

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2016-317

Datum uitspraak: 9 mei 2017

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

A,
wonende te B,
klager,

tegen:

C, internist,
werkzaam te D,
verweerder,
gemachtigde: mr. J.C.C. Leemans, werkzaam te Amsterdam.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift, ontvangen op 21 december 2016 van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Eindhoven,
- de brief d.d. 3 november 2016 van klager,
- het verweerschrift met bijlagen, waaronder het medisch dossier,
- de brief van E, ontvangen op 20 januari 2017, waarin zij klager machtigt tot het indienen van de onderhavige klacht.

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 14 maart 2017. Klager is verschenen met zijn moeder, E en heeft zijn standpunten mondeling toegelicht. Verweerder, bijgestaan door zijn gemachtigde, is verschenen en heeft zijn standpunten mondeling toegelicht.

2. De feiten

2.1 Klager is de zoon van F, geboren in 1948 en overleden in 2016 (hierna te noemen: patiënt).

2.2 Patiënt is in verband met afwijkende leverwaarden door zijn huisarts doorverwezen naar het G te D, locatie H (hierna te noemen: het ziekenhuis), alwaar verweerder sinds 2001 werkzaam is als internist.

2.3 Op 19 augustus 2015 is patiënt door verweerder op de polikliniek interne geneeskunde van het ziekenhuis gezien in verband met in juli 2015 geconstateerde leverenzymafwijkingen. Het medisch dossier (brief van 20 augustus 2015 van verweerder aan de huisarts van patiënt), vermeldt hierover onder meer het volgende:

“Lichamelijk onderzoek:

Vitale man. Bloeddruk 137/84. Pols 77 regulair. Gewicht 94kg. Geen leverstigmata. Geen icterus, geen bleekheid. Hoofd/halsgebied geen afwijkingen. Hart 2 tonen, geen souffles.

Longen vesiculair ademgeruis met beiderzijds inspiratoir crepiteren, gering basaal. Abdomen, lever 2 tot 3 vingers groot, iets stompe rand. Verder geen afwijkingen. Milt niet palpabel. Verder abdominaal geen afwijkingen. Klieren hals en liezen niet palpabel. Extremiteten geen oedeem.

Bespreking:

Bij patiënt is sprake van een vergrote lever en leverenzymafwijkingen, zonder bij anamnese een duidelijke clou. Verder onderzoek zal volgen.”

2.4 Patiënt heeft de polikliniek interne geneeskunde vervolgens onder meer op 27 augustus 2015, alsmede 14 september 2015 bezocht. Naar aanleiding van deze bezoeken is onder andere een echo abdomen, een CT abdomen en een X-thorax bij patiënt uitgevoerd. Het medisch dossier (brief van 16 september 2015 van verweerder aan de huisarts van patiënt) beschrijft over de hierboven genoemde bezoeken van patiënt aan de polikliniek interne geneeskunde onder meer het volgende:

“ Bespreking:

Er zijn 3 problemen vastgesteld. Een forse hepatitis, vooralsnog eci. Hiervoor ben ik van plan om een biopt te nemen van de lever. Echter ivm

Probleem 2 heb ik dat nu even uitgesteld omdat er ook een verdenking is op een Kleine Grawitz tumor van de rechter nier. Hieraan zullen we voorrang geven.

Verder werd er op de scan een verdikt proximaal colon gezien waarvoor een scopie zal gebeuren. Vaak is dit een drogbeeld op de scan maar een scopie is wel nodig om dit zeker te maken.

Conclusie:

Hepatitis eci

Niertumor rechts.

Verdikt proximaal colon. ”

2.5 Verweerder heeft patiënt vervolgens naar de afdeling urologie van het ziekenhuis verwezen, waar de uroloog, I, patiënt in een oncologiebespreking d.d. 28 september 2015 heeft besproken. Het advies van de uroloog luidt in het verslag van deze bespreking als volgt:

“Advies 28-09-2015:

Consult MDL ivm verdenking coloncarcinoom op de CT met lymfadenopathie.

Curatieve partiële nefrectomie is een optie. Indien langdurig traject CT herhalen voor operatie.”

2.6 Op 23 oktober 2015 heeft verweerder een leverbiopsie bij patiënt laten afnemen, welke een beeld van cirrose met een matige chronische ontsteking liet zien. Op basis van alle tot dan toe gedane onderzoeken constateerde verweerder een Child-Pugh A cirrose (score 5) bij patiënt.

2.7 Op 8 november 2015 is patiënt opgenomen op de afdeling urologie van het ziekenhuis, waarna op 9 november 2015 een laparoscopische partiële nefrectomie rechts, robot-assisted bij patiënt is verricht door de dienstdoende uroloog, J. De tumor bleek goedaardig. Het medisch dossier (brief van 19 februari 2016 van de uroloog aan verweerder en de huisarts van patiënt) vermeldt hierover onder meer het volgende:
“Op 9-11-2015 werd een partiële nefrectomie rechts verricht zonder complicaties. Tijdens de ingreep was opvallend een geleachtige vloeistof rond de lever en ook transpositie van de aorta en vena cava. Postoperatief beloop was ongestoord behoudens persisterende drainproductie, na één dag ook met romig beslag. (...)”

2.8 Patiënt is in verband met toenemende leverproblemen op 2 december 2015 van de afdeling urologie van het ziekenhuis overgeplaatst naar de afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten (MDL) van het G te D, locatie K. Op 10 december 2015 is patiënt op eigen verzoek overgeplaatst naar de afdeling MDL van het L te M, waar hij op 2 februari 2016 op de Intensive Care is overleden. Het medisch dossier (brief van 9 februari 2016 van de behandelend MDL-arts aan de afdeling MDL van het ziekenhuis) vermeldt onder meer:
“Op 2 februari werd patiënt respiratoir insufficiënt aangetroffen. Er is vrijwel zeker sprake geweest van aspiratie(pneumonie). Patiënt werd overgeplaatst naar de afd. Intensive Care en aldaar geïntubeerd en maximaal ondersteund. Er ontwikkelde zich snel een beeld van multi-organafalen en patiënt overleed (...).”

3. De klacht

Klager verwijt verweerder, samengevat en zakelijk weergegeven dat hij:

1. niet zijnde een leverarts, de beslissing heeft genomen om patiënt aan zijn nier te laten opereren, zonder dat hij heeft overlegd met een leverarts. Verweerder heeft de ernst van de levercirrose bij patiënt op dat moment onderschat.
2. Patiënt ondanks alle complicaties pas zes weken na de operatie heeft bezocht.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft zijn primaire beroep op de niet-ontvankelijkheid van klager ter zitting ingetrokken gezien de machtiging van de weduwe van patiënt en heeft voorts de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

5.1 Ter zake van het eerste klachtonderdeel overweegt het College als volgt. Verweerder heeft ter zitting verklaard dat hij is opgeleid in het L te M en veel ervaring te heeft met patiënten met leverziekten. Voorts heeft verweerder verklaard dat hij regelmatig patiënten bespreekt met de hoogleraar Hepatologie (leverziekten) van het L te M. In de beroepsgroep internisten wordt een internist bevoegd en bekwaam geacht om patiënten met klachten over de lever te beoordelen. Verweerder was aldus bevoegd en bekwaam om de leverproblemen van patiënt te beoordelen. Uit de stukken komt naar voren dat verweerder een afweging heeft moeten maken ten aanzien van de behandeling van patiënt, naar aanleiding van de geconstateerde Child-Pugh A levercirrose, alsmede de gevonden afwijking aan de nier met een verdenking op een niercelcarcinoom. Verweerder heeft ter zitting verklaard dat hij een (lange termijn) risico-inschatting bij patiënt heeft gemaakt, waarna voorrang werd gegeven aan het verrichten van een partiële nefrectomie bij patiënt. Dit blijkt ook uit het medisch dossier. De partiële nefrectomie was de suggestie van het multidisciplinair urologisch-oncologisch overleg waarin patiënt besproken is. Verweerder heeft ter zitting verklaard dat hij in dit stadium over patiënt overleg heeft gevoerd met de hoogleraar leverziekten van het L te M. Het College concludeert dat verweerder een juiste afweging heeft gemaakt ten aanzien van de behandeling van patiënt. Daarnaast acht het College het van belang, dat de behandelend anesthesioloog bij de pre-operatieve screening ook zelfstandig een risico-inschatting maakt ten aanzien van de uit te voeren operatie bij patiënt en dat deze anesthesioloog blijkbaar niet tot een andere conclusie is gekomen. Het eerste klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

5.2 Ter zake van het tweede klachtonderdeel overweegt het College als volgt. Verweerder heeft aangevoerd dat hij patiënt in de vierde week na de operatie (twee keer) heeft bezocht. Verweerder heeft gedurende de opname van patiënt de regie over patiënt behouden doordat er voortdurend (telefonisch) met hem werd overlegd over de toestand van patiënt en het te volgen beleid met betrekking tot de levercirrose, zo blijkt uit de stukken en het verhandelde ter zitting. Dit mag echter geen reden zijn om lang te wachten met een persoonlijk bezoek aan patiënt, nu de patiënt noch de familieleden op de hoogte zouden kunnen zijn van de acties van verweerder “achter de schermen”; juist daarom is communicatie daarover nodig. Gelet op het medebehandelaarschap van verweerder, had het in de rede van verweerder gelegen om patiënt eerder in persoon te bezoeken. Nu het ziekenhuis twee locaties kent en patiënt ook opgenomen is geweest op een locatie waar verweerder niet werkzaam was, begrijpt het

College dat er voornamelijk een organisatorische reden aan ten grondslag heeft gelegen dat verweerder patiënt pas na enige tijd in persoon heeft bezocht. Hieromtrent kan verweerder geen (persoonlijk) tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt, al was het achteraf gezien beter geweest als hij wel zelf enige actie richting patiënt had ondernomen. Het tweede klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

5.3 Bij de tuchtrechtelijke beoordeling van beroepsmatig handelen gaat het niet om de vraag of het handelen van verweerder beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de verweerder binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in zijn beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard. 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. De klacht zal dan ook 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. R.A. Dozy, voorzitter, mr. P.M. van Dijk-de Keuning, lid-jurist, dr. E.A. Dubois, dr. J.P. van der Sluijs en dr. F.E. Ros, leden-artsen, bijgestaan door mr. R.C. Kruit, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 9 mei 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. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover 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 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.