

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2017.219

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2017.219 van:

A., wonende te B., appellante, klaagster in eerste aanleg,
tegen

H., specialist ouderengeneeskunde, werkzaam te I., verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. S.W. Autar-Matawlie te 's-Gravenhage.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klaagster - heeft op 15 april 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Den Haag tegen H.- hierna de specialist ouderengeneeskunde - een klacht ingediend. Bij beslissing in raadkamer van 14 februari 2017, onder nummer 2016-081c heeft dat College de klacht afgewezen. Klaagster is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De specialist ouderengeneeskunde heeft een verweerschrift in beroep ingediend. De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaken C2017.218 en C2017.220 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 15 februari 2018, waar zijn verschenen de specialist ouderengeneeskunde, bijgestaan door zijn gemachtigde.

Na afloop van de mondelinge behandeling op 15 februari 2018 heeft het Centraal Tuchtcollege, na beraadslaging in raadkamer, in het openbaar mondeling uitspraak gedaan. Hetgeen hierna volgt is een schriftelijke uitwerking van die uitspraak.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

“2. De feiten

2.1 *Klaagster is de dochter van mevrouw D. (hierna: de patiënte), geboren op 28 december 1927 en overleden op 17 april 2013. Patiënte verbleef van 10 januari 2013 tot haar overlijden in het verpleeghuis van E. (hierna: E.), locatie F. te B..*

2.2 *Verweerder is als specialist ouderengeneeskunde werkzaam bij E..*

2.3 *Op 14 februari 2013 is in overleg met patiënte en de familie (in principe tijdelijke) sondevoeding gestart omdat na een staaroperatie eten en drinken moeizaam ging.*

2.4 *In maart en april 2013 hebben verschillende familiegesprekken (05 maart 2013, 14 maart 2013, 19 maart 2013, 04 april 2013 en 13 april 2013) plaatsgevonden over de achteruitgang in de gezondheidstoestand van patiënte (bij een eindstadium van parkinson, een uitgebreide somatische voorgeschiedenis en verslechterende cognitief functioneren) en het te voeren medische en zorgbeleid.*

2.5 *Op 29 maart 2013 heeft een gesprek plaatsgevonden, waarbij ook de (behandelend) neuroloog van patiënte aanwezig was. Aan de familie is onder meer geadviseerd de sondevoeding te continueren totdat patiënte zelf de sonde zou weigeren. Een alternatief voor voeding, bijvoorbeeld in de vorm van een PEG-sonde was er niet. Orale voeding werd niet verantwoord geacht vanwege een hoog risico voor verslikken.*

2.6 Tijdens het gesprek op 13 april 2013 is afgesproken (om klaagster de tijd te geven te accepteren dat patiënte de (pre)terminale fase was ingegaan) een laatste keer te proberen de sonde voor voeding in te brengen als patiënte dit toestond. Bij een niet succesvolle poging zou de sonde niet meer worden ingebracht en zou een palliatief beleid met comfort worden ingezet en een natuurlijk beloop worden geaccepteerd. Patiënte zou niet meer worden ingestuurd naar het ziekenhuis.

2.7 Toen op 13 april 2013 geprobeerd werd de sonde in te brengen, is dit niet gelukt. De familie is daarvan op de hoogte gebracht en sondevoeding is gestaakt. Er is vervolgens een palliatief/comfortbeleid ingezet. Besloten is tot een medicamenteuze behandeling met paracetamol 1000 mg 3dd zetpil, Diazepam 2dd 10 mg zetpil, zo nodig bij onrust, en morfine 5 mg subcutaan, zo nodig bij onrust en oncomfortabele situatie.

2.8 In de nacht van 16 op 17 april 2013 is klaagster bij patiënte gebleven. Op 17 april 2013 's ochtends om ongeveer 9.10 uur is patiënte overleden.

3. De klacht

Klaagster verwijt verweerder

- dat de sonde voor de voeding niet is herplaatst;
- dat hij niet heeft gehandeld volgens het medische beleid dat erop gericht moest zijn het stervensproces van patiënte zonder pijn of andere ongemakken te laten verlopen
- dat hij de verpleegkundigen die de dienst overnamen onvoldoende instructies heeft gegeven over de behandelwijze van patiënte, waardoor zij in de uren voor haar overlijden veel heeft geleden;
- dat hij in eerste instantie heeft geweigerd om het overlijden van patiënte vast te stellen en een verpleegkundige opdracht heeft gegeven om dat te doen. Toen de verpleegkundige dat weigerde heeft de arts uiteindelijk pas om 9.15 uur het overlijden zelf vastgesteld.
- dat hij heeft geweigerd een afschrift van het medisch dossier van patiënte te verstrekken aan klaagster.

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 Uit de stukken is gebleken dat verweerder veel aandacht heeft besteed aan de uitleg aan en gezamenlijke besluitvorming met de familie over de situatie van patiënte en het te voeren medische beleid. Op 13 april 2013 heeft verweerder overeenkomstig afspraak met de familie een palliatief beleid ingezet, dat wil zeggen comfort bieden aan patiënte en lijden voorkomen met medicamenteuze behandeling (zie punt 2.5 onder de feiten).

5.2 Het College heeft niet kunnen vaststellen dat verweerder niet heeft gehandeld volgens het palliatieve beleid en dat er onvoldoende instructies zijn gegeven over de behandelwijze van patiënte. Meermaals is met de familie gesproken over de sondevoeding. Het inbrengen van een Percutane Endoscopische Gastrostomie (PEG-katheter) was niet mogelijk vanwege een grotendeels in de thorax gelegen maag bij een forse hernia diafragmatica bij patiënte. Uit de aantekeningen van 13 april 2013 in de rapportage blijkt dat de verpleging heeft geprobeerd de sonde bij patiënte in te brengen, maar dat dat niet lukte. Daarop is conform de afspraken die waren gemaakt in het familiegesprek van 13 april 2013 het palliatieve beleid ingezet en is de familie daarvan op de hoogte gebracht. Verweerder heeft tijdens het verhoor in het vooronderzoek uiteengezet dat de afspraken over de medicijnen waren vastgelegd in het digitale dossier en dat de

medicijnen vermeld stonden op de medicatielijst. Iedere avond vond bij wisseling van de dienst overdracht plaats. Verweerder had in de avond/nacht van 16 op 17 april dienst en was (telefonisch) bereikbaar/oproepbaar, maar was niet binnen de instelling aanwezig. Hij heeft toegelicht dat in de nacht de verpleegkundige het aanspreekpunt is en bepaalt of het nodig is om een arts op te roepen. De besluitvorming van de verpleegkundige verloopt volgens een protocol (triagemethode). In de nacht is verweerder niet gebeld. Deze - overigens binnen een instelling gebruikelijke - gang van zaken ontmoet bij het College geen bedenkingen. De drie eerste klachtonderdelen zijn ongegrond.

5.3 Evenmin is gebleken dat verweerder in eerste instantie heeft geweigerd om het overlijden van patiënte vast te stellen en een verpleegkundige opdracht heeft gegeven dat te doen. Verweerder heeft deze stelling van klaagster ontkend en gesteld dat hij 's ochtends voor het eerst is gebeld en dat hem toen is meegedeeld dat patiënte was overleden. Daarop is hij direct naar de instelling gegaan. In een verklaring van de verpleegkundige, belast met de zorg voor patiënte op dat moment (bijlage 5 bij het verweerschrift) staat vermeld dat verweerder aan de verpleegkundige zou hebben gevraagd om bepaalde functies bij patiënte te controleren. Hieruit valt niet af te leiden dat verweerder niet van zins was de lijkschouw uit te voeren. Verweerder is naar de instelling gekomen en heeft zelf de schouw uitgevoerd en een natuurlijke dood (door ziekte) vastgesteld. Het vierde klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

5.4 Het verwijt dat verweerder heeft geweigerd het medisch dossier van patiënte te verstrekken treft eveneens geen doel. Ook na het overlijden van de patiënt blijft in beginsel het beroepsgeheim voor een arts bestaan, tenzij blijkt van (veronderstelde) toestemming van de patiënt voor gegevensverstrekking. Aanwijzingen hiervoor heeft het College niet. Het College tekent hierbij ten overvloede aan dat vaste rechtspraak is dat als een klacht bij het Tuchtcollege wordt ingediend tegen een arts, deze relevante gegevens van de patiënt mag gebruiken voor zijn verweer. Het College kan een arts ook vragen gegevens te verstrekken voor een goede beoordeling van de klacht. beroepsgeheim blijft ook

Om bovenstaande redenen zal de klacht in zijn geheel zonder nader onderzoek als kennelijk ongegrond 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 Klaagster beoogt met haar beroep haar klacht in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege voor te leggen en concludeert tot gegrond verklaring van het beroep.

4.2 De specialist ouderengeneeskunde heeft gemotiveerd verweer gevoerd en concludeert tot verwerping van het beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege acht zich op grond van de schriftelijke stukken die in eerste aanleg en in beroep zijn gewisseld en het verhandelde ter terechtzitting in beroep voldoende voorgelicht om een beslissing over de klacht te kunnen nemen, zodat geen noodzaak bestaat de zitting aan te houden zoals door klaagster heden is verzocht.

4.4 De behandeling van de zaak 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 Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg, zodat het beroep moet worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. C.H.M. van Altena, voorzitter, mr. W.P.C.M. Bruinsma en

mr. H. de Hek, leden-juristen en drs. P.J. Schimmel en dr. C.C. Tijssen, leden-beroeps-
genoten en mr. M. van Esveld, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 15 februari 2018.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.