behoefte had aan een gesprek op een eerder moment, heeft verweerder dit eerdere verzoek direct gehonoreerd en het secretariaat opdracht gegeven om de afspraak te organiseren. Het eerste gesprek heeft op 11 mei 2015 plaatsgevonden, op verzoek van de familie met zowel verweerder als de longarts. Het College heeft geconstateerd dat er op 15 juni 2015 nog een vervolgesprek heeft plaatsgevonden, in het bijzijn van verweerder en andere zorgverleners.

Nu niet is komen vast te staan dat verweerder ten aanzien van dit klachtonderdeel (tuchtrechtelijk) verwijtbaar heeft gehandeld, dient ook dit klachtonderdeel te worden afgewezen.

5.7 De conclusie is dat verweerder met betrekking tot de klacht geen verwijt zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg kan worden gemaakt. Naar het oordeel van het College is verweerder in zijn hoedanigheid van chirurg niet in zijn zorgplicht ten opzichte van patiënt tekort geschoten. De klacht zal dan ook in zijn geheel als ongegrond worden afgewezen.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag beslist als volgt:

wijst de klacht af.

Deze beslissing is gegeven door mr. A.E.B. ter Heide, voorzitter, mr. L. Sarlemijn, lid-jurist, dr. R.A. Christiano, prof. dr. J.F. Hamming en dr. J.P. van der Sluijs, leden-artsen, bijgestaan door mr. S.R.M.I. Roos-Bollen, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 14 maart 2017.

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. klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover 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 hem 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 Den Haag, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.