

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 081/2017

REGIONAAL 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, (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 s t 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 verweerster 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 verweerster 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 verweerster zijn verschenen, beiden met hun gemachtigde(n).

Ter zitting is de zaak gezamenlijk behandeld met de zaken van klaagster tegen drie andere artsen en een verpleegkundige. In deze zaken met de nrs. 078/2017, 080/2017, 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 E 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 heelkunde. 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 sinds maart 2016 werkzaam als arts (niet in opleiding) in E. Verweerster had in de nacht van 15 november op 16 november 2016 nachtdienst. Deze dienst begon om 23.00 uur met een overdracht met betrekking tot de patiënten van de MC en de IC.

Tijdens de overdracht werd verzocht om naar patiënt te komen kijken in verband met zuurstofbehoefte van patiënt. De zaalarts van de avond is nog met verweerster meegegaan omdat zij een vergelijk met de eerdere toestand kon maken. Bij aankomst werd gemeld dat patiënt geëruct had. De assistent chirurgie had opdracht gegeven om de sondevoeding te stoppen en de maag leeg te maken. Verweerster heeft opdracht gegeven om een thoraxfoto te maken.

Verweerster heeft overleg gevoerd met de fellow van de IC. De fellow gaf aan zo snel mogelijk te zullen komen en dat de toegepaste behandelopties, te weten uitzuigen en sondevoeding stopzetten, de juiste waren. Aan de familie is uitgelegd dat patiënt waarschijnlijk braaksel had ingeademd en dat de toestand ernstig was. Toen verweerster met de dienstdoende intensivist sprak heeft ze met hem besproken dat hij naar de MC

zou komen omdat de fellow niet snel kon komen. Verweerster heeft samen met de intensivist geconstateerd dat patiënt een grote zuurstofbehoefte had en dat er op de thoraxfoto geen massale aspiratie te zien was. Desoufflatiescopie is overwogen maar de mogelijkheid is verworpen. Er is aan de familie uitgelegd dat er geen behandelopties waren. De sfeer was zeer gespannen.

Verweerster heeft een verslag gemaakt wat is beoordeeld door de dienstdoende intensivist. Dit verslag vermeldt ondermeer:

“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 desoufflatiescopie?) 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 dyspnoeïsch, dochter is gearriveerd, familie heeft afscheid genomen. Iom [naam intensivist, college] midazolam gestart.

4.25 Pt overleden.”

Nadat het beleid was afgesproken, is verweerster weggegaan. Kort na het overlijden is verweerster bij patiënt geweest. Zij heeft de familie gecondoleerd en de dood vastgesteld. Verweerster was niet betrokken bij de bemiddelingsgesprekken die in het ziekenhuis gevoerd zijn.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerster – zakelijk weergegeven- dat:

1. 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 betreurde dat patiënt tijdens haar dienst was overleden;
2. zij de uitslag van de röntgenfoto niet met de familie heeft besproken en ook niet heeft uitgelegd wat er na de aspiratie met patiënt aan de hand was;
3. zij niet heeft uitgelegd dat intubatie de enige kans op overleven van patiënt was en dat zij deze behandeling niet heeft aangeboden;
4. zij niet de waarheid in het dossier heeft geschreven want zij heeft geschreven dat patiënt en de familie geen intubatie of verdere behandeling wilden terwijl er alleen maar gezegd was dat er geen behandeling mogelijk was. Er is niet gesproken over het afgesproken beleid. Dit gelimiteerde beleid is niet met de familie afgesproken.

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.

Verweerster betreurt dat haar – wel degelijk gevoelde - medeleven niet is overgekomen. Verweerster heeft direct aangegeven dat de situatie zeer ernstig was en samen met de intensivist is de situatie aan de familie uitgelegd. Verweerster meent dat daarbij ook de thoraxfoto is besproken. De intensivist was de supervisor van verweerster. Door hem is het beleid bepaald en met de familie besproken. Verweerster was hierbij aanwezig. Er is aangegeven dat intubatie en opname op de IC niet meer medisch zinvol werden geacht.

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 na de overdracht patiënt desgevraagd bezocht en besproken met de medebehandelaars. Zij heeft de fellow verzocht patiënt te beoordelen. Toen deze niet snel genoeg bij patiënt kon komen, is de dienstdoend intensivist gekomen. Het vanaf dan gevolgde beleid heeft de intensivist, tevens haar supervisor, gevoerd. Voor zover klaagster daarover klaagt, treft dat verweerster niet.

5.3

Vanwege het braken van patiënt en zijn zuurstofbehoefte, heeft verweerster een thoraxfoto aangevraagd. Dat acht het college adequaat. In het vervolg is de uitslag van dit onderzoek meegenomen, aldus verweerster ter zitting. Mogelijk is niet expliciet ingegaan op de uitkomst van de röntgenfoto, maar in algemene zin is verteld over de uitkomsten van het onderzoek en het in te zetten beleid. Het college acht dit een voldoende uitleg. De omstandigheden waarin verweerster en haar supervisor met patiënt en familie communiceerden en het (negatieve) resultaat van de röntgenfoto brengt mee dat verweerster op dit punt geen tuchtrechtelijk verwijt treft.

5.4

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.

5.5

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 de supervisor 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, naar achteraf gebleken, onnodig grievend is. Het achterwege laten van de notitie ware beter geweest. Een tuchtrechtelijk verwijt levert het echter niet op.

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 aan 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.