

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2018/283

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 6 juli 2018 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
klager,
gemachtigde: mr. F.J. Straathof, advocaat te Den Bosch,

tegen

C,
cardio-thoracaal chirurg,
werkzaam te D,
verweerder,
gemachtigden: mr. A.J. Verbout en mr. A.M. Franse, verbonden aan het E

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de brief van 27 september 2018 van A.J. Verbout met 3 bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- het proces-verbaal van het op 26 oktober 2018 gehouden vooronderzoek;
- de brief van 5 december 2018 van mr. Franse met de door het college verzochte bijlagen (het door het E opgestelde mobilisatieprotocol 2017 en de Richtlijn Fysiotherapie bij Open Hart Chirurgie 2014);
- het medisch advies d.d. 25 april 2019 van de medisch adviseur van de gemachtigde van klager.

De klacht is op een openbare zitting van 10 mei 2019 behandeld.

Partijen waren aanwezig. Klager werd bijgestaan door mr. Verbout en verweerder door mr. Straathof. Mr. Verbout heeft een toelichting gegeven aan de hand van een pleitnota die aan het college en klager is overgelegd.

2. De feiten

2.1. Verweerder is werkzaam als cardio-thoracaal chirurg in het E ('E'). Klager (geboren 1937) was in het E opgenomen van 15 december 2016 tot en met 20 februari 2017 op de afdelingen Intensive Care en Cardiothoracale Chirurgie. Reden van opname was een bloedvergiftiging ten gevolge van een streptokokkeninfectie. Op 1 januari 2017 heeft verweerder klager voor het eerst gezien.

2.2. Op 2 januari 2017 is klager door verweerder geopereerd. Het betrof een aortawortelvervanging middels allograft wegens kunstklependocarditis. De operatie van klager is ongecompliceerd verlopen. In het postoperatieve beloop zijn complicaties opgetreden in de vorm van epilepsie (op 4 januari 2017) en een delier.

2.3. Op 17 januari 2017 is klager overgeplaatst van de afdeling Intensive Care naar de afdeling Cardiothoracale Chirurgie. Onder leiding van de afdeling Fysiotherapie is rondom de datum van overplaatsing begonnen met het mobiliseren van klager, onder meer door klager vanuit het bed in een stoel te zetten (de zogeheten bed-stoel-mobilisatie). Op 18 januari 2017 vond bij klager opnieuw een epileptisch insult plaats, waarna klager werd teruggeplaatst naar de afdeling Intensive Care. Op 24 januari 2017 was de conditie van klager goed genoeg om hem weer over te plaatsen naar de afdeling Cardiothoracale Chirurgie.

2.4. Klager was door de ingreep geregeld niet of onvoldoende bij bewustzijn om met hem te kunnen communiceren en was niet wilsbekwaam (in de zin van artikel 7:465 lid 3 BW). De echtgenote van klager trad op als diens gemachtigde/wettelijke vertegenwoordiger. Uit het dossier kan worden opgemaakt dat de echtgenote veelvuldig haar bezwaren heeft geuit tegen de door het medisch team voorgestane postoperatieve mobilisatie, omdat zij die te belastend vond voor klager en omdat zij meende dat er een verband was tussen de mobilisatie en de epileptische insulten. Het beleid tot mobilisatie van klager is voortgezet. In de ontslagbrief van de behandelend fysiotherapeut aan de huisarts d.d. 17 februari 2017 is hierover onder meer het volgende vermeld:

Conclusie en beleid

79 jarige man, status na re-OK bij endocarditis, gecompliceerd door epilepsie en delier, waarbij verminderde algehele inspanningstolerantie, verminderde algehele spierkracht, verstoorde balans en risico op pulmonale complicaties bij onvoldoende opzitten op de voorgrond staan. Moeizame behandelrelatie tussen echtgenote en medisch team stonden de dagelijkse mobilisatie in de weg. Echtgenote heeft moeite met het opzitten van haar echtgenoot in de stoel. Op 18-1 heeft patiënt een epileptisch insult gehad terwijl hij in de stoel zat. Echtgenote was hierbij aanwezig. Doel: revalideren ADL functies, zelfstandig kunnen mobiliseren.

2.5. Begin februari 2017 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen verweerder en de (volwassen) kinderen van klager, waarbij verweerder de kinderen heeft gevraagd of een van hen zou willen optreden als wettelijk vertegenwoordiger van klager. Blijkens een verklaring van de dochter van klager zou klager hebben gezegd dat hij zijn kinderen daar niet mee wil belasten. De kinderen van klager hebben dit doorgegeven aan verweerder. De echtgenote van klager is gemachtigde/wettelijke vertegenwoordiger van klager gebleven.

2.6. Op 17 februari 2017 is klager ontslagen uit het ziekenhuis en naar een revalidatiecentrum overgeplaatst.

3. De klacht en het standpunt van klager

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

- onzorgvuldig heeft gehandeld door een te intensieve behandeling van klager uit te voeren ten aanzien van de mobilisatie waardoor bij klager epilepsie is ontstaan;
- de echtgenote van klager ten onrechte niet heeft aangemerkt als wettelijke vertegenwoordiger en verweerder niet heeft geluisterd naar haar bezwaren ten aanzien van het mobilisatiebeleid.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Verweerder heeft ten aanzien van het eerste klachtonderdeel aangevoerd dat hij zorgvuldig heeft gehandeld jegens klager door op medisch verantwoorde en gangbare wijze tot mobilisatie van klager over te gaan. Daarbij heeft hij nog aangetekend dat het kiezen van het aanvangsmoment en de mate van mobilisatie primair een afweging van de fysiotherapeut is. Ten aanzien van het tweede klachtonderdeel heeft verweerder naar voren gebracht dat de echtgenote van klager door hem is erkend en behandeld als wettelijke vertegenwoordiger van klager. Echter, waar het ging om de wens van de echtgenote van klager om niet of nauwelijks tot mobilisatie over te gaan, heeft verweerder deze wens niet ingewilligd omdat hij meende dat nakoming van deze wens niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener als bedoeld in artikel 7:465 lid 4 BW. Verweerder heeft daartoe aangevoerd dat niet of te weinig mobiliseren het risico op het ontstaan van bepaalde complicaties (zoals decubitus, longontsteking, trombose, spieratrofie of een delier) verhoogt.

5. De beoordeling

5.1. Vaststaat dat het mobilisatiebeleid ten aanzien van klager reeds op de afdeling Intensive Care een aanvang heeft genomen en derhalve niet is ingezet door verweerder, maar door de intensivist, in afstemming met de afdeling fysiotherapie. Ook toen klager werd overgeplaatst van de afdeling Intensive Care naar de afdeling van verweerder, Cardiothoracale Chirurgie, was het mobilisatiebeleid niet primair de verantwoordelijkheid van verweerder, maar van de aldaar werkzame fysiotherapeut, al dan niet in samenspraak met de intensivist. Dezen zijn in dat geval gezamenlijk verantwoordelijk voor het opstellen van een mobilisatiebeleid dat op maat wordt afgestemd op de fysieke conditie van de patiënt. Bovendien is het mobilisatiebeleid van klager daarvoor tevens besproken in het Multi Disciplinair Overleg (MDO) op de afdeling Intensive Care. Vroegtijdige mobilisatie na een openhartoperatie is gebruikelijk en noodzakelijk. Geen of te lichte mobilisatie vergroot de kans op postoperatieve risico's zoals decubitus, longontsteking, trombose, spieratrofie of een delier.

5.2. Het jegens klager gevoerde mobilisatiebeleid was in overeenstemming met de geldende medisch-wetenschappelijke standaard ter zake, zoals onder meer vastgelegd in de (interne) richtlijn 'Richtlijn Fysiotherapie bij Open Hart Chirurgie' (E, Divisie Hersenen, Afdeling Revalidatie, Verplegingswetenschap en Sport 2014, hierna: 'E-richtlijn 2014') en het (interne) protocol 'Fysiotherapie bij reguliere open hart operatie' (E, 2

augustus 2017, hierna: E-protocol 2017). In de E-richtlijn 2014 (p. 12/13) staat onder meer vermeld:

Preoperatief heeft de fysiotherapeut een informerende functie. Het doel is de patiënt te informeren over het beloop van de fysiotherapeutische begeleiding, over het risico op het ontwikkelen van een postoperatieve pulmonale complicatie (PPC), over het belang van vroeg mobiliseren en de eigen rol van de patiënt daarin en de klinische oefengroep. (...)

Vroegtijdige mobilisatie na de operatie

Het meest effectief voor het voorkomen van (long)complicaties ná de operatie is bewegen. Het is van belang na de operatie zo snel mogelijk weer in beweging te komen. De eerste dagen gaat dat onder begeleiding van een verpleegkundige tijdens de ADL activiteiten. Zo wordt u de eerste avond op de MC voor het eerst op de bedrand of uit bed geholpen. De dagen erna zal u steeds meer zelfstandig transfers kunnen uitvoeren en is het belangrijk dat u zelf initiatief neemt om het mobiliseren uit te breiden. Probeer vaker per dag uit bed te komen en wanneer u zich goed genoeg voelt kleine stukjes te gaan wandelen op de kamer en op de gang. Vanaf de 3e à 4e dag gaat u deelnemen in de oefengroep.

Normaal mobilisatie beloop

Dag 0: operatie dag

Dag 1: 's avonds op MC rand bed / uit bed

Dag 2: 's morgens uit bed op MC, 's middags lopen op de kamer

Dag 3: zelfstandig in/uit bed, klein stukje op de kamer en op de gang, mogelijk al deelname oefengroep

Dag 4: deelname oefengroep, mobiliseren op de gang

5.3. Het is het college uit de stukken of uit het ter zitting verhandelde niet gebleken dat het mobilisatiebeleid voor klager te intensief zou zijn geweest. Steeds is de mate van mobilisatie ook afgestemd binnen het MDO en voor zover mogelijk met klager en/of diens echtgenote. Uit de verslaglegging blijkt genoegzaam dat de echtgenote het hiermee (vaak) niet eens was, maar dat laat onverlet dat klager op bepaalde momenten anders kon aangeven en dat de medische noodzaak van (intensieve) revalidatie soms dan prevaleert; zie ook hetgeen het college hierna onder 5.5 heeft opgenomen. Of sprake is van een causaal verband tussen het gevoerde mobilisatiebeleid en de bij klager opgetreden epilepsie is niet een vraag die in het kader van het tuchtrecht voorligt aan het college, maar is een vraag die thuishoort in de civielrechtelijke procedure. Het eerste klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

5.4. Ten aanzien van het tweede klachtonderdeel heeft klager ter zitting laten weten dat hij zich niets herinnert van zijn opname in het E. Uit het medisch dossier blijkt dat de echtgenote van klaagster als gemachtigde/wettelijke vertegenwoordiger van klager is aangemerkt voor zover klager zelf niet wilsbekwaam werd geacht. Het beeld van de geestelijke toestand van klager ten gevolge van de operatie was wisselend. Terecht heeft verweerder aangevoerd dat wilsbekwaamheid contextafhankelijk is en continu opnieuw beoordeeld dient te worden, zoals is gedaan. Klager was niet volledig of 'permanent' wilsbekwaam. Per moment en per beslissing heeft verweerder bezien of hij met klager kon communiceren over het aan de orde zijnde aspect of dat hij dit met de wettelijke vertegenwoordiger van klager moest doen. Dit is juist.

5.5. Uit het medisch dossier blijkt dat klager meermalen heeft geuit te willen mobiliseren, dat hij zich niet heeft verzet tegen mobilisatie en dat hij het doorgaans prettig vond. Ook blijkt uit het medisch dossier dat de echtgenote van klager het mobiliseren tegenhield. Onder meer de volgende passages in het dossier (met name het verpleegkundig dossier en de gespreksverslagen) laten dit beeld zien:

Verpleegkundig dossier

- 27 januari 2017, notitie F 21.24 uur: klager geeft duidelijk aan dat hij 'heel lekker zat';
- 30 januari 2017, notitie F 11.12 uur: echtgenote duwt verpleegkundige weg. Verpleegkundige schat in dat klager het aankan uit bed te komen. Klager gaf vervolgens aan dit te wensen;
- 6 februari 2017, notitie G 21.48 uur: na 10 minuten geeft klager aan graag in de stoel te willen blijven zitten;
- 13 februari 2017, notitie H 10.54 uur: klager heeft om 12.00 uur aangegeven zelf uit bed te willen;
- 13 februari 2017, notitie H 11.07 uur: klager wil wel op stoel zitten, echtgenote wil dat niet.

Gespreksverslagen

- 26 januari 2017, notitie F 15.02 uur: echtgenote wil absoluut geen mobilisatie;
- 27 januari 2017, notitie H 16.16 uur: echtgenote weet wat de risico's zijn, maar is van mening dat klager niet klaar is voor mobilisatie;
- 29 januari 2017, notitie I 15.40 uur: verpleegkundige heeft de indruk dat herstel wordt bemoeilijkt door echtgenote;
- 31 januari 2017, notitie F 23.25 uur: zodra klager helder is, hem vragen wat hij van het mobiliseren vindt
- 7 februari 2017, notitie J 12.42 uur: klager geeft aan van zijn echtgenote niet uit bed te mogen.
- 14 februari 2017, notitie H 14.27 uur: klager heeft aangegeven zelf graag uit bed te willen; mobiliseren wordt uitgebreid naar kunnen en wens klager;

5.6. Het college constateert voorts dat de communicatie van de echtgenote van klager (in haar hoedanigheid van gemachtigde/wettelijke vertegenwoordiger) met het behandelteam stroef en moeizaam is verlopen. Uit het medisch dossier blijkt dat vele malen onenigheid is ontstaan over het gevoerde mobilisatiebeleid tussen de echtgenote van klager en de behandelend artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten uit het behandelteam. Het college stelt vast dat de echtgenote van klager geen dan wel zeer beperkte mobilisatie van klager voorstond daar waar het behandelteam een verdergaande mobilisatie wenselijk en noodzakelijk achtte. Weliswaar handelde de echtgenote van klager vanuit goede bedoelingen (en mogelijk ook vanuit haar ervaringen in de jaren '70/'80 toen zij in de hartrevalidatie werkte), doch dat laat onverlet dat ook verweerder en het behandelteam een eigen verantwoordelijkheid droegen voor de mate van revalidatie.

5.7. Om de impasse omtrent het mobilisatiebeleid te doorbreken is op verzoek van verweerder op 13 februari 2017 een (intern) fysiotherapeutisch consult verricht door

fysiotherapeut K. Voor zover van belang, is hierbij het volgende vastgesteld [onderstrepingen aangebracht door het college]:

Praktisch betekent bovenstaande voor mobilisatie:

Streven naar minimaal 4 uur per dag uit bed mobiliseren (zitten, staan en lopen) ter voorkoming van pulmonale complicaties en overige bedcomplicaties.

Pt. heeft op dit moment een verhoogd risico op het ontstaan/verergeren van bedcomplicaties door inactiviteit. Dit komt door een niet-therapeutische, behandelbare grootte, namelijk: het niet/nauwelijks uit bed mogen van wettelijk vertegenwoordiger. Meerdere malen is gebeurd wettelijke vertegenwoordiger te informeren/adviseren over het belang van het ingezette beleid, door meerdere disciplines, helaas komt deze boodschap tot op heden niet aan en is beleid op 10/2 wederom veranderd, ten nadele van herstel van de patiënt.

Conclusie

Niet of te weinig mobiliseren betekend verhoogd risico op ontstaan of verergeren van de beschreven complicaties. Wel en voldoende mobiliseren, betekend kans op doorzet van het opgetreden herstel.

Met huidig beleid wordt fysiotherapeutische behandeling tegengewerkt en heeft verdere behandeling geen aanvullende waarde. Fysiotherapeutisch kunnen wij dan maar van minimale betekenis zijn (zie het als “dweilen met de kraan open”).

5.8. Op 1 februari 2017 is in het MDO besproken dat geen of een te beperkte mobilisatie nadeel voor klager zou opleveren, dat het zijn herstel in de weg zou staan en ernstige complicaties voor klager mee kon brengen, zoals het ontstaan van decubitus, longontsteking, trombose, spieratrofie of een delier. Het behandelteam was van oordeel dat de echtgenote van klager op het punt van mobilisatie niet de zorg van een goed vertegenwoordiger betrachtte en heeft daarom ook voorgesteld de zoon of dochter van klager als gemachtigde/wettelijke vertegenwoordiger te laten optreden. Toen dit niet mogelijk bleek te zijn en de echtgenote zou blijven optreden als wettelijke vertegenwoordiger en met name op haar manier wilde meewerken aan verdere mobilisatie van klager, achtte het behandelteam, onder wie verweerder, nakoming van de verplichtingen uit de WGBO jegens de echtgenote van klager niet (langer) verenigbaar met de zorg van een goed hulpverlener (art. 7:465 lid 4 BW). Het college is van oordeel dat deze beslissing op medische gronden goed te volgen is en in overeenstemming is met het wettelijke voorschrift hiervoor genoemd. Voorts heeft verweerder gedaan wat redelijkerwijs van hem kon worden gevergd om de wettelijke vertegenwoordiger te informeren over de achtergrond en het belang van het mobilisatiebeleid en haar zodoende van gedachten te doen veranderen ten gunste van het behandelbeleid. Het tweede klachtonderdeel faalt.

5.9. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht (in al haar onderdelen) ongegrond is. Verweerder kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.

6. De beslissing

Het college:

- wijst de klacht af.

Aldus beslist op 10 mei 2019 door:

R.A. Dozy, voorzitter,

W.N.K.A. van Mook, D. Boerma en W.F. van Tets, leden-arts,

E. Pans, lid-jurist,

bijgestaan door mr. H.D. Coumou, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter zitting van 17 juni 2019 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG
secretaris

WG
voorzitter