

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 080/2017

### gREGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 12 januari 2018 naar aanleiding van de op 11 april 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,  
gemachtigde: mr. M. de Wit-Jansen, advocaat te Etten-Leur,

k l a a g s t e r

-tegen-

**C**, arts anesthesioloog/intensivist, (destijds) werkzaam te D,  
gemachtigden: G en H, beide werkzaam als jurist bij de afdeling Bestuurlijke en Juridische zaken E te D,

v e r w e e r d e r

#### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit de volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlage;
- een brief van klaagster gedateerd 13 september 2017;
- op 23 november 2017 ingekomen stukken van de zijde van klaagster.

Naar aanleiding van de stukken van klaagster van 23 november 2017 heeft verweerder verzocht om de stukken buiten beschouwing te laten dan wel om de zaak aan te houden. Het college heeft besloten de zaak doorgang te laten vinden en het overleggen van de stukken toe te laten. Aan verweerder is de gelegenheid geboden om ter zitting te reageren.

De zaak is vervolgens behandeld ter openbare zitting van 8 december 2017. Klaagster, vergezeld van haar drie kinderen, en verweerder zijn verschenen, beiden met hun gemachtigde(n).

Deze zaak is gezamenlijk behandeld met de zaken van klaagster tegen drie andere artsen en een verpleegkundige. In deze zaken met de nrs. 078/2017, 081/2017, 082/2017 en 233/2017 wordt eveneens vandaag uitspraak gedaan.

## 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, F, 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 halsklierdissectie rechts en radiotherapie. Voor een recidief vijf jaar later werd hij opnieuw geopereerd 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 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 verweerder) 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 die dag werd patiënt besproken. Besloten werd dat bij een nieuwe complicatie op medische gronden zou moeten worden afgezien van een opname op de IC. Het besluit zou eerst worden besproken met de oncologisch specialist.

Op 15 november 2016 noteerde deze onder meer: *“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.”*

Genoemde collega-intensivist heeft 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.”*

Verweerder werd bij patiënt betrokken als dienstdoende intensivist van de afdeling intensive care (IC) en medium care (MC) met circa 40-50 patiënten, inclusief vitaal bedreigde patiënten op de spoedeisende hulp, gedurende de nachtdienst van 15 november 2016 van 17.00 uur tot 8.00 uur. Er was tevens een zaalarts aanwezig en een fellow. Deze worden respectievelijk eerst om advies gevraagd alvorens de intensivist om advies te vragen. Bij de overdacht om 17.00 uur werd onder meer het beleid ten aanzien van patiënt besproken.

Verweerder had een erg drukke dienst. Hij was om 18.00 uur met zijn visite begonnen maar had om 1.00 uur patiënt nog niet gezien. Hij wist toen dat de fellow IC door de zaalarts was gebeld over een patiënt op de MC. Rond 1.20 uur hoorde hij dat het om patiënt ging en dat er beoordeling nodig was.

Om 1.30 uur heeft verweerder patiënt bezocht samen met de zaalarts. Het voortgangsverslag (gemaakt door de zaalarts, medebeoordeeld door verweerder) 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 verweerder, college]:*

*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 dochter komt. 2:50, met morfine stand 5 nog steeds dyspnoeisch, dochter is gearriveerd, familie heeft afscheid genomen. lom [naam verweerder, college] midazolam gestart. 4.25 Pt overleden.“*

Verweerder heeft daarna 's nachts nog navraag naar patiënt gedaan bij de verpleging. Er waren geen bijzonderheden. Hij heeft de familie verder met rust gelaten. Na het overlijden heeft de familie een klacht ingediend bij het ziekenhuis en zijn onder andere met verweerder vergeefs bemiddelingsgesprekken gevoerd.

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

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat:

1. onder zijn supervisie de zaalarts en de verantwoordelijke verpleger onzorgvuldig hebben gehandeld doordat ze de verschijnselen van een veel voorkomende complicatie als een ileus niet hebben herkend zoals patiënt die had vanaf 20.00 uur: opnieuw optredende en toenemende buikpijn, toename van de buikomvang en nagenoeg geen stomaproductie. Zij hebben het op zijn beloop gelaten terwijl patiënt zich in een levensbedreigende situatie bevond en ze hebben er tevens niet voor gezorgd dat er tijdig een arts bij kwam die wel deskundig was; een drukke dienst vormt hiervoor geen excuus;
2. hij 's nachts niets heeft uitgelegd, niets over wat aspiratie inhield en evenmin over de mogelijkheid van intubatie als de enige kans op overleven. Verweerder heeft deze behandeling niet aangeboden aan patiënt terwijl hij achteraf zegt dat hij dat wel gedaan heeft. Er is uitdrukkelijk genoteerd dat patiënt wel geïntubeerd wilde worden indien nodig en het is volstrekt onbegrijpelijk dat de uitslag van de laatste MRI, waaruit bleek dat de kanker stil stond, en de notitie dat de symptomen afname, niet zijn meegenomen in de besluitvorming. Verweerder heeft overigens ook helemaal niet gewezen op een niet-behandelafsprak. De dochter heeft daar ook niet naar verwezen maar alleen aan de zoon gezegd dat verweerder aangaf dat er geen behandelopties meer waren. Eerst nadat dit herhaaldelijk was aangegeven koos patiënt voor morfine. Overigens begreep de familie aanvankelijk helemaal niet wat verweerder met comfortabel bedoelde.
3. verweerder, achteraf ten onrechte, heeft gezegd dat opname op de IC tot een verslechtering voor patiënt zou hebben geleid en de kans op overleven zeer gering zou zijn geweest.

#### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat de klachten als ongegrond afgewezen dienen te worden omdat van een schending van tuchtnormen geen sprake is geweest. Verweerder heeft geprobeerd vragen en onvrede bij klaagster weg te nemen.

Reeds bij aanvang van de dienst is verweerder op de hoogte gesteld van het afgesproken beleid ten aanzien van patiënt. Kort gezegd: *“geen grote complicaties behandelen, niet terug naar de IC”*. Verweerder werd niet eerder dan 1.20 uur op de hoogte gesteld van de veranderde toestand van patiënt en kan dan ook niet verantwoordelijk worden gehouden voor de supervisie voor die tijd.

Verweerder trof patiënt rond 1.30 uur toenemend benauwd aan. Hij heeft uitgelegd dat er sprake was van acute respiratoire nood bij aspiratie en dat er geen curatieve behandelingen mogelijk waren. Hij heeft mogelijk toen het woord comfortabel gebruikt om het verschil tussen curatieve en palliatieve zorg aan te duiden. Verweerder heeft de familie inderdaad geen keuze voorgelegd. Hij mocht ervan uitgaan dat het afgesproken, en in het dossier vastgelegde, gelimiteerde beleid in deze fase van de ziekte van patiënt, duidelijk was voor de patiënt en diens familie en in overeenstemming met hen tot stand was gekomen. Na het bekijken van de thoraxfoto, verweerder weet niet of er nog een echo is gemaakt, heeft hij op een vraag van de zoon nogmaals benadrukt dat opname op de IC en intubatie en beademing niet medisch zinvol werden geacht. Ook heeft hij nogmaals de afspraak benoemd geen grote complicaties meer te behandelen. Ook patiënt zelf heeft verbaal en non-verbaal aangegeven dat hij niet naar de IC wilde en ook geen intubatie.

Verweerder heeft in de bemiddelingsgesprekken gezegd dat de kans op overleven voor patiënt klein zou zijn geweest, rekening houdend met de conditie van patiënt die zich bovendien in de eindfase van een onomkeerbaar ziekteproces bevond. De door klaagster aangehaalde overlevingspercentages zijn niet op de situatie van patiënt van toepassing.

#### 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 verweerder moet plaatsvinden in het licht van wat hem op dat moment bekend was en bekend kon zijn.

##### 5.2

Verweerder heeft bij de overdracht het ingezette beleid vernomen van de voorheen dienstdoend intensivist. Hij mocht ervan uitgaan dat hetgeen hem is medegedeeld (en was opgenomen in het dossier), klopte en besproken was met de familie van patiënt.

Vervolgens is verweerder pas om 1.20 uur betrokken bij patiënt omdat deze toenemend benauwd werd. Zoals mede volgt uit de beslissingen in de zaken 082/2017 en 233/2017 valt verweerder geen verwijt te maken over tekortschietende supervisie.

### 5.3

Verweerder heeft zich in het (eerste) gesprek met patiënt en familie aanvankelijk mogelijk onhandig uitgedrukt door hen voor te houden dat hij patiënt comfortabel kon maken. Daardoor is de boodschap, dat er geen medisch zinvol handelen meer geboden kon worden, niet overgekomen. Verweerder heeft zich dit ook aangetrokken. Een tuchtrechtelijk verwijt levert dit echter niet op.

### 5.4

In het nagesprek met klaagster heeft verweerder verteld dat intubatie in principe mogelijk was en een kleine kans op overleven zou hebben geboden. Klaagster heeft daaruit afgeleid dat haar echtgenoot ten onrechte een kans op overleven is onthouden door niet te intuberen en te beademen en dat verweerder anders heeft verklaard in de nacht van 15 op 16 november 2016.

### 5.5

Uit het afgesproken beleid, het handelen van verweerder in de nacht van 15-16 november 2016 en zijn toelichting ter zitting volgt dat verweerder ervan overtuigd was dat beademen in de laatste fase medisch zinloos was. Zijn opmerking in het nagesprek is, aldus verweerder, niet juist begrepen. Hij bedoelde te zeggen dat je nooit *nooit* kunt zeggen, maar dat de kans op overleven van patiënt indien hij wel was beademd, miniem was. Dit misverstand is betreuenswaardig en de communicatie had (ook) op dit vlak duidelijker en directer kunnen zijn. Het gaat er echter niet om wat beter had gekund, maar of de communicatie van verweerder met klaagster onder de tuchtrechtelijke meetlat komt. Dat is naar het oordeel van het college niet zo, zodat dit klachtonderdeel faalt. Daarbij overweegt het college nog het volgende. Verwijten omtrent inhoud en wijze van (mondellings) communicatie laten zich moeilijk op hun juistheid beoordelen door het college, dat van die communicatie immers geen getuige is geweest. Het is vaak de toon die de muziek maakt, en die toon is aan derden niet (goed) over te brengen. Iets soortgelijks geldt met betrekking tot de context waarin woorden of uitlatingen worden gebruikt: die kan bepalend zijn voor de betekenis ervan, maar is hooguit gebrekkig te reconstrueren. Daarbij komt dat bij communicatie tussen enerzijds leken en anderzijds professionals het misverstaan van elkaar een voortdurend actueel gevaar is, dat nog toeneemt naarmate deelnemers aan die communicatie bij het onderwerp ervan emotioneel betrokken zijn. Een en ander maakt het beoordelen van de gegrondheid van verwijten als bedoeld, voor derden als het college tot een moeilijke opgave.

### 5.6

De dochter van klaagster heeft steeds ontkend dat zij aan het ziekbed van haar vader heeft medegedeeld dat haar vader geen behandeling meer wilde. In het verslag, dat mede door verweerder is beoordeeld, is dat wel zo opgeschreven ("*maar pt geeft aan dat hij dat niet meer wil en ook dochter geeft aan dat dit eerder zo besproken is*"). Ook al is er op dit punt sprake van het ene woord tegen het andere, zodat niet kan worden vastgesteld wat daadwerkelijk (niet) is gezegd, merkt het college op dat het noteren van de opmerking van de dochter onnodig lijkt en onnodig grievend is gebleken. Het achterwege laten van de notitie ware beter geweest. Een tuchtrechtelijk verwijt levert het echter niet op.

## 5.7

De conclusie luidt dat verweerder op onderdelen beter en/of meer had kunnen communiceren dan hij heeft gedaan en zorgvuldiger dossier had kunnen laten voeren, maar dat hij met zijn handelen is gebleven binnen de redelijke grenzen van de beroepsuitoefening.

## 6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan door mr. Th.C.M. Willemse, voorzitter, dr. P.C.M. Verbeek en dr. L van den Broek, leden-artsen in tegenwoordigheid van mr. B.E.H. Zijlstra-Bauer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 12 januari 2018 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

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 de volksgezondheid, wie de gelegenheid uit hoofde van de hun 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 Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.