

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2017-160a

Datum uitspraak: 16 januari 2018

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 B,
verweerder,
gemachtigde: mr. L. Neuschäfer-Greebe, werkzaam te Amsterdam.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:
- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 4 juli 2017,
- het verweerschrift met bijlage (medisch dossier).

1.2 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 28 november 2017. Partijen, klager vergezeld door zijn dochter en verweerder bijgestaan door zijn gemachtigde, zijn verschenen en hebben hun standpunten toegelicht. De klacht is behandeld tezamen met de andere, met de klacht samenhangende klacht zoals bedoeld in artikel 57, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), die bekend is onder het dossiernummer 2017-160b.

1.3 Partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om in het vooronderzoek te worden gehoord.

2. De feiten

2.1 De echtgenote van klager, D (hierna: patiënte), geboren in 1943 en overleden in 2017, is op 23 mei 2017 wegens dyspnoe en koorts opgenomen in het E te B (hierna: het ziekenhuis). Ze was bekend met onder meer hemiparese, afasie en slikstoornissen na een herseninfarct in 2016 en was cardiaal belast. Verweerder was gedurende deze opname als internist/hematoloog in het ziekenhuis verantwoordelijk voor de behandeling van patiënte.

2.2 Sinds 23 mei 2017 is - net als tijdens een eerdere opname van patiënte in april 2017 - behandelbeleid code 4 (DNR/DNI/geen IC: maximale behandeling op de afdeling, geen reanimatie, geen intubatie, geen IC) gehanteerd. Op 26 mei 2017 heeft de dienstdoende arts-assistent (verweerder in de zaak met nummer 2017-160b) in overleg met verweerder bepaald dat het gevoerde beleid vanaf dat moment werd gewijzigd in code 5 (abstinerend beleid: niet op genezing gericht, niet levensverlengend, maar gericht op comfort). In het medisch dossier vermeldt de arts-assistent hierover:

"(...) Beloop

08:00 bijgeroepen, niet meer aanspreekbaar. (...) 08:30 Patient gaat gaspen, reageert nauwelijkelijk, familie met spoed gebeld. Situatie uitgelegd aan partner en dochter: Vermoedelijk

urosepsis, fluid-irresponsive, waarbij AKI en mgl nu ook overvulling bij cardiale belasting icm AKI. Partner en dochter mee eens dat situatie nu zo slecht is dat het wenselijk is om naar

comfort te streven.

CODE 5

B/

- Code 5, iom C

- Morfine 2.5mg bolus, daarna stand 1

- Medicatie / Infuus stop".

2.3 In het daaropvolgende weekend (27 en 28 mei 2017) zagen klager en de dochter van patiënte en klager verbetering optreden, waarna de arts die in het weekend dienst had tijdelijk vocht per infuus aan patiënte heeft laten toedienen om te zien of ze opknapte.

2.4 Op 29 mei 2017 heeft verweerder - na herbeoordeling van patiënte en bespreking van de situatie tijdens de zogenaamde grote visite - het abstinerend beleid (code 5) gehandhaafd. In het medisch dossier is hierover vermeld:

"(...) ACTUEEL: abstinerend beleid wegens aanhoudende sepsis, fluid irresponsive, AKI en

tevens decompensatio cordis (...)"

En:

"Best supportive care handhaven.

Intensievere zorg lijkt niet in belang patiente aangezien zij in zeer matige conditie is en niet gevoed kan worden

Overleg met verpleeghuisarts over huidige dilemma

en standpunt familie

Palliatief team erbij halen gezien complexiteit situatie".

2.5 Op 30 mei 2017 is patiënte beoordeeld door het consultatief palliatief team (CPT). Dienstdoend arts van het CPT was een bij het ziekenhuis, locatie F, werkzame internist. Op advies van het CPT is - ook op 30 mei 2017 - bloedonderzoek verricht en een gesprek met klager en dochter gevoerd. Klager heeft tijdens dit gesprek gezegd dat hij wijziging van het beleid in code 4 wilde en heeft gevraagd om een second opinion. Verweerder heeft vervolgens diezelfde dag de hiervoor bedoelde internist nogmaals geraadpleegd.

2.6 Het medisch dossier vermeldt over het onder 2.5 bedoelde bloedonderzoek:
*“(...) Ao/ Lab: moeizaam wat bloed verkregen
forse leverchemie afwijkingen, bili 176 (20) (...)”*.

2.7 In het medisch dossier is over het onder 2.5 bedoelde gesprek door verweerder het volgende vermeld:

“(...) Overweging/ differentiaal diagnose:

uitleg in aanwezigheid van verpleegkundige , arts ass G, pte zelf (ze lijkt van het gesprek niets mee te krijgen), haar echtgenoot en dochter dat pte er zeer slecht voorstaat met falen van meerdere organen, dat verwacht wordt dat ze op zeer korte termijn komt te overlijden.

uitleg dat elke handeling anders dan supportive care hoe goed bedoeld haar niet meer beter zal maken

dat het mogelijk zelfs verlengen van lijden geeft

De combinatie van het bestaande hartfalen, cognitieve problematiek tgv herseninfarct met ook slikproblemen, nierfalen, vaatproblematiek met nu ook ijskoude paarse onderbenen, en inmiddels ook leverfalen met een bili van 176 geduid als gevolg van hypoxie na hypotensie waarna ze ook een ATN ontwikkelde

En de WHO 4 score maken dat ik een code 4 niet verantwoord vind

Haar man geeft heel duidelijk aan het hier niet mee eens te zijn, ze is vaker weer hersteld na een heel moeilijke periode. Hij wil dat er iets gegeven wordt zodat ze weer iets verbeterd. Hij eist dan ook een second opinion waarop ik H internist in E en lid van palliatief team gevraagd heb een second opinion te geven.

De verpleegkundigen van 651 staan achter de beslissing om code 5 te hanteren.

Uitleg dat ik erop terug kom”

2.8 Op 31 mei 2017 heeft de onder 2.5 bedoelde internist in het medisch dossier vermeld: *“(...) Beleid: zie alle verslagen van CPT: accoord ingezette beleid ; geen mogelijkheid tot enige zinvolle therapeutische interventie; patiente is terminaal , MOF”*.

2.9 Patiënte is op 31 mei 2017 op verzoek van klager overgeplaatst naar een verpleeghuis, waar ze op 4 juni 2017 is overleden.

3. De klacht

Klager verwijt verweerder - zakelijk weergegeven - dat hij (1) geen second opinion heeft willen aanvragen en (2) dat hij niet openstond voor oplossingen.

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 Het College is zich ervan bewust dat de opname en het overlijden van patiënte kort daarna aangrijpend voor klager en naaste familie moeten zijn geweest. Toch zal ook in dit geval, waar het gaat om de *tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen, zakelijk moeten worden beoordeeld of verweerder bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Daarbij wordt rekening gehouden met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klager klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen in de beroepsgroep terzake als norm was aanvaard.*

5.2 Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel overweegt het College als volgt. Verweerder heeft als verweer gevoerd zijn medewerking te hebben verleend aan het verzoek om een second opinion door aan te bieden 'al het papierwerk te willen regelen' en vervolgens de onder 2.5 bedoelde internist te raadplegen. Onder een second opinion wordt volgens de KNMG verstaan: 'Een advies over (een deel van) de gezondheidstoestand van de patiënt van een andere arts dan de behandelend/onderzoekend arts.' Uitgangspunt is dat een arts wordt geraadpleegd die niet bij de behandeling is betrokken. In dit geval is het College echter van oordeel dat verweerder kon volstaan met het raadplegen van de onder 2.5 bedoelde internist, die patiënte als dienstdoend arts bij het CPT reeds had gezien. Daarbij is van belang dat het advies op zeer korte termijn moest worden ingewonnen gelet op de slechte medische toestand van patiënte; immers was mede op grond van het onder 2.6 bedoelde bloedonderzoek geconcludeerd dat sprake was van multi orgaanfalen en was sprake van een uitgebreide (onder 2.1 beschreven) voorgeschiedenis en slechte conditie van patiënte. Verder heeft verweerder meerdere visies geïnventariseerd, door de situatie binnen het team en daarnaast met de verpleeghuisarts te bespreken. Gelet op die omstandigheden vormt het nogmaals raadplegen van voornoemde internist een redelijke oplossing en valt verweerder in dat opzicht geen tuchtrechtelijk verwijt te maken. Dit klachtonderdeel faalt dan ook.

5.3 Ook het tweede klachtonderdeel faalt. Vooropgesteld wordt dat niet is gebleken van concrete (door klager) voorgestelde oplossingen die door verweerder zijn afgewezen. Voor zover dit klachtonderdeel ziet op het niet wijzigen van het gevoerde (abstinerend) beleid, geldt dat het oordeel over (het staken van) medisch zinloos handelen een medisch-professioneel oordeel is dat aan de arts toekomt. Verweerder is niet gehouden tot (be)handelingen die niet kunnen bijdragen aan of leiden tot verbetering van de medische toestand van patiënte. Het dossier en het verhandelde ter terechtzitting bieden geen aanknopingspunten voor het oordeel dat het hanteren van een ander dan abstinierend beleid medisch zinvol kon zijn. Er is dan ook geen grond voor het oordeel dat verweerder met zijn keuze voor het handhaven van abstinierend beleid de zorg van een goed hulpverlener als bedoeld in artikel 453 van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst niet in acht heeft genomen. Ook ten aanzien van dit klachtonderdeel ontbreekt tuchtrechtelijke verwijtbaarheid.

5.4 De conclusie is dat verweerder met betrekking tot de klacht geen verwijt zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a, van de Wet BIG 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. L.J. Sarlemijn, voorzitter, mr. P.M. van Dijk-de Keuning, lid-jurist, P.C.L.A. Lambregts, dr. I. Dawson en dr. J.W. van 't Wout, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door mr. J.W. Rouwendal, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 16 januari 2018.

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.