

## CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2018.094

### CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2018.094 van:

A.wonende te B., appellante, klaagster in eerste aanleg,  
gemachtigde: mr. M. de Wit-Jansen, advocaat te Etten-Leur,  
tegen

C., arts, (destijds) werkzaam te D., verweerster in beide instanties, gemachtigde: mr.  
F.E.A.M. Tesser, werkzaam als jurist bij de afdeling Bestuurlijke en Juridische zaken  
Radboudumc te Nijmegen.

#### 1. Verloop van de procedure

A. - hierna klaagster - heeft op 11 april 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle  
tegen C. - hierna de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 12 januari 2018,  
onder nummer 233/2017 heeft dat College de klacht afgewezen.

Klaagster is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift  
in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcol-  
lege van 13 september 2018, waar zijn verschenen klaagster, bijgestaan door mr. De  
Wit-Jansen, en de arts, bijgestaan door mr. Tesser en mr. De Wolf.

Klaagster heeft haar standpunten toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het  
Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd. Ook mr. Tesser heeft de standpunten van de  
arts toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn  
overgelegd.

#### 2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.  
“(…)

#### 2. DE FEITEN

*Op grond van de stukken en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang  
voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.*

*Klaagster dient de klacht in namens haar overleden echtgenoot, E., geboren in 1955  
en overleden op 16 november 2016, hierna patiënt te noemen.*

*Patiënt had als 12-jarige de ziekte van Hodgkin. Hiervoor onderging hij een halsklier-  
dissectie rechts en radiotherapie. Voor een recidief vijf jaar later werd hij opnieuw ge-  
opereerd en onderging hij radiotherapie op zijn rechterhals en chemotherapie. In dit gebied  
van de radiotherapie ontwikkelde zich een salivary duct carcinoom (speekselklierkanker)  
waarvoor patiënt in 2010 geopereerd werd en een derde maal radiotherapie kreeg.  
Eind 2014 ontwikkelde zich een regionaal recidief aan de andere zijde van de hals en  
retrofaryngeaal en in zijn oksel. Patiënt werd toen voor het eerst verwezen naar het F.  
waar hij sindsdien op de afdeling medische oncologie werd behandeld. Omdat de tumor*

de androgeenreceptor tot expressie bracht werd in februari 2015 gestart met palliatieve hormonale therapie. Omdat er in maart 2016 sprake was van groei van het proces kreeg patiënt chemotherapie tot juni 2016. In juli 2016 was er uitval van verschillende hersenzenuwen en toonde een MRI volumetoename van de pathologische weke delen-massa schedelbasis –middelste schedelgroeve rechts met tumoruitbreiding intraduraal met ingroei onderzijde temporaalkwab rechts. Tevens was er toegenomen intracerebraal oedeem frontotemporale rechts met toegenomen middellijnshift van het brein naar links. Er werd gestart met dexamethason en mTor-remming (eerst temsirolimus, en na enkele infusen everolimus). Eind september 2016 was er op een MRI geringe groei te zien en was het oedeem iets afgenomen.

Uit een verslag van 3 november 2016 blijkt de uitslag van een MRI met de gerichte vraagstelling: Long LN stabiel? De uitslag is vergeleken met onderzoek van 19 juli 2016. De conclusie was "Vergeleken met voorgaand onderzoek ongewijzigde lymfadenopathie retroclaviculair links en axillair links. Afname van de peribronchovasculaire verdichtingen met matglas attenuatie beiderzijds, tevens afname van de matglas nodus in de linker onderkwab. Geen nieuwe lesies." Rond diezelfde tijd werd genoteerd dat patiënt recent de ogen weer kon openen.

Eveneens op 3 november 2016 werd cerebraal onderzoek beschreven dat is vergeleken met onderzoek van 27 september 2016 met de conclusie:

"1. Ongewijzigde omvang en aspect van de zeer uitgebreide tumor lokalisatie in de infratemporale fossa rechts met ingroei in de nasofarynx en paranasale sinus, schedelbasis en in de temporaalkwab rechts. Ook betrokkenheid van het cavum van Meckel (nervus trigeminus), deels verklaring voor de pijnklachten in aangezicht?

2. Ongewijzigd uitgebreid intracerebraal oedeem frontotemporopariëtaal rechts met middellijnshift naar links."

Op 9 november 2016 werd patiënt opgenomen in verband met een onderzoek naar een mogelijke maagbloeding. Bij beleid staat - voor zover van belang - genoteerd: "NTBR, wel IC bij overbrugbaar probleem (bv ondersteuning op IC bij maagbloeding)". Patiënt werd vervolgens van 11 tot 15 november 2016 opgenomen op de intensive care (IC). Op 11 november 2016 noteerde zijn behandelaar (niet zijnde verweerster) ondermeer: "NTBR, verder volledig ook intuberen. Is besproken met pat en ook familie". Patiënt onderging op 11 november 2016 een coilingprocedure en op 13 november 2016 een operatie waarbij een stuk dikke darm werd verwijderd en een ileostoma werd aangelegd in verband met een ischaemische darm. De procedure verliep ongecompliceerd. Patiënt werd op 14 november 2016 gedetubeerd.

Op het dagelijkse multidisciplinaire overleg (MDO) van 14 november 2016 was met betrekking tot patiënt besproken dat bij een nieuwe complicatie ook op medische gronden zou moeten worden afgezien van een opname op de IC. Dit zou nog moeten worden besproken met zijn oncologisch behandelaar.

Deze noteerde op 15 november 2016: "vraag van intensivist: wat te doen bij nierinsufficiëntie of bij sepsis. Ik steun intensivist dat ik vind dat hem [bedoeld is patiënt, college] –indien nodig- niet moeten dialyseren en ook niet aan de beademing moeten leggen als hij een septische shock krijgt. Dan is de kans dat hij niet goed van de IC komt echt te beperkt. De intensivist zal dit met patiënt en zijn vrouw bespreken (vrouw is er nu niet; anders had ik het kunnen doen). Hij gaat vandaag naar heekunde, medebehandeling medische oncologie: dagelijks zullen we langslopen."

Op 15 november 2016 heeft de genoemde intensivist in het dossier genoteerd, voor zover van belang: "Met Patient en echtgenote besproken dat we bij nieuwe complicaties waarbij er sprake is van een MOF/shock een nieuwe IC opname niet zinvol achten.

*Patient geeft zelf ook duidelijk aan dat dit voor hem een grote teruggang is geweest en dat hij dat niet meer wil meemaken. Kleine makkelijk oplosbare problemen kunnen evt op een MC worden behandeld, daar is pt akkoord mee en echtgenote geeft aan dit graag te willen om toch nog even tijd met elkaar thuis te kunnen hebben uiteindelijk.” Verweerster was in november 2016 bijna 1 jaar werkzaam als arts (niet in opleiding) op de IC (inclusief de MC) in het F.. Verweerster had op 15 november 2016 middag- en avonddienst van 15.00 uur tot 0.00 uur als zaalarts.*

*Om 21.00 uur had de verpleging op de observatielijst genoteerd dat de “retentie teruggegeven 10” bedroeg.*

*Om 22.00 uur werd verweerster door de verpleegkundige gevraagd bij patiënt te gaan kijken. Ze onderzocht de buik. Verweerster heeft de familie gezegd dat de dienstdoende AIOS van de chirurgie zou komen om mee te beoordelen. Verweerster heeft deze gebeld en een samenvatting van de bevindingen gegeven. Deze AIOS is om 23.00 uur gearriveerd. Verweerster was daarbij niet aanwezig omdat zij bij de overdracht op de artsenkamer was. Na de overdracht is verweerster op verzoek van de verpleegkundige met de (nieuwe) dienstdoende zaalarts naar patiënt gaan kijken omdat patiënt meer zuurstof nodig had. Verweerster was meegegaan omdat zij een goed vergelijk met de eerdere toestand kon maken. Patiënt had met een Non Rebreathing Masker, een goede saturatie, klinisch geen verhoogde ademerbeid en hij had hoorbaar gereutel over zijn longen. De verpleegkundige meldde dat patiënt gebraakt had. De sondevoeding was gestopt en de maagsonde was op hevel gezet op instructies van de AIOS chirurgie. Er is een x-thorax gemaakt en de ANIOS van de nachtdienst heeft contact gezocht met de supervisors. Aan de familie is uitgelegd dat patiënt waarschijnlijk braaksel had ingeademd en dat de toestand ernstig was. Verweerster is naar huis gegaan vanwege het einde van de dienst. De ANIOS van de nachtdienst heeft de dienst overgenomen. Verweerster heeft geen verslag geschreven. Uit het verpleegkundige verslag van de bewuste 15 november 2016 blijkt dat de buik is onderzocht door verweerster “dd heeft buik gezien”. Ook is er een verslag gemaakt door de ANIOS van de nachtdienst dat tevens is beoordeeld door de dienstdoende intensivist.*

*Dit verslag vermeldt onder meer:*

*“C: toenemende O2 behoefte, waarschijnlijk aspiratie.*

*P: x-thorax, daarna overleg supervisie: Nu geen mogelijkheden behalve uitzuigen en goed ophoesten, komen zo beoordelen. Beoordeeld door chirurg: ileus (..) Gezien respiratoire status, niet nu ook nog een maaghevel ingebracht (neus dan volledig dicht).*

*Pt beoordeeld met (naam intensivist):*

*Pt gaat achteruit, geeft in eerste instantie geen dyspnoe aan, maar krijgt wel meer in-trekkingen. Uitzuigen door meerdere personen geprobeerd, maar lukt niet adequaat. Familie (partner, zoon en dochter) zijn aanwezig. 1 dochter is nog onderweg. Onze zorgen uitgesproken naar pt en familie: lijkt er op dat hij na het braken geaspireerd heeft en dat we dat niet goed weg krijgen. Zoon vraagt over intubatie, maar pt geeft aan dat hij dat niet meer wil en ook dochter geeft aan dat dit eerder zo besproken is. Nog voor wij opnieuw overlegd hebben met de chirurg (indactie desouflatiescopie?) geeft patiënt aan dat hij niet meer wil en wel iets ter comfort wil. Afgesproken met lage dosis morfine te starten in de hoop dat hij nog bij is als zijn andere docher komt.*

*2:50, met morfine stand 5 nog steeds dyspnoeisch, dochter is gearriveerd, familie heeft afscheid genomen. Iom [naam intensivist, college] midazolam gestart.*

*4.25 Pt overleden.”*

*Na het overlijden heeft verweerster geen contact gezocht met de familie. Zij was evenmin betrokken bij de in het ziekenhuis gevoerde bemiddelingsgesprekken.*

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

*Klaagster verwijt verweerster – zakelijk weergegeven - dat:*

1. *door verweerster de verkeerde diagnose is gesteld dan wel dat zij geen diagnose heeft gesteld terwijl de symptomen duidelijk pasten bij een veelvoorkomende complicatie en niet normaal waren 50 uur na de operatie. Hierdoor heeft patiënt geaspireerd waaraan hij enkele uren later is overleden;*
2. *zij stelt normale peristaltiek te hebben gehoord terwijl de chirurg een uur later hoogklinkende peristaltiek heeft gehoord;*
3. *zij geen adequaat onderzoek heeft gedaan: ze heeft niet naar de stomaproductie gekeken, ze heeft geen maagretentie bepaald dan wel opdracht daartoe gegeven. Klaagster en haar zoon weten dit zeker, bovendien was er dan geen 10 ml gevonden terwijl hij rond 23.00 uur zeker 700 ml overgaf. De getallen kloppen niet;*
4. *onder haar verantwoordelijkheid tot twee maal toe een morfinepreparaat is gegeven terwijl de verschijnselen of een vermoedelijke ileus hiervoor een contra-indicatie waren/was;*
5. *zij niet met spoed een chirurg heeft geroepen waardoor patiënt heeft geaspireerd waaraan hij enkele uren later is overleden;*
6. *zij onverschillig was en niet empathisch. Zij niet is ingegaan op de angst van klaagster en haar zoon dat het niet goed ging met patiënt. Ook na het overlijden van patiënt gaf zij er geen blijk van dat zij betreurd dat patiënt (mede door haar foute diagnose) is overleden;*
7. *zij niets over patiënt of zijn klachten in het dossier heeft geschreven. Daaruit blijkt nalatigheid, onzorgvuldigheid en onverschilligheid.*

### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

*Verweerster voert -zakelijk weergegeven- aan dat de klachten als ongegrond afgewezen dienen te worden omdat van een schending van tuchtnormen geen sprake is geweest. Bij haar onderzoek, zij werd eerst rond 22.00 uur bij patiënt geroepen, constateerde verweerster dat er sprake was van een bolle/opgezette buik, vitaal stoma, spaarzame peristaltiek, comprimeerbaar, niet drukpijnlijk. Een geringe stomaproductie, buikpijn en een bolle buik passen bij een normaal postoperatief beloop. Er was om 22.00 uur geen sprake van alarmtekens als significante maagretentie (navraag verpleegkundige en in dossier nagekeken), misselijkheid en/of braken gecombineerd met een slechte klinische situatie. Zij concludeerde op basis van onderzoek dat er geen sprake was van acute prikkelende buik, zodat er geen aanleiding was om de sondevoeding te stoppen. Er was een normale peristaltiek. Overigens zou er voor een interventie ook bij het postoperatief voorkomen van uitsluitend een hoogklinkende peristaltiek ook onvoldoende urgentie zijn geweest. Maagretentie meten wordt door de verpleging gedaan. Het laatste onderzoek om 21.00 uur heeft verweerster om 22.00 uur in haar beoordeling betrokken. Voor postoperatieve pijnstilling is de gegeven morfine het middel van eerste keuze. Er was al een zo-nodig-order gegeven. Er was geen reden om de chirurg te roepen maar verweerster heeft dit uit zorgvuldigheid gedaan vanwege de recente operatie. Verweerster betreurt dat haar - wel degelijk gevoelde - medeleven niet is overgekomen. Het is niet gebruikelijk als kortdurend bij de behandeling betrokken arts om contact met de familie te zoeken na een overlijden. Daaruit blijkt evenmin gebrek aan empathie. Het ware beter geweest als verweerster aantekeningen had gemaakt van lichamelijk onderzoek en bevindingen maar dit valt verweerster niet tuchtrechtelijk te verwijten te meer nu er geen wijziging in het gevoerde beleid heeft plaatsgevonden.*

### 5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

*Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar 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. Voorts wijst het college erop dat de afloop van het gebeuren buitengewoon tragisch is maar dat de toetsing van het handelen van verweerster moet plaatsvinden in het licht van wat haar op dat moment bekend was en bekend kon zijn.*

#### *5.2*

*Verweerster heeft patiënt onderzocht op verzoek van de verpleging en geen alarmerende symptomen aangetroffen. Zij heeft peristaltiek gehoord. Dat de chirurg later de peristaltiek anders omschrijft of heeft vernomen, levert geen verwijt op. Niet alleen kunnen omschrijvingen afwijken zonder dat er een ander beeld is, ook kan de peristaltiek op verschillende momenten anders zijn. Het stoma heeft verweerster naar haar zeggen gezien, dat zag er volgens haar vitaal (rozig) uit. De maagretentie heeft zij nagevraagd en de aantekening daarover van 21.00 uur heeft zij gezien. Juist omdat verweerster door de verpleegkundige verzocht was de patiënt te beoordelen en zij de voor de hand liggende onderzoeken heeft gedaan, heeft het college onvoldoende reden te twifelen aan het onderzoek en de bevindingen van verweerster. Voor verweerster waren er rond 22.00 uur onvoldoende aanknopingspunten om een ileus vast te stellen, nog daargelaten dat die diagnose door de chirurg gesteld moet worden. Nu die diagnose niet was gesteld en niet verondersteld hoefde te worden, is de toediening van morfine als eerste middel tegen postoperatieve pijn niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Dat cijfers in het dossier niet kloppen heeft klaagster wel gesteld maar is verder niet voldoende aannemelijk gemaakt of geworden. Bovendien valt niet in te zien dat dit verwijtbaar is aan verweerster.*

#### *5.3*

*Verweerster vond in de ongerustheid van de familie en de conditie van de patiënt aanleiding om een chirurg te betrekken, wat zij heeft gedaan. Naar het oordeel van het college waren er op dat moment onvoldoende alarmsymptomen aanwezig om de chirurg met spoed te laten komen.*

#### *5.4*

*Verweerster heeft verzuimd haar bevindingen in het medisch dossier te noteren. Dat levert in beginsel een tuchtrechtelijk verwijt op. Nu verweerster echter onderzoek heeft verricht, aan de chirurg en bij de overdracht aan de opvolgend zaalarts haar bevindingen mondeling heeft medegedeeld en na haar dienst nog bij patiënt is geweest om haar bevindingen met de opvolgend behandelaars te vergelijken, heeft zij voldoende verzekerd dat de door haar vergaarde medische informatie voor de opvolgend behandelaren beschikbaar was. De opvolgend zaalarts heeft vervolgens de bevindingen van verweerster, de betrokken chirurg en haarzelf genoteerd in het medisch dossier. Hoewel het handelen van verweerster op dit onderdeel de schoonheidsprijs niet verdient, levert het geen tuchtrechtelijk verwijt op.*

#### *5.5*

*Het college betreurt dat klaagster en haar kinderen (te) weinig empathie hebben ervaren van verweerster. Nu deze klacht lastig feitelijk is te onderzoeken of verifiëren - het gaat om een persoonlijk gevoelde reactie op (niet) gevoelsmatig handelen van een ander - levert dit niet snel een tuchtrechtelijk verwijt op. In dit geval heeft het college, mede gelet op hetgeen ter zitting is besproken, onvoldoende aanwijzingen dat het verweerster*

*aan voldoende inlevingsvermogen en begrip ontbreekt. Ook dit klachtonderdeel faalt (...)*”.

### 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 onder het kopje “2. DE FEITEN”, welke weergave in beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

### 4. Beoordeling van het beroep

4.1 In beroep heeft klaagster haar klacht herhaald en nader toegelicht.

4.2 De arts heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 In beroep zijn de schriftelijke klachten over het beroepsmatig handelen van de arts nog een keer aan de tuchtrechter ter beoordeling voorgelegd. Het Centraal Tuchtcollege heeft kennisgenomen van de inhoud van die in eerste aanleg geformuleerde klachten en het daarover in eerste aanleg door partijen schriftelijk (en mondeling) gevoerde debat. Het door het Regionaal Tuchtcollege gevormde zaaksdossier is aan het Centraal Tuchtcollege gestuurd.

4.4 In beroep is het debat door partijen schriftelijk nog een keer gevoerd, waarbij door ieder van hen standpunten zijn ingenomen naar aanleiding van de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten en de door dat College gegeven beschouwingen en beslissingen. Tijdens de mondelinge behandeling op 13 september 2018 is dat debat voortgezet.

4.5 Het beraad in raadkamer na de behandeling in beroep heeft het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het College in eerste aanleg. Het Centraal Tuchtcollege verenigt zich met de overwegingen van het Regionaal Tuchtcollege en maakt deze tot de zijne. In aanvulling op hetgeen in rechtsoverweging 5.4 van de beslissing in eerste aanleg is overwogen, overweegt het Centraal Tuchtcollege dat een arts een eigen uit artikel 7:454 van het Burgerlijk Wetboek voortvloeiende dossierplicht heeft en dat hij zich in beginsel niet kan beroepen op de dossiervoering door andere hulpverleners. De verplichting om een dossier te vormen rust immers op iedere individuele hulpverlener. Dit betekent dat het zeer aanbevelingswaardig is dat een arts zelf zijn bevindingen, overwegingen, en/of de door hem uitgevoerde verrichtingen in het dossier noteert, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan de patiënt noodzakelijk is. Het Centraal Tuchtcollege benadrukt in dit verband ten overvloede dat goede verslaglegging van groot belang is. Niet alleen met het oog op het verzekeren van de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening en begeleiding, maar ook vanwege de verantwoording en toetsbaarheid van het handelen van de desbetreffende hulpverlener (in dit geval de arts).

4.6 Het voorgaande leidt tot de slotsom dat het Regionaal Tuchtcollege de klacht op goede gronden ongegrond heeft verklaard. Dit betekent dat het beroep moet worden verworpen.

4.7 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal het Centraal Tuchtcollege bepalen dat onderhavige beslissing op na te noemen wijze wordt bekend gemaakt.

### 5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:  
verwerpt het beroep.

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift

voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door A.D.R.M. Boumans, voorzitter, B.J.M. Frederiks en M.P. den Hollander, leden-juristen en R. Heijligenberg en R.A. Veenendaal, leden-beroepsgenoten en J.S. Heidstra, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 11 oktober 2018.

Voorzitter w.g.            Secretaris w.g.