

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2018.163

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2018.163 van:

A., wonende te B., appellant, klager in eerste aanleg,
gemachtigde: drs. G.T. Haan, verbonden aan
ARAG Rechtsbijstand te Leusden,
tegen

C., kinderarts, hemato-oncoloog, werkzaam te D.,
verweerster in beide instanties,
gemachtigde: mr. A.C. de Die, advocaat te Amsterdam.

1. Verloop van de procedure

A. – hierna klager – heeft op 21 april 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen
C. – hierna de kinderarts – een klacht ingediend. Bij beslissing van 9 maart 2018, onder
nummer 096/2017, heeft dat College de klacht afgewezen.

Klager is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De kinderarts heeft een verweerschrift in beroep ingediend. Het Centraal Tuchtcollege heeft van klager nog nadere correspondentie ontvangen.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 6 juni 2019, waar zijn verschenen klager en zijn echtgenote, bijgestaan door drs. Haan voornoemd, en de kinderarts, bijgestaan door mr. De Die voornoemd.

De zaak is ter terechtzitting over en weer toegelicht. De beide gemachtigden hebben dat mede gedaan aan de hand van notities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“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.

Klager is de vader van E., geboren in 1998 en overleden op 9 januari 2015. De klacht betreft de behandeling van E., hierna ook patiënt te noemen.

Opname 10 november t/m 22 november 2014

Op 10 november 2014 werd patiënt door het F. te G. verwezen naar het H. in D. voor aanvullende diagnostiek en behandeling bij verdenking van leukemie. Hij werd diezelfde dag opgenomen op de verpleegafdeling kinderoncologie en -hematologie.

Verweerster was sectiehoofd van deze subafdeling. Naast haar waren er nog vier andere kinderoncologen/-hematologen (verder ook senior of supervisor genoemd) werkzaam, waaronder I. en J.. Verder waren er twee kinderoncologen in opleiding, K. en L., ook wel fellow genoemd, die afwisselend een maand op de polikliniek en in de kliniek

werkzaam waren. Directe patiëntenzorg werd verder in de kliniek gegeven door een arts in opleiding tot kinderarts (aios) en poliklinisch ook door twee verpleegkundig specialisten en een verpleegkundig specialist in opleiding. Ten slotte was er ook een co-assistent op de afdeling aanwezig.

Op 11 november 2014 werd bij patiënt de diagnose Acute lymfatische leukemie (ALL) gesteld. Ouders en patiënt kregen van een fellow en een aios in een diagnosegesprek informatie over de behandelingen en chemotherapie en het te verwachten klinisch en poliklinisch traject. In het verpleegkundig dossier werd, voor zover thans relevant, genoteerd dat patiënt en ouders uitleg kregen over verschillende studies:

“Diagnose wordt nu al aan [voornaam patiënt, RTG] en ouders verteld (nog geen BMP) gedaan, maar uitslag is toch al zeker.

[voornaam patiënt, RTG] en ouders krijgen uitleg over verschillende studie's denken hier nog over na.

(...)

Chemotherapie wordt de behandeling.

Eerste half jaar is dit zeer intensief en zal [voornaam patiënt, RTG] veelal in het ziekenhuis zijn.

De laatste periode zal veelal poliklinisch zijn.

De chemotherapie zou gegeven worden via een pac.

Deze wordt waarschijnlijk donderdag geplaatst samen met een LP + BMP.

De eerste week zal bestaan uit prednison waardoor de leukemie al grotendeels moet verdwijnen.

De respons wordt gecontroleerd op dag 8, dag 33, dag 78

Aan de hand van deze uitslagen + genetica wordt de behandeling bepaald.”

Op 13 november 2014 werden de beenmergpunctie en lumbaalpunctie uitgevoerd en werd een port-a-cath (PAC) geplaatst.

Patiënt werd besproken op het MDO/de grote visite van 13 november 2014. In het besprekverslag werd kinderarts M. als hoofdbehandelaar genoteerd. Afsproken werd om patiënt op basis van de diagnose pre-B-ALL conform het advies van de N. (N.) te includeren voor het behandelprotocol ALL-11.

Op 14 november 2014 tekenden patiënt en ouders, na uitleg door de researchverpleegkundige, het toestemmingsformulier voor deelname aan het ALL-11- studieprotocol voor kinderen van 12 t/m 17 jaar, H. versie 21 mei 2014. Ouders en patiënt ontvingen ieder een eigen informatiebrief over de ALL-11-studie en de behandeling, met een behandelingschema. Hierin was vermeld dat in het desbetreffende ziekenhuis geen standaard itraconazol profylaxe plaatsvond. Voor de 'supportive care' binnen het behandelprotocol was door de H.-afdeling kinderoncologie, in plaats van hetgeen in ALL-11 is aangegeven, gekozen voor de lijn 'frequente monitoring gericht op infectie(-risico) en geen standaard preventie met itraconazol'. Dit beleid werd als zodanig ingezet bij patiënt. Dit hield in tweewekelijkse monitoring met een Galactomannanbepaling (het bepalen van Aspergillus antigeen in seriële serummonsters) indien de patiënt neutropenie heeft (neutrofielen <500/ul) met of zonder koorts.

In het landelijke protocol ALL-11 is in hoofdstuk 15. Supportive Care richtlijnen; Ondersteunende maatregelen, 15.1 Infecties profylaxe/ behandeling, blz. 109/307, voor zover thans van belang, vermeld:

“Tijdens 1A geen itraconazol gezien interactie met wekelijks vincristine wel itraconazol starten in IB. Als er geen itraconazol wordt gegeven valt te overwegen 2x per week

galactomannan (GM) te bepalen, en indien $2x GM > 0.5$ adequate verdere diagnostiek (CZS, oog, long: HRCT, BAL en evt. biopsie, Note Abdomen) en overweeg antifungale therapie.”

Patiënt werd op 13 en 17 november 2014 getest op Aspergillus antigeen middels de Galactomannantest.

Ouders vroegen op 14 november 2014 wie de hoofdbehandelaar werd van patiënt. In het verpleegkundig verslag werd, voor zover thans relevant, het volgende genoteerd:

“ * graag met het rondje van 16.30 uur navragen wie de hoofdbehandelaar is of wordt voor [voornaam patiënt, RTG]. Dit hadden ouders ook al gevraagd gisteren maar geen antwoord gekregen en ik kon het ook niet zo snel vinden. Dus graag achteraan gaan.”

Dit werd ook door de aios, voor zover thans relevant, opgeschreven:

“Plan voor het na het weekend:

Rode draad dokter afspreken”

Op 17 november 2014 noteerde de aios, voor zover thans relevant:

“Beleid:

Rode draad dokter moet nog afgesproken worden”

Op 18 november 2014 werd door de aios in het medisch dossier bij beleid, voor zover thans relevant, genoteerd:

“Vervolggesprek 21-11: rode draad dokter (L./K.), medebehandelend ziekenhuis (ouders gaan hierover nadenken), vervolg behandeling”

In het verslag van het MDO op 20 november 2014 werden de fellows K. en L. (in verband met de zwangerschap van de eerstgenoemde) als hoofdbehandelaar genoteerd. De Galactomannantest is die dag niet uitgevoerd, hetgeen naar ter zitting is gebleken destijds bij het MDO niet te controleren was in het medisch dossier. Deze test is evenmin de volgende keren uitgevoerd volgens het schema van 2x per week zolang patiënt neutropeen was (patiënt was van 17 november tot 8 december 2014 neutropeen: 24 november: $0.29 \times 10^9/L$, 27 november: $0.58 \times 10^9/L$, 1 december: $0.24 \times 10^9/L$, 4 december: $0.25 \times 10^9/L$, 8 december: $0.64 \times 10^9/L$, 11 december: $3.03 \times 10^9/L$, 15 december: $0.81 \times 10^9/L$).

Op 21 november 2014 werd in het verpleegkundig verslag genoteerd dat er een gesprek met patiënt, ouders en K. had plaatsgevonden.

De volgende dag op 22 november 2014 werd patiënt ontslagen door de dienstdoende supervisor J.:

“Gaat goed. Geen koorts.

Nu geen klachten, geen bloedingen.

Heeft ontslag gesprek gister gehad. (...)”

Van 22 november tot en met 21 december 2014 werd patiënt poliklinisch behandeld.

Op 1 december 2014 vond een beenmerg- en liquorpunctie plaats.

In het calamiteitenrapport is gesteld, zoals op bladzijde 4 is te lezen:

“De beenmerg- en liquorpunctie vinden plaats middels een ongecompliceerde procedure. Over de interpretatie van de uitslag van het aantal neutrofielen van 0.29 (en eventuele vervolgacties naar aanleiding van) is geen notitie gemaakt. Een test op Aspergillus antigeen is niet overwogen en niet ingezet. In het poliklinische behandeltraject van 22 november tot de heropname op 22 december is geen test op Apergillus antigeen ingezet.”

Op 18 december 2014 werd conform protocol ALL-11 gestart met deel 1B.

Opname 21 december 2014 tot en met overlijden op 9 januari 2015

Op 21 december 2014 kreeg patiënt, na de 2e cytarabine gift, rond middernacht koorts (39.4) en meldde hij zich op de SEH. Op basis van het klinisch beeld, afwezige aplasie en lage ontstekingsparameters werd door de aios in overleg met verweester een expectatief beleid afgesproken. Patiënt kreeg een "logeerbed" aangeboden, omdat hij de volgende dag poliklinisch behandeld moest worden.

Op 22 december 2014 bleek uit laboratoriumonderzoek dat er sprake was van een verhoogd direct bilirubine (16 µmol/L) en totaal bilirubine (38 µmol/L) en werd in het overleg tussen een fellow en een supervisor besloten om de chemokuur uit te stellen.

Nadat in het kader van analyse van de koorts en pijn van patiënt in de rechterschouder op 23 december 2014 aanvullende diagnostiek van de PAC in de vorm van een opspuitfoto heeft plaatsgevonden, kreeg patiënt de chemokuur. Omwille van de houdbaarheid van de chemotherapie werd besloten om de cytarabine push 75mg/m² en asparaginase 1500IE/m² direct achter elkaar te geven.

Iets voor 21.40 uur die avond werd de aios door de verpleegkundige opgeroepen, omdat patiënt dysartrisch was en last had van duizeligheid en trillende handen, naast de hoofdpijn die hij al de hele dag had. Bij beoordeling rond 22.00 uur door de aios waren deze klachten over. De aios heeft in het medisch dossier, voor zover thans relevant, genoteerd:

"l.o.m. J.:

- gek beeld, niet direct te verklaren DD:

**Tekenen van cerebellair syndroom bij cytarabine? Echter lage dosering, zien we eerder bij high dose Ara-C.*

**TIA? Eerder gedacht aan trombose bij PAClijn, echter is uitgesloten middels Doppler (22-12) en lijn is vandaag nog opgespoten zonder bijzonderheden.*

** sinus trombose bij asparaginase, echter past dysartrie daar niet primair bij en ook weer vlot herstel.*

Plan: nogmaals neurologisch beoordelen, aandacht voor cerebellaire functies. Overleg neurologie (...)"

Om 22:55 uur was er opnieuw sprake van dysartrie bij patiënt. Patiënt was hierbij nu ook benauwd, wat verbeterde na toediening van zuurstof via een non-rebreathingmask. Hij gaf aan dat hij al de hele dag hoofdpijn had. De aios overlegde met een kinderneuroloog. Echter binnen een half uur ging patiënt acuut achteruit. Bij aankomst van de aios was patiënt niet meer aanspreekbaar (E1M4V1). De IC werd op de hoogte gesteld en er werd in overleg met de dienstdoende kinderneuroloog een CT-angiografie (rond 01.00 uur) en een CT-scan (03.00 uur) gemaakt. Hierop werden geen afwijkingen gezien. Als werkdiagnose werd toxische encefalopathie bij chemotherapie (cytarabine) gesteld. De kinderneuroloog heeft het klinische beeld van de patiënt en de scans mede beoordeeld en oordeelde dat de witte stof sterk gedemarqueerd was ten opzichte van de cortex, een beeld passend bij toxiciteit of metabole ontregeling. Patiënt werd, gezien de apneus, opgenomen op de PICU voor monitoring.

De ouders werden begin van de nacht gebeld en werden ingelicht door J.:

"Ouders werden begin van de nacht door arts gebeld, waarna vader direct kwam.

Moeder kwam toen E. naar de IC moest. Spraken met dr. J.. CT laat niets zien, oorzaak nog onbekend."

De volgende morgen, op 24 december 2014, heeft de intensivist in het medisch dossier een differentiaaldiagnose en plan opgeschreven, voor zover thans relevant:

“Spoed overleg kinderneurologie: thrombectomie, thrombolysie, overige therapie?:
overleg O. team alhier

Overleg O. team: onduidelijk tijdswindow ontstaan O. en nu, maar lijkt < 4-6 uur bestaand en dus geen mogelijkheid meer tot thrombectomie/thrombolysie (te risicovol); wel starten thrombo aggregatie remmers.

Diff diagnose arteriele thrombus/O.:

- pre-existent/congenitale thrombogene status (stolling, lipidprofiel, etc)
- verworven (oa asparaginas)
- lokale vaat anomalie (nb traject port a cath recentelijk nog gescreend, geen afwijkingen)
- auto-immuun

Plan:

- Start ascal oplaad eenmalig 300 mg, onderhoud 1dd 100mg (volgens volw O. protocol)
- aanvullend stollingsonderzoek in deze fase nu niet zinvol door recent asparaginase gebruik (tzt een keer oppakken)
- aanvullende diagnostiek inzetten naar vasculitiden/auto-immuun ziekten met thrombo-geen risico: ENA, ANA, ANCA, DS-DNA, anti-fosfolipiden, anti-cardiolipiden, ferritine, IGG, TG, BSE, lupus anticoagulans.
- echo cor transthoracaal: niet conclusief
- echo transoesofageaal (volw cardio): geen intra cardiale thrombi, geen klepafwijkingen, intacte septa, geen shunts
- iom kinder-immunologie+ kinderneuro: start 5 daagse methyl-prednisolon kuur 20 mg/kg, max per dosis 1000mg, dus 1dd 1000mg
- DVT profylaxe: hetzij pneumatische kousen, danwel nadroparine
- aan beademing wakkerder laten worden zodat neurologisch zoveel mogelijk te beoordelen is: pupil controle a 30 min
- oncologische behandeling tno stop
- teico/cefta bij verdenking infect (lijn bloedkweek 22/12 staph epidermidis) voorlopig continueren
- asparaginase spiegel naar Rotterdam cito
- dagelijks ammoniak vervolgen ivm nawerking asparaginase nog enkele dagen na gift.”

Bij het verslag van de X-thorax, aangevraagd op 24 december 2014 met de vraagstelling of de tube goed zit, beschrijft de radioloog, voor zover thans relevant:

“Parahilair wederom de vage nodulaire verdichting, mogelijk consolidatie.”

Op de PICU vond dagelijks intensief overleg en beoordeling plaats door de intensivist, kinderoncoloog en kinderneuroloog. Ter zitting is aangegeven dat de fellows hier zoveel als mogelijk bij aanwezig waren. Medische expertise werd geconsulteerd op het gebied van onder andere infectieziekten en immunologische (systeem)aandoeningen. Er werd een breed antibioticumbeleid ingezet naast uitgebreide diagnostiek, beademing en medicamenteuze ondersteuning. De spiegels van de chemotherapie lieten geen verhoogde waarden zien.

Op 25 december 2014 had een intensivist contact met J. en werd een infectiologische oorzaak in de differentiaaldiagnose opgenomen, voor zover thans relevant:

“Overleg J. J.:

Tot nader order alle chemotherapie stop. Bactrimel? P[advies van J J. geen bactrimel. Heeft hiervoor Bactrimel gehad, dus ip altijd goed gedekt geweest. NB dit wel heroverwegen

Met J. en radiologie nog naar infiltratieve afwijking op X-thorax gekeken. Radiologie vindt niet passen bij verbreed mediastinum. Echter wat is ronde consolidatie? Schimmel/Gist? Vooralsnog onvoldoende aanwijzingen voor. Indien onder MRI dan meescannen.

Echter radiologie wil thorax nu niet meescannen. MRI onvoldoende inzicht hierin, beter CT te maken.”

(...)

“DD:

1. Toxisch: evt kan ook gedacht worden aan een medicamenteuze origine van de occlusies, ook deze opties is besproken. Echter in literatuur bij bijvoorbeeld asparaginase met name vasculaire trombi zichtbaar.

2. Vasculitis: Het beeld is niet direct passend bij een vasculitis beeld, gezien het ontbreken van kaliberwisseling in de vaten. Ook de acute stop in het M1-M2 segment past daar niet bij. Echter kan het op basis van de verspreiding van de diffusie afwijkingen niet helemaal worden uitgesloten

3. Infectiologisch: Ook is het beeld niet typisch voor een encephalitis beeld, gezien het verspreidingspatroon van de afwijkingen. Maar ook niet volledig uitgesloten bij immuungecompromiteerde patient.

4. Niet passend bij dissectie”

Op de MRI (25 december 2014) werd een nodus conform eerder op X-thorax gezien, anterior in de linkerbovenkwab. Er werd besloten om bij persisterende onverklaarbare koorts een HRCT te overwegen om een schimmel/gist in de longen te bevestigen.

In de medische notitie van J. op 25 december 2014 staat, voor zover thans relevant:

“Pragmatisch geadviseerd te starten met ambitieuze 9aan [naam intensivist, RTG].”

J. heeft tevens genoteerd dat hij de casus had doorgenomen met collega kinderoncoloog I.

De volgende dag heeft de dienstdoende kinderarts, voor zover thans relevant, genoteerd:

“Tav cerebrale infarcten: uitgebreide diagnostiek staat in.

DD (zie ook eerdere notities)

1. vasculitisbeeld wv Methylprednisolon

2. Infectieus: krijgt uitgebreide AB dekking en ambitieuze ivm verachte lesie pulm”

(...)

“Tav 2. MRI thorax gemaakt, lesie kan aspergillus zijn. CT thorax meer sensitief, voorkeur CT thorax. Tevens afname BAL, ambitieuze door. LP mogelijk? Kweken en ok evt. tav 1?”

Op 26 december 2014 heeft de intensivist met ouders besproken dat er een duidelijke zichtbare toename van schade te zien is op de beeldvorming die ook paste bij het klinisch verslechterend beeld.

Op 27 december 2014 werd de diagnose Aspergillus pneumonie gesteld op basis van een kweek van bronchussecreet (diep endotracheaal), afgenomen op 24 december 2014. De medisch microbioloog heeft geadviseerd om alsnog een broncho-alveolaire lavage (BAL) te verrichten, om de behandeling verder te specificeren op basis van de stam. In overleg met een longarts, een kinderinfectioloog en een kinderarts heeft de intensivist besloten dat een BAL niets meer toevoegde. Afhankelijk van het resistentiepatroon van de aspergillus zou de amfotericine B geswitcht kunnen worden naar voriconazol.

In het calamiteitenrapport van het H. (M1021144) is, voor zover thans relevant, beschreven dat de aspergillus antigeen test is ingezet:

“Op 25 december wordt opnieuw een MRI-scan gemaakt waarbij ventraal in de bovenkwab links in de long een solitaire nodus is gezien. In het brein wordt een uitbreiding van de afwijkingen gezien. Er wordt gestart met een behandeling van ambisome (amfotericine B) in verband met een mogelijk Aspergillus pneumonie. De 1e keus optie in het behandelprotocol bij verdenking op een Aspergillusinfectie, te weten voriconazol is niet gevolgd en niet nader toegelicht in het dossier. De Aspergillus antigeentest is ingezet en toont later (op 27/12) een waarde van 1.1 (verhoogd) bij een neutrofielen aantal van 0.59.”

Op 29 december 2014 heeft de medische microbioloog geadviseerd om bij herhaling van de MRI-cerebrum tevens te kijken naar mogelijke cerebrale aspergillose.

De kinderneuroloog beschreef de MRI-cerebrum van 29 december 2014 aldus:

“Onveranderd ischaemie in media gebied en bilthalaam met discrete nieuwe vlekkerige schade in de hersenstam (pons, msencefalon, cerebellaire pedunkel) en ook uncus van de temporaal kwab aan de linkerzijde. Beeld past bij diffuse verhoogde coagulopathie In media stroomgebied en bij cerebellaire pedunkel en mesencefalon discrete hemorragische transformatie en bloeding in plexus met doorbraak naar corpus callosum. Met contrastvloeistof aankleuring van meningen passend bij post-O. (overlegd met [naam neuroloog, RTG]) en niet wijzen op meningitis lymfomatososa.

Niet direct aanwijzingen voor cerebrale aspergillose (uitzondering is de bloeding in de plexus daarvan kan ik dat niet helemaal uitsluiten)”

Op een uitgebreid MDO met input van de kinderoncoloog, intensivist, hematoloog, neuroloog, stollingsarts en infectioloog is de MRI eveneens besproken en werd een nieuw stollingsbeleid afgesproken. Nadien vond een familiegesprek plaats met onder andere de ouders, I. en de intensivist, waarin de uitbreiding van de infarcten is besproken.

Op 30 december 2014 heeft de kinderimmunoloog/infectioloog, voor zover thans relevant genoteerd:

“Infectiologische:

- 1) S. epidermidis bacteriemie dd 24/12 waarvoor 7d Teico IV. Controle HC negatief
- 2) Proven invasieve aspergillosis obv RF, positieve galactomannan 1.1 dd 25/12 (bij N 0.59) en A. fumigatus uit bronchus secreet bij intubatie”

(...)

“Medicatie:

Ambisome 5 mg/kg/d sinds 27/12

Conclusie

- 1) S. Epidermis waarvoor 7d Teico IV (sinds 24/12)
- 2) A. Fumigatus invasieve aspergillosis, focus huidig niet gevisualiseerd. Brein niet compleet uit te sluiten.

Advies KIMM

- indien leverfuncties het toelaten: start VORICONAZOL IV (oplaad gevolgd door onderhoud cfr. Kinderformularium)

- Dalspiegel VOR voor 5e gift

- Ambisome behouden tot adequate spiegels van VOR bereikt

- zo klinische toestand het toelaat: LD CT van longen te doen (focus evaluatie van invasieve aspergillose)

- Bronchussecreten blijven insturen tav kweken gisten/schimmel gezien geen diepe BAL voorhanden.”

Bij het MDO is een niet-reanimerenbeleid afgesproken, omdat een reanimatie een zeer nadelig effect op het brein zou hebben en gezien de totale situatie een reanimatie als disproportioneel werd beschouwd. De kinderintensivist heeft ouders ingelicht over het niet-reanimerenbeleid.

De arts-assistent heeft tevens genoteerd dat er dagelijks MDO IC met subspecialisten (met name neurologen, hematologen) ging plaatsvinden.

*Op 31 december 2014 bleek uit een bloedkweek via lijn (d.d. 28 december 2014) dat er sprake was van *Lactobacillus* species. Er werden nieuwe bloedkweken afgenomen. Antibiotica werden nog niet aangepast en afgesproken werd dat er de volgende dag opnieuw overleg zou plaats vinden met de medisch microbioloog.*

Op 1 januari 2015 zijn in overleg met de medische microbiologie bij een negatieve bloedkweek (d.d. 31 december 2015) de antibiotica, behoudens voriconazol, gestopt. Op het MDO van 2 januari 2015 werd cerebrale aspergillus in de differentiaal diagnose overwogen (op basis van opeenvolgende MRI-scans). De kinderinfectioloog stelde in een telefonisch contact dat ook bij cerebrale aspergillus infectie monotherapie met voriconazol van toepassing was en dat het toevoegen van caspofungine geen verschil zou maken.

I. noteerde, voor zover thans relevant:

“MDO IC met neuroradioloog:

Leptomeningeale aankleuring werd eerst geduid als mogelijk reactief na ischaemie.

Nu in de d.d. Ook cerebrale aspergillose met vasculitis beeld.

INvasieve diagnostiek wordt als te risicol ervaren en vooralsnog geen invloed op beleid. Wordt al behandeld voor aspergillus infectie met middel dat tevens cerebrale penetratie heeft.” (...)

“Dus beide paden bewandelen:

D.d. Asparaginase complicatie met art. thrombose

Cerebrale aspergillus”

In het medisch dossier is terug te lezen dat ouders dagelijks contact hadden over het beloop met verscheidene specialisten. Op 2 januari 2015 vroegen ouders een gesprek aan, omdat zij vragen hadden over de gang van zaken op de afdeling waar patiënt voor de acute achteruitgang opgenomen was. Er was voor ouders een aantal zaken onduidelijk en volgens ouders ook onjuist. Ouders vroegen zich daarnaast ook af of het gelijktijdig toedienen van cytarabine en PEG-asparaginase de oorzaak kon zijn van deze complicaties. L. heeft uitgebreid de vragen van ouders beantwoord en verslagen.

(...) “Wij zullen altijd open en eerlijk met ouders bespreken hoe het met E. gaat en wat er precies is gebeurd. Als blijkt dat er dingen fout zijn gegaan of anders hadden gemoe- ten dan zal dit altijd met hen besproken worden. Er bestaan protocollen en procedures die dan in werking zullen worden gezet om te kijken water precies is mis gegaan en te onderzoeken hoe dit in de toekomst voorkomen zou kunnen worden.”

Ouders bleven veel vragen houden over de laatste uren voordat patiënt acuut achteruit is gegaan. Er werd een gesprek met I. ingepland op 4 januari 2015. In dit gesprek bleek dat zij zich afvroegen hoe dit incident had kunnen gebeuren. Ook gaf moeder aan dat zij informatie miste tussen haar vertrek de avond van 23 december 2014 en de acute verslechtering rond middernacht. Moeder wilde graag een verpleegkundige spreken die op dat moment bij patiënt aanwezig was geweest.

*Op 4 januari 2015 bleken twee bloedkweken (d.d. 2 januari 2015) positief te zijn voor *staphylococcus* en was er sprake van koorts. Er werd besloten om te starten met teicoplanine.*

Op 5 januari 2015 ontvingen moeder en zus van patiënt een print van het gesprek met I.

In overleg met de apotheker werd op 5 januari 2015 de voriconazol (bij een spiegel van 5.85 mg/L) verlaagd naar 2dd 225 mg.

Op 6 januari 2015 werd, in verband met mogelijk een resistente staphylococcus epidermidis, in overleg met de medisch microbioloog de teicoplanine omgezet naar vancomycine.

Op 8 januari 2015 koppelde de apotheker, naar aanleiding van de vragen van ouders, terug, voor zover thans relevant:

“-Er zijn bij de apotheek geen interacties bekend tussen cytarabine en PEG-asparaginase

-Deze 2 middelen mogen tegelijkertijd over dezelfde lijn gegeven worden

- Cytarabine kan als bijwerking vasculitis geven, Asparaginase kan allerlei hematologische/stollingsgerelateerde bijwerkingen geven

- een snelle ‘lekensearch’ op google heeft 1 artikel van Pound uit The journal of pediatric hematology / oncology van maart 2007 gegeven, over een 7-jarig meisje die een acute encefalopathie en cerebrale vasospasmen ontwikkelde na intrathecaal cytarabine en Asparaginase. De klachten worden in dit artikel met name in de intrathecale cytarabine geweten.

-Apotheekster gaat nog in de overdracht navragen of haar collega’s iets zinnigs kunnen zeggen over de tijd die tussen toediening van beide medicamenten idealiter zou moeten zitten. --> hier is niets uit gekomen.

Op 8 januari 2015 was de voriconazol dalspiegel 5,5 mg/L. Advies was om de dosis te verlagen naar 2dd 200 mg. De Staphylococcus epidermidis bleek gevoelig voor teicoplanine en derhalve werd besloten om weer terug te switchen naar teicoplanine, omdat dit geen controle van de spiegel behoeft.

Op 8 januari 2015 werd een nieuwe MRI/MRA gemaakt. De kinderneurologen hebben hierop overleg gehad. Er was sprake van een infauste prognose. Naar aanleiding van de MRI vond een multidisciplinair overleg plaats, voor zover thans relevant:

“Kinderneurologen hebben uitgebreid overleg gehad. Prognose zeer somber/infaus.

Oncologen: reeds langere tijd is [naam patiënt, RTG] niet behandeld. In deze situatie is behandeling onmogelijk.

IC: [naam patiënt, RTG] volledig afhankelijk van ic zorg, hoest /slikt onvoldoende. Geen verbetering kliniek.

Er is een progressief proces nog steeds gaande, aard onduidelijk. Tevens wordt schade van oude ischaemische laesies duidelijker. Alle mogelijke oorzaken zijn behandeld (schimmels/methylprednisolon/stolling/ondersteunende ic zorg).

Het is frustrerend dat er nog geen oorzaak gevonden is. Wellicht toch deels effect chemo? Bij high dose ara C zijn art complicaties beschreven, [naam patiënt, RTG] heeft geen high dose gehad. Bij asparaginase zijn complicaties beschreven, (ha veneuze complicaties)

Behandeling is medisch zinloos.

Communicatie: 9/1 om 16 u oudergesprek ([naam kinderneuroloog, RTG], I., [naam intensivist, RTG]). Hierbij ook beelden laten zien (inclusief schade hersenstam)

Voorstel: behandeling staken

Moeder lijkt op dit moment nog hoop te hebben en ziet reacties van E..

Wat nog te doen aan diagnostiek?

Stollingsfactoren herhalen incl prot C en S, antifosfolipiden, homocysteïne.
MELAS staat in
Opslag kl genet materiaal
LP + beenmerg (nog niet georderd, LP lijkt risicovol, evt post-mortem?)
Zo mogelijk (hersens)obductie

Morgen:

- huisarts inlichten
- gesprek ouders”

Op 9 januari 2015 heeft opnieuw een familiegesprek plaatsgevonden met onder andere I., verweerster en de intensivist. De infauste prognose werd besproken. Er werd een palliatief beleid gestart met maximale aandacht voor comfort en pijnbestrijding. In het medisch dossier werd, voor zover thans relevant, genoteerd:

“Aangezien het beloop uiterst ongebruikelijk is en er veel vragen open blijven, aangegeven aanvullende diagnostiek nog voor het overlijden te willen inzetten: LP, BMP en genetisch bloed oz. Ouders akkoord. Wijzelf maar ook ouders willen graag obductie, inclusief schedelobductie.”

Patiënt werd op 9 januari 2015 om 16.30 uur ge-extubeerd en overleed om 16.38 uur. In het calamiteitenrapport van het H. worden de bevindingen van de obductie gerapporteerd, voor zover thans relevant:

“Tijdens de obductie wordt een basale purulente meningitis o.b.v. Aspergillus fumigatus geconstateerd naast een uitgebreide interstitiële purulente bronchopneumonie zonder duidelijke verwekker. Bij aanvullend onderzoek wordt gezien dat er sprake is van een uitgebreide basale meningitis, veroorzaakt door Aspergillus fumigatus waarbij ook intravasculaire Aspergillus wordt gezien met daarbij vaatafsluiting en ischemische veranderingen. Daarnaast wordt in beide longen een uitgebreide interstitiële ontsteking gezien met tevens necrose in de rechteronderkwab, passend bij een purulente pneumonie waarbij geen duidelijke verwekker kon worden aangetoond. (...) van de ALL wordt geen restactiviteit aangetroffen.”

Er hebben begin 2015 gesprekken plaatsgevonden tussen de ouders en het afdelingshoofd van de afdeling Kindergeneeskunde (een hoogleraar kindergeneeskunde), een lid van de Raad van Bestuur en een jurist van het ziekenhuis.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerster, zakelijk weergegeven:

- a) dat zij gedurende de opname van patiënt in haar functie van hoofd en eindverantwoordelijke van de subafdeling kinderoncologie in het H. verzuimd heeft controle uit te oefenen op de naleving van landelijke en binnen het ziekenhuis geldende protocollen en/of niet heeft ingegrepen toen protocollen niet werden nageleefd;*
- b) dat zij, gelet op haar functie, zorg had moeten dragen voor en toezien op een goede invulling van het hoofdbehandelaarschap. Zij heeft dit verzuimd waardoor tijdens de behandeling van patiënt geen hoofdbehandelaar en rode draadarts is aangewezen.*

4. HET VERWEER

Verweerster voert -zakelijk weergegeven- aan:

- a. dat de geldende protocollen op de afdeling bij iedereen binnen het team zeer goed bekend zijn. Zij heeft dan ook geen enkele twijfel over het bekend zijn met de protocollen bij stafleden (kinderoncologen, fellows, aios en verpleegkundig specialisten).*

Er is ook niet gebleken dat bij de behandeling van patiënt betrokken teamleden de protocollen niet kenden.

Anders dan klager meent, is het dan ook geenszins noodzakelijk dat de leidinggevende medisch specialist alle individuele behandelingen zou moeten toetsen op naleving van de protocollen. Deze toets is niet alleen onnodig, maar zou ook een onwerkbaar situatie opleveren.

Anders dan klager veronderstelt heeft zij deze richtlijn wel gecontroleerd conform de intern geldende kwaliteitsnormen. Dit is gebeurd op 28 oktober 2014, zoals blijkt uit de kop van het protocol. Bovendien werd tijdens de grote visites kinderoncologie die wekelijks plaatsvonden, in aanwezigheid van de infectiologen/microbiologen, steeds gekeken naar de screening voor Aspergillus, naast natuurlijk het bespreken van andere patiëntgerelateerde problematiek. Van belang om op te merken is dat gedurende de poliklinische behandeling van patiënt geen gedocumenteerde bespreking tijdens een grote visite is geweest, waarschijnlijk omdat deze ongecompliceerd verliep en de behandelaren die de patiënt tijdens de poliklinische fase zagen hier geen reden toe zagen. Zij heeft in haar hoedanigheid van sectiehoofd dan ook gedaan wat van haar gevergd mocht worden: verantwoordelijkheid nemen voor het actualiseren en controleren van het interne protocol en door middel van deelname aan de patiëntenbesprekingen en grote visite de protocollaire behandelingen, waaronder de behandeling van patiënt, op afstand volgen. Indien er op enig moment reden of aanleiding voor bijsturen of zelfs ingrijpen was geweest, had zij dat zeker gedaan, maar daarvan was geen sprake.

b. tijdens de eerste grote visite kinderoncologie werd en wordt altijd bepaald wie de hoofdbehandelaar van een patiënt moet worden. In dit geval werden K. en L. hoofdbehandelaar. Voor zover bekend op basis van het dossier was op 18 november 2014 duidelijk wie de hoofdbehandelaar was. Aangezien zij in die tijd geen signalen heeft gekregen dat dit anders was, heeft zij geen reden gehad om te handelen in haar rol als leidinggevende.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1 Het college realiseert zich terdege dat het ziektebeloop bij patiënt dramatisch is geweest; hoewel leukemievrij, is hij overleden aan een catastrofaal verlopen schimmelinfectie. Tegelijkertijd gaat het er bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen niet om 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.

5.2 Verder geldt dat bij het antwoord op de vraag of verweester tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld in de zin van art. 47, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), het persoonlijk handelen van verweester centraal staat. Indien en voor zover klager met zijn klacht(onderdelen) tevens het oog heeft gehad op verwijtbaar handelen van andere bij de behandeling van patiënt betrokkenen, dan kan zulks slechts slagen als er (ook) aan verweester persoonlijk een tuchtrechtelijk verwijt valt te maken. Het tuchtrecht kent geen centrale tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van het ziekenhuis en ook niet van een leidinggevende als verweester. Iedere arts of andere BIG-geregistreerde zorgverlener draagt de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor het eigen handelen.

5.3 Ten slotte wordt in zijn algemeenheid opgemerkt dat hetgeen in het patiëntdossier is genoteerd in beginsel voor juist wordt gehouden, tenzij aannemelijk is dat dit een onjuiste weergave vormt van hetgeen is gezegd of gedaan.

5.4 ad klachtonderdeel a)

Verweerster, die ter zitting heeft laten weten dat zij net (namelijk per 1 oktober 2014) was benoemd in de functie van sectiehoofd, heeft in de eerste maand na haar benoeming alle richtlijnen en protocollen geactualiseerd, waaronder op 28 oktober 2014 die betreffende Invasieve Aspergillose, preventie, diagnostiek en behandeling van oncologie bij kinderen (de afwijking van het landelijke ALL-11-protocol inzake de supportieve care wat betreft antibacteriële en –fungale profylaxe). Op deze zeer vlotte revisie valt niets aan te merken. In het behandelingschema is kenbaar gemaakt aan patiënt en diens ouders dat op dit onderdeel lokaal werd afgeweken van het landelijke protocol. Mede gelet op de tekst van dit protocol en hetgeen de deskundige daarover naar voren heeft gebracht, was het toegestaan op dit punt af te wijken en is die afwijking (die naar de deskundige heeft laten weten in meerdere oncologiecentra plaatsvindt) verdedigbaar. Dat het ziekenhuis in kwestie naar aanleiding van deze zaak het landelijke protocol is gaan volgen, doet daaraan niet af. De deskundige heeft overigens het belang van zowel de profylaxe uit het ALL-11-protocol als de tweewekelijkse controles ingevolge het lokale protocol vergaand gerelativeerd. Naar zijn oordeel is er voor de effectiviteit van elk van beide behandelmethodes even weinig bewijs en leidt het volgens de literatuur de facto tot hetzelfde resultaat als geen van beide wordt gevolgd. Het dossier biedt voorts geen houvast om verweerster niet te volgen in haar stelling dat iedereen werkzaam op de afdeling doordrongen was van de richtlijnen en protocollen en deze zijn in dit geval aantoonbaar uitgewerkt in het voor patiënt op maat gemaakte behandelingschema. Zoals in overweging 5.2 aangegeven voert de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van verweerster niet zo ver, dat zij als sectiehoofd bij een individueel behandeltraject moest controleren of de Galactomannantest volgens het lokale protocol tweewekelijks werden uitgevoerd. Het klachtonderdeel is dus ongegrond.

5.5 ad klachtonderdeel b)

Verweerster heeft ter zitting uiteengezet dat in de eerste periode van opname de senior die dienst heeft bij opname de hoofdbehandelaar is, dat in die periode allerlei diagnostiek plaatsvindt en dat vervolgens in de eerstvolgende grote visie afhankelijk van het poliklinisch rooster wordt bepaald wie de hoofdbehandelaar wordt, zodat de patiënt zoveel mogelijk poliklinisch wordt gezien door de hoofdbehandelaar, ook wel rodedraadarts genoemd. Dit kan een senior of een fellow die daartoe competent wordt geacht zijn. Dit systeem kan naar het oordeel van het college tuchtrechtelijk nog wel door de beugel, al wordt in de eerste (ruime) week waarin de uiteindelijke hoofdbehandelaar nog niet bekend is - juist een voor de minderjarige patiënt en diens ouders die geconfronteerd zijn met een acute diagnose en opname uiterst belastende en stressvolle periode - aan het hoofdbehandelaarschap weinig invulling gegeven. Daarnaast was een van beide fellows inhoudelijk weliswaar klaar met de specialisatie tot kinderarts, maar nog niet als zodanig geregistreerd omdat een publicatie nog moest worden afgerond. Voorts lijkt in dit systeem een meer actieve in plaats van vraaggestuurde begeleiding van de fellows door de seniors aangewezen. Het lijkt hier echter veeleer te hebben geschort aan een goede communicatie, bijvoorbeeld over het feit dat pas na verloop van tijd de uiteindelijke hoofdbehandelaar bekend is, wie dat in de tussenliggende periode is, de term rodedraadarts enzovoort. Zo die communicatie al onvoldoende is geweest, kan echter niet worden aangenomen dat dit verweerster valt te verwijten. Patiënt en zijn ouders werden omringd door tal van BIG-geregistreerde professionals die hierin hun eigen verantwoordelijkheid hadden.

5.6 De klacht is dus ongegrond. Het college merkt niettemin nog het volgende op.

Op een afdeling, en zeker een kinderafdeling, in een academisch ziekenhuis met zijn complexiteit en vele lagen, is een goede communicatie met patiënt en diens ouders van het grootste belang. Alle bij de zorg betrokkenen dienen dezelfde boodschap uit te dragen en men dient liever een keer te vaak dan een keer te weinig uitleg te geven, zoals bijvoorbeeld in dit geval waarom de hoofdbehandelaar voor de duur van de verdere behandeling eerst na een week bekend is. Hier lijkt de boodschap bij de ouders niet te zijn overgekomen. Daarbij tekent het college aan dat in deze zaak thans niet kan worden vastgesteld of dit aan een of meer direct betrokken zorgverleners is te verwijten, reeds omdat die niet in deze procedure is of zijn betrokken; en ook omdat bijvoorbeeld nog op de zitting door klager is ontkend dat het ontslaggesprek met K. heeft plaatsgevonden, terwijl in de verpleegkundige aantekeningen is vermeld dat dat wel zo is.

Diezelfde goede communicatie, bij voorkeur door de rechtstreeks betrokken behandelaren, is ook dienstig als zich naderhand onvrede voordoet. Verweerster heeft aangegeven het te betreuren dat zij niet betrokken is geweest bij de communicatie met klager na het overlijden van patiënt. Die communicatie is via de hoogleraar/hoofd van de gehele afdeling kindergeneeskunde en een lid van de Raad van Bestuur verlopen, waarbij ook niet altijd juiste informatie (bijvoorbeeld over het hoofdbehandelaarschap) is verstrekt. Ook klager heeft ter zitting aangegeven dat partijen daar wellicht niet zouden hebben gezeten als er rechtstreeks contact was geweest. Ook hier is echter een kanttekening op zijn plaats. Ouders hadden nog bij leven van patiënt namens hem het ziekenhuis aansprakelijk gesteld voor diens (immateriële) schade, zodat wel voorstelbaar is dat bij het ziekenhuis alles op scherp stond. Maar het blijft in beginsel essentieel de meest betrokken zorgverleners, zeker als het gaat om verantwoordelijke specialisten, bij het nagesprek te betrekken.

Ten slotte is het, in de eerste plaats voor de continuïteit van de zorg maar ook voor de toetsing van het handelen achteraf, dienstig als er goed aantekening wordt gehouden in het dossier. Dat lijkt hier niet steeds het geval te zijn geweest; zo is de inhoud van het ontslaggesprek op 21 november 2014 niet genoteerd, staan bij uitslagen handgeschreven notities die niet te ontcijferen zijn, zijn in het calamiteitenrapport zaken vermeld die in het medisch dossier niet zijn terug te vinden en lijkt in de status veel te zijn opgeschreven door een co-assistent zonder zichtbare autorisatie.

Er zijn al met al wel aanmerkingen te maken op de (na)behandeling, hetgeen in een eerdere fase heeft geleid tot het aanbieden van excuses door het ziekenhuis en ter zitting door verweerster, alsmede tot verscherpte alertheid op een aantal zaken en verbeteringen in de procedures. In die zin hebben de klachten van klager, in en buiten rechte, zin gehad en is de kwaliteit van de gezondheidszorg verbeterd – zoals ook de bedoeling is van het tuchtrecht.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 Klager beoogt met zijn beroep de zaak in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege voor te leggen en concludeert tot gegrondverklaring van het beroep.

4.2 De kinderarts voert hiertegen verweer en concludeert primair tot niet-ontvanke-lijkverklaring van klager in het beroep, subsidiair tot verwerping van het beroep.

4.3 Met betrekking tot het standpunt van de kinderarts dat klager in zijn beroep niet-ontvankelijk dient te worden verklaard omdat uit het beroepschrift niet duidelijk wordt wat de gronden van het beroep zijn, oordeelt het Centraal Tuchtcollege als volgt.

Het Centraal Tuchtcollege acht het beroepschrift van klager voldoende duidelijk omdat daaruit kan worden afgeleid dat klager het geschil in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege wenst voor te leggen. Klager is derhalve ontvankelijk in zijn beroep.

4.4 Met zijn klacht verwijt klager de kinderarts – kort gezegd – dat zij, in haar functie van hoofd en eindverantwoordelijke van de subafdeling kinderoncologie, bij de behandeling van de zoon van klager (hierna: patiënt) heeft verzuimd controle uit te oefenen op zowel de naleving van de protocollen als op de invulling van het hoofdbehandelaarschap.

4.5 Zoals namens de kinderarts ter terechtzitting is toegelicht was de kinderarts ten tijde van de opname van patiënt geen afdelingshoofd maar sectiehoofd van de kinderoncologen/–hematologen. In die rol was zij het aanspreekpunt van en voor de groep kinderoncologen en –hematologen in de contacten met het afdelingsmanagement. De functie van sectiehoofd ziet op organisatorische zaken en de kinderarts was als sectiehoofd niet (eind)verantwoordelijk voor het medisch-inhoudelijk handelen van de andere leden van haar sectie. Zoals bij de mondelinge behandeling in beroep aan de orde is gekomen staat de kinderarts, anders dan klager wellicht meent, niet in een hiërarchische gezagsrelatie tot die andere leden.

4.6 Wat betreft het eerste klachtonderdeel, dat betrekking heeft op het niet naleven van de protocollen, constateert het Centraal Tuchtcollege dat het uitvoeren van de Galactomannantest zoals protocollair voorgeschreven in ieder geval vier keer achterwege is gebleven. Waarom die testen niet zijn uitgevoerd is niet duidelijk geworden. Omdat de kinderarts op geen enkel moment bij de medisch inhoudelijke behandeling van patiënt was betrokken rustte op haar, ook gelet op hetgeen hiervoor onder 4.5 is opgenomen over haar rol als sectiehoofd, geen verantwoordelijkheid voor het (doen) uitvoeren van die testen zodat haar van het achterwege blijven daarvan persoonlijk geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. De kinderarts is immers alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk voor eigen handelen of nalaten *als arts* op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Waar het beroep zich richt tegen de ongegrondverklaring van het eerste klachtonderdeel faalt het daarom.

4.7 Wat voor het eerste klachtonderdeel in relatie tot de verantwoordelijkheid van de kinderarts geldt gaat ook op voor het tweede klachtonderdeel dat betrekking heeft op de invulling van het hoofdbehandelaarschap. Ook hiervoor geldt dat de kinderarts in haar rol van sectiehoofd geen verwijt kan worden gemaakt van het feit dat voor klager lange tijd onduidelijk is gebleven hoe het hoofdbehandelaarschap was ingevuld. In het medisch dossier staat weliswaar bij 20 november 2014 genoteerd dat de twee kinderoncologen in opleiding vanaf die datum samen invulling gaven aan het hoofdbehandelaarschap, maar kennelijk is dit onvoldoende duidelijk met klager gecommuniceerd. Klager had begrijpelijkerwijs behoefte aan duidelijkheid over wie van de behandelend artsen als aanspreekpunt fungeerde en het valt te betreuren dat hij die duidelijkheid niet heeft gekregen. Om de hiervoor onder 4.5 en 4.6 genoemde redenen, valt de kinderarts hiervan echter geen verwijt te maken zodat het beroep ook op dit punt faalt.

4.8 Ten overvloede overweegt het Centraal Tuchtcollege dat ter terechtzitting in beroep namens de kinderarts is verduidelijkt dat zij, omdat de direct bij de behandeling betrokken artsen om verschillende redenen afwezig waren, bij herhaling aan het afdelingshoofd heeft aangeboden bij de nagesprekken met klager en zijn echtgenote aanwezig te zijn om met haar expertise een inhoudelijke toelichting te kunnen geven. De

kinderarts heeft verklaard het te betreuren dat het afdelingshoofd dit aanbod steeds heeft afgeslagen.

4.9 Na bestudering van alle dossierstukken en de mondelinge behandeling in beroep komt het Centraal Tuchtcollege tot de conclusie dat het Regionaal Tuchtcollege de klacht terecht en op goede gronden ongegrond heeft verklaard. Dat betekent dat het beroep van klager zal worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: C.H.M. van Altena, voorzitter, T.W.H.E. Schmitz en A. Smeeïng-van Hees, leden-juristen en H.A. Moll en T.F.W. Wolfs, leden-beroeps-
genoten en M.D. Barendrecht-Deelen, secretaris.

Uitgesproken ter openbare terechtzitting van 25 juli 2019.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.