

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

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

**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**, arts,  
destijds werkzaam te B,  
verweerder,  
gemachtigde: mr. A.W. Hielkema, werkzaam te Utrecht.

### **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 bijlagen.

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 2017-160a.

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 ten tijde van de opname van patiënte arts-assistent in opleiding tot cardioloog in het ziekenhuis (sinds

1 november 2016) en is vanaf 23 mei 2017 als zaalarts bij de behandeling van patiënte betrokken geweest (tijdens zijn dagdiensten op 23, 24, 26, 29, 30 en 31 mei 2017).

2.2 Sinds 23 mei 2017 is - net als tijdens een eerdere opname van patiënte in het ziekenhuis 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 verweerder in overleg met zijn supervisor (verweerder in zaak 2017-160a) 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). Verweerder vermeldt in het medisch dossier hierover:

*"(...) Beloop*

*08:00 bijgeroepen, niet meer aanspreekbaar. (...) 08:30 Patient gaat gaspen, reageert nauwelijks, 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 F*

*- 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 is - na herbeoordeling van patiënte en bespreking van de situatie 's middags 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 Verweerder heeft die dag in de ochtend en in de middag met klager en de dochter gesproken. Hierover heeft verweerder op 29 mei 2017 in het medisch dossier onder meer vermeld:

*"(...) Fam gesprek C/partner/dochter:*

*Partner geeft aan dat pt zelf aangeeft graag nog te willen. (...) Tevens ben ik zelf niet aanwezig geweest bij antwoord van pt mbt beleid. (...)"*

2.6 Op 30 mei 2017 is patiënte beoordeeld door het consultatief palliatief team (CPT). Op advies van het CPT is - ook op 30 mei 2017 - bloedonderzoek verricht en hebben verweerder en zijn supervisor vervolgens in bijzijn van een verpleegkundige een gesprek met klager en de dochter gevoerd. In dat gesprek is uitgelegd dat patiënte er zeer slecht voorstaat met falen van meerdere organen (onder meer hartfalen, cognitieve problematiek na een herseninfarct, slikproblemen, nierfalen, leverfalen, vaatproblematiek, ijskoude paarse onderbenen), dat het beleid (code 5) niet wordt gewijzigd en dat verwacht wordt dat patiënte op zeer korte termijn komt te overlijden. Klager heeft tijdens dit gesprek gemeld dat hij wil dat het behandelbeleid wordt gewijzigd in code 4 en heeft gevraagd om een second opinion.

2.7 De supervisor van verweerder heeft vervolgens diezelfde dag de internist die patiënte namens het CPT had beoordeeld nogmaals geraadpleegd. In het dossier heeft die internist vermeld: "*Beleid: zie alle verslagen van CPT: accoord ingezette beleid ; geen mogelijkheid tot enige zinvolle therapeutische interventie; patiënte is terminaal (...)*".

2.8 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 - (1) dat hij heeft ontkend op 29 mei 2017 van patiënte zelf te hebben gehoord of gezien dat zij aangaf verder te willen leven, (2) dat hij heeft ontkend op 29 mei 2017 te hebben gezegd dat de behandeling van patiënte zou worden hervat en (3) dat hij ten onrechte heeft gezegd dat het niet mogelijk was om patiënte op 31 mei 2017 over te plaatsen naar het verpleeghuis.

De enkele stelling in het klaagschrift dat de 'arts/co-assistent' op 26 mei 2017 na 00.00 uur geen behandeling wilde opstarten kan, gelet op de dagdiensten van verweerder in die periode, geen betrekking hebben op verweerder en wordt daarom niet als klachtonderdeel aangemerkt.

### **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. Niet in geschil is dat verweerder op 29 mei 2017 zowel 's ochtends als 's middags met*

*klager en de dochter heeft gesproken. Klager stelt dat verweerder erbij was toen patiënte die dag de vraag van klager of zij nog verder wilde leven bevestigend beantwoordde, althans knikte, en verwijt verweerder dat hij dat ontkent. Verweerder stelt dat het klager was die hem heeft verteld dat patiënte kenbaar maakte verder te willen leven en wijst erop dat hij dit ook zo in het medisch dossier heeft vermeld. Het College kan dan ook niet vaststellen dat verweerder van patiënte zelf heeft begrepen dat zij nog verder wilde leven. Maar al had verweerder dat van patiënte zelf gehoord, dan zou dit voor de beoordeling van de klacht niet relevant zijn geweest, nu verweerder (ter zitting) heeft meegedeeld dat hij de mededeling van klager beschouwde als mededeling namens patiënte. Bovendien heeft verweerder naar aanleiding van deze mededeling van klager tijdens de grote visite op 29 mei 2017 uitdrukkelijk de vraag aan zijn supervisor en de andere artsen voorgelegd of er nog enige behandeling van patiënte mogelijk was. Aldus heeft verweerder actie ondernomen naar aanleiding van de wens van patiënte. Dit heeft echter niet geleid tot de start of hervatting van enige behandeling, omdat deze door de verantwoordelijke arts (de supervisor van verweerder) medisch zinloos werd geacht vanwege de slechte medische toestand van patiënte. Mede op grond van het onder 2.6 bedoelde bloedonderzoek was vastgesteld dat sprake was van multi orgaanfalen. Daarnaast was sprake van een uitgebreide (onder 2.1 beschreven) voorgeschiedenis en slechte conditie van patiënte. Dit klachtonderdeel faalt.*

*5.3 Het tweede klachtonderdeel faalt eveneens. Verweerder bestrijdt dat hij tegen klager heeft gezegd dat het behandelbeleid zou worden gewijzigd dan wel dat de medicatie en/of voeding zou worden hervat. Nu de verklaringen van klager en verweerder over de feitelijke gang van zaken uiteenlopen, kan niet worden vastgesteld dat verweerder een dergelijke toezegging heeft gedaan en dus ook niet dat hij dat nadien ten onrechte heeft ontkend. Dat betekent dat ook niet kan worden geoordeeld dat verweerder terzake hiervan een verwijt treft.*

5.4 Voor zover klager verweerder verwijt dat hij ten onrechte heeft gezegd dat het niet mogelijk was om patiënte op 31 mei 2017 over te plaatsen naar het verpleeghuis, kan dat onderdeel van de klacht ook niet leiden tot de conclusie dat verweerder een tuchtrechtelijk verwijt te maken valt. Verweerder heeft als verweer gevoerd dat hij heeft gezegd dat overplaatsing een probleem zou kunnen zijn gezien de toestand van patiënte en dat de ambulance haar mogelijk niet zou meenemen. Vaststaat dat medewerking is verleend nadat bleek dat ambulancevervoer mogelijk was.

5.5 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.