

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 313/2017

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 8 mei 2018 naar aanleiding van de op 20 oktober 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven ingekomen en aan het regionaal Tuchtcollege te Zwolle doorgezonden klacht van

A en B, wonende te C,
bijgestaan door mr. U. Santi, advocaat te Waalwijk,

k l a g e r s

-tegen-

D, neuroloog, (destijds) werkzaam te E,
bijgestaan door F en G, als jurist verbonden aan het H te E,

v e r w e e r s t e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 30 maart 2018, alwaar zijn verschenen klagers en verweerster in persoon, klagers bijgestaan door mr. Santi en verweerster bijgestaan door F en G.

Ter zitting zijn tegelijkertijd behandeld de klachten van klagers tegen de kinderarts

I, de KNO-arts J en de anesthesioloog K, die bekend zijn onder de nummers 314, 315 en 316/2017.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch dossier) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

De klacht betreft de behandeling van de dochter van klagers, geboren in 1996 en overleden in 2012, verder patiënte te noemen, in het H, verder het ziekenhuis.

Patiënte was bekend met het MEGDEL-syndroom, een chronisch progressieve neuro-metabole ziekte. Daarbij was sprake van een bilateraal spastisch/dystoon beeld, ernstige psychomotore retardatie en ernstige slechthorendheid. Patiënte was sedert 1997 onder meer in het H onder behandeling vanwege dit ziektebeeld en de kinderarts I was sedert 2010 daar haar hoofdbehandelaar.

Patiënte had een gestoorde ademhaling, apneus en waarschijnlijk nachtelijke hypoventilatie waarvoor niet invasieve beademing tot september 2011. Na september 2011 ging dat niet meer vanwege toenemende speeksel- en slijmproductie bij een ernstige orofaryngeale slikstoornis gepaard gaande met recidiverende pulmonale aspiratie en verslikincidenten. Verder had patiënte een pathologische gastro-oesophagale reflux.

Vanwege de toenemende ademhalingsklachten heeft de behandelend kinderarts I die gespecialiseerd is in metabole ziekten, patiënte met een papieren consultaanvraag op 21 december 2011 doorverwezen naar het droolingteam van het ziekenhuis. Dit team bestaat uit verweerster als kinderneuroloog, de KNO arts J en een logopedist. In de vraagstelling aan het droolingteam noteerde I dat patiënte bekend was met het MEGDEL syndroom (3-MGA-urie, spasticiteit, dystonie, Leigh syndroom, ernstige psychomotore retardatie en doofheid), dat er sprake was van achteruitgang sinds ongeveer drie maanden dat er veel slijm was (+++) en veel kwijlen (+++), dat de infecties toenamen, dat er een opvallende ademhaling was. De vraagstelling was beoordeling en zo nodig/mogelijk behandelen.

In eerste instantie was er een afspraak gepland met het droolingteam voor eind maart 2012. Op initiatief van I is deze afspraak vervroegd naar 23 januari 2012.

In het dossier is met betrekking tot dat consult genoteerd:

“A (...) Pat met MEGDEL-syndroom. Progressief beeld. Zeer lag niveau, Eerder adenotomie gehad. Ernstig kwijlen waarbij vooral ook posterieur met toenemend aspiratie en luchtweg incidenten. Onderhoudsdosering AB cotrimoxazol. Eet en drinkt nauwelijks. Vooral PEG-voeding. Heeft antireflux-medicatie. Heeft apneu's. Kan masker bijna niet dragen door hoesten/speekselproblematiek.

O: Voortdurend kwijlen en rochelen. Tijdens controle enkele malen hoesten en “pharyngeaal worstelen met speeksel”. Doet mond actief niet open. Eerdere ingrepen geen intubatieproblemen anamnestic.

Conclusie

Ov: Speekselreducerende ingreep op korte termijn. Vitale bedreiging door posterior drooling.

C. Posterior drooling.

Beleid:L

Lx: Uitleg AB, zwelling, nabloeding, littekens, drains, ic-bewaking, post-op zwelling.

Accoord ingreep.

Tx Advies: glandula submandibularis resectie en ductus v Stensen ligatie bdz.”

De KNO-arts J zou de ingreep uitvoeren en heeft klagers geïnformeerd over de operationele mogelijkheden, het belang van de operatie en de daaraan verbonden risico's.

Pre-operatief is er op 2 februari 2012 een consult geweest bij de anesthesioloog om te beoordelen of patiënte de ingreep lichamelijk aan zou kunnen.

Aanvankelijk was de operatie gepland op 6 februari 2012 maar wegens gebrek aan IC-mogelijkheid is deze geannuleerd. Op 7 februari 2012 heeft J daarover telefonisch contact gehad met klaagster. In het dossier noteerde hij:

“A: TC moeder. Hoop onduidelijkheid mbt de ingreep en opname eea toegelicht IC indicatie postop. IC bed moet op allerlaatste moment nog definitief toegewezen worden.”

J heeft de ingreep op 29 februari 2012 uitgevoerd. De ingreep is chirurgisch gezien ongecompliceerd verlopen maar anesthesiologisch was peroperatief in de beginfase sprake van zeer wisselende saturaties. In het verloop van de operatie waren de saturaties goed.

Patiënte is na de ingreep opgenomen op de IC. Direct na detubatie op de afdeling IC traden er weer saturatiedalingen op tot 58% met blauwverkleuring. Met extra zorg en zuurstof was er herstel van de oxygenatie maar niet van de ventilatie.

In het dossier is door de arts-assistent op de IC genoteerd als beleid:

- “ - info verzamelen via ouders omtrent beademingsvoorwaarden thuis*
- info eigen kinderarts/huisarts*
- NIPPV instellingen ↑ 12/6 of hoger en controle gas na 1 uur*
- overleg met KNO/neuro hoe verder te gaan*
- nasale mayo ingebracht ivm obstructie”*

De arts-assistent heeft, zo noteerde deze in het dossier, vervolgens telefonisch contact gehad met een collega van I, verweerster, de huisarts, en diverse andere behandelaren in diverse instellingen waar patiënte onder behandeling was om inlichtingen in te winnen over patiënte.

In de vroege ochtend van 1 maart 2012 heeft de dienstdoende arts-assistent niet-invasieve ondersteuning van de ademhaling gestart (NIPPV). Aanvankelijk trad een verbetering op maar in de middag en avond van 1 maart 2012 werd duidelijk dat ondanks maximale niet-invasieve ademondersteuning de situatie van patiënte bleef verslechteren.

De dienstdoende intensivist noteerde in het dossier bij het lichamelijk onderzoek haar bevindingen en noteerde daarbij dat niet bekend was wat patiënte normaal wel of niet kon. Verder werd genoteerd dat er zou worden gestreefd naar ontslag naar huis in acceptabele conditie en dat de volgende dag (2 maart 2012) er een gesprek zou plaats-

vinden met I, klagers en de IC. De dienstdoende intensivist heeft die dag nog overleg gehad met de behandelend arts van het epilepsiecentrum L. Deze vertelde dat er geen bloedgasanalyses waren gedaan bij patiënte en dat zij hun rapportages alleen aan de neuroloog in het M en de huisarts hadden gestuurd. De huisarts was overigens niet bekend met de beademing.

Klagers hebben die dag de dienstdoende intensivist verteld dat patiënte thuis nachtelijke PEEP-beademing kreeg maar dat dit sinds september 2011 niet meer ging in verband met teveel hoesten, slijm en discomfort. Zij vertelden ook dat patiënte vaak wat blauw zag. Klagers dachten dat ze een zuurstoftekort had.

De dienstdoende intensivist noteerde :

“Dus: Mogelijk chronische hypercapnie. Hoogte hiervan onbekend. Patiënt komt niet in aanmerking voor enige vorm van beademing gezien haar infauste onderliggende prognose.”

Op 2 maart 2012 noteerde I:

“Vanochtend geroepen i.v.m. levensbedreigende situatie. Gisteren was er als contact met R hierover. P was opgenomen voor geplande ok i.v.m. levensbedreigende drooling. Postoperatief word duidelijk, dat ondanks verbetering van dit onderdeel van haar klachten leidend tot resp. insuff. (spierhypotonie, restr longfunctiestoornis, drooling) sprake is (blijft) van zeer ernstige respiratoire insufficiëntie.

Uitvoerig gesprek (ouders, N (IC), O (Vpk-IC) en ik, zie ook papieren IC status):

- *Zeer ernstige levensbedreigende respiratoire insufficiëntie, ook tijdens operatie zeer grote problemen om haar ueberhaupt te beademen i.v.m. rest longfunctiestoornis*
- *Ouders voelen zich schuldig, dat zij de o.k. hebben laten uitvoeren. Uitgelegd dat de o.k. haar enige kans op verbetering was. Ouders hebben zelf in januari aangegeven, dat “als er niet snel iets gebeurd gaat zij dood”, uitgelegd, dat het ook zonder o.k. deze kant op gegaan was.*
- *Hebben afgelopen maanden het PEEP apparaat thuis niet meer kunnen gebruiken omdat zij te benauwd was*
- *Ouders begrijpen de situatie wel en zijn erg verdrietig, maar kunnen zich wel in deze weg vinden, zij snappen ook , dat er medisch gezien geen opties meer zijn.”*

I heeft in de ochtend van 2 maart 2012 samen met de dienstdoende intensivist N een gesprek gehad met de ouders. Uit de notitie in het dossier blijkt dat zij aan klagers hebben uitgelegd dat de speekselklieroperatie niet het gewenste effect had en dat de longen van patiënte zo slecht waren en haar spierkracht zo laag dat zelfstandig ademen voor haar niet meer mogelijk was. De laatste maanden was ze al voortdurend erg benauwd en kwam ze dus al adem tekort. Zij hebben met klagers besproken dat het gevolg zal zijn dat patiënte zou overlijden. Genoteerd is dat klagers erg verdrietig waren en zich afvroegen of de operatie wel had moeten gebeuren. I en N hebben aan klagers uitgelegd dat, ook als de operatie niet was gebeurd, patiënte geen toekomst meer had vanwege het tekort aan ademcapaciteit. Klagers leken hierin te berusten en belden de familie voor het afscheid. Die middag heeft I nogmaals met klagers gesproken. In het dossier is genoteerd *“P gaat hoe dan ook overlijden het enige wat we voor haar kunnen doen is zorgen dat ze daarbij niet onnodig lijdt”*.

Omdat patiënte oncomfortabel oogde is besloten haar 5 mg Morfine intraveneus te geven. Patiënte is de nacht erna op de IC overleden.

Op 18 juni 2012 heeft er een nagesprek plaatsgevonden in aanwezigheid van I, de kinderintensivist K in wiens nachtdienst patiënte was overleden en verweerster.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGERS EN DE KLACHT

Klagers verwijten verweerster dat zij onzorgvuldig heeft gehandeld en haar bevindingen met betrekking tot de gezondheid van patiënte niet met klagers heeft gedeeld.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

Verweerster concludeert dat de tegen haar ingediende klacht moet worden afgewezen omdat er geen sprake is geweest van schending van de tuchtnormen. Voor zover nodig wordt hierna meer specifiek op het verweer ingegaan.

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 het overlijden van patiënte heel verdrietig is maar dat de tuchtrechtelijke toetsing van het handelen van verweerster zoals hier het geval, moet plaatsvinden in het licht van hiervoor genoemde toetsingskader en van wat verweerster op het moment van handelen bekend was en bekend kon zijn.

5.2

Zoals het college heeft overwogen in de klacht tegen verweersters collega de kinderarts I (nummer 314/2017) was gedurende de hele episode I de hoofdbehandelaar van patiënte. Verweerster is als kinderneuroloog verbonden aan het drooling-team in het ziekenhuis en na de doorverwijzing door I betrokken geraakt bij de behandeling van patiënte. Gegeven het feit dat de aandoening die patiënte had in essentie een neurologische aandoening was en gezien het feit dat zij functioneerde als 'zorgcoördinator' van het team, verantwoordelijk voor triage, moet verweerster in dit geval beschouwd worden als de hoofdverantwoordelijke van het team.

Bij de beoordeling van patiënte had het drooling-team beperkte informatie van I gekregen zoals hierboven weergegeven.

Verweerster heeft ter zitting verklaard dat er wat moest gebeuren omdat patiënte zo veel last had van spekselaspiratie, dat ze heeft ingeschat dat zich geen grote pulmo-

nale problemen zouden voordoen bij de operatie en dat de anesthesist inzicht had in de toestand van patiënte.

Uit de stukken en hetgeen ter zitting is besproken is gebleken dat verweerster bij de beoordeling van patiënte is gevaren op het klinisch beeld van patiënte en op de informatie in de aanvraag van I. Uit deze informatie bleek dat de toestand van patiënte penibel was en dat hulp gewenst was. Maar verweerster hoefde uit die informatie niet op te maken dat sprake was van bijzondere risico's voor een ingreep in de zin dat er reden was voor meer specifiek onderzoek of terugkoppeling met I. Zoals beschreven in de beslissing betreffende de klacht tegen I (nummer 314/2017) is het college van oordeel dat specifiek onderzoek en/of overleg wel op zijn plaats was geweest. Het college is van oordeel dat het beter was geweest als verweerster als hoofd van het team niet louter op de informatie van I had gevaren, of had vertrouwd op onderzoek door de anesthesioloog (zoals zij ter zitting verklaarde), maar dat zij zelf nader onderzoek had geïnitieerd of had overlegd met I. Het college is echter van oordeel dat gegeven het feit dat I de feitelijke hoofdbehandelaar was van patiënte verweerster daarvan niet in tuchtrechtelijke zin een verwijt kan worden gemaakt.

5.3

Ten slotte nog het volgende. Ter zitting is van de zijde van de verweerders aan de orde geweest dat het bijzonder jammer is dat er geen gelegenheid is geweest om een fatsoenlijk gesprek te hebben met klagers. Het college merkt in dat verband het volgende op. Het college heeft geconstateerd dat het ziekenhuis klagers wel in de gelegenheid heeft gesteld desgewenst een gesprek te hebben maar dat het ziekenhuis het initiatief daartoe (steeds) bij klagers heeft gelaten. Het lag, gegeven de situatie, eerder op de weg van verweerster dan wel van het ziekenhuis het initiatief voor een gesprek te nemen en klagers daadwerkelijk uit te nodigen voor een gesprek.

5.4

De conclusie is daarom dat de tegen haar ingediende klacht moet worden afgewezen.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan door mr. F van der Maden, voorzitter, mr. E.W. de Groot, lid-jurist, prof. dr. P.P.G. van Benthem, dr. R.B. van Leeuwen en dr. F. Brus, leden-arts, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 8 mei 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.