

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2018/390

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 13 september 2018 binnengekomen klacht met zaaksnummer 18/390:

A,
wonende te B,
k l a a g s t e r,

tegen

C,
neuroloog,
werkzaam te D,
v e r w e e r d e r,
gemachtigde: mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met bijlagen;
- de brief van 18 september 2018 van klaagster met een nadere toelichting op de inhoud van de klacht;
- de brief van 5 oktober 2018 van klaagster met nadere uitleg over een klachtonderdeel;
- het verweerschrift met bijlagen;
- de brief van 18 januari 2019 van de gemachtigde van verweerder met een verslag van E van 13 november 2017 en een CD-rom met beeldmateriaal.

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

De zaak is op 29 januari 2019 op een openbare zitting behandeld. Partijen waren aanwezig. Klaagster werd vergezeld door haar twee dochters. Verweerder werd bijgestaan door mr.

Nunes voornoemd. Mr. Nunes heeft een toelichting gegeven aan de hand van een pleitnota die aan het college en de wederpartij is overgelegd.

2. De feiten

2.1. Verweerder is als neuroloog werkzaam in het F te D.

2.2. Klaagster is de weduwe van en klaagt namens wijlen G, geboren op februari 1947 en overleden op juni 2016 (hierna: patiënt).

2.3. Op 3 januari 2016 werd patiënt op de Spoedeisende Hulp (SEH) gezien door verweerder.

In het medisch dossier staat hierover:

“Conclusie: 68-jarige man, met intermitterende trekkingen van het gelaat links, en linker onderarm, met daarbij een gevoelsverandering, en iets dysarthrie, dd partieel eenvoudige aanvalletjes? symptomatisch; recente vasculair afwijking acm rechts?”

Beleid:

-opladen met Depakine oraal 1500 mg, en onderhoud 2 dd 500 mg

-bij gegeneraliseerde aanval stesolid SC of rivotril IV

-opname ter observatie: klinische EEG / MRI hersenen =@

-tijdelijk clopidogel / statine gestart

-echo duplex carotiden afgesproekn”

2.4. Op 3 januari 2016 werd ook een CT-scan van de hersenen van patiënt gemaakt. Hierop werden geen aantoonbare afwijkingen gezien.

2.5. Op 4 januari 2016 werden bij patiënt een EEG en een echo carotiden gemaakt. Over het EEG en de echo carotiden staat in het medisch dossier het volgende genoteerd: “EEG: Gedurende de registratie geen klachten/ aanvallen; normaal achtergrondpatroon; Geen voor epilepsie verdachte kenmerken. Geen focale afwijkingen in de rechter hemisfeer.

(...)

Echo carotiden: geen hemodynamisch significante stenose.”

2.6. Op 4 januari 2016 werd bij patiënt ook een MRI van de hersenen gemaakt. Deze MRI werd eerder afgebroken vanwege claustrofobische klachten. Hierdoor werden alleen opnames gemaakt zonder intraveneus contrast. De uitslag van de MRI werd door de radioloog beoordeeld en luidt als volgt:

“MRI brein volgens protocol. Normale aanleg van brein boven en onder tentorium. In T2 weging is er dorsaal in de thalamus een gebiedje van hyperintensiteit/ focaal oedeem. De laesie is 2 x 1,5 cm. Er is geen duidelijke diffusie restrictie, eerder versnelling van de diffusie kenmerken. SWI gewogen sequenties tonen ter plaatste geen hemosiderineresten of vasculaire afwijkingen. Geen aanwijzingen voor doorgemaakte bloedingen. Verder intracranieel geen aanwijzingen voor pathologie. Een enkele aspecifieke witte stofafwijking subcorticaal rechts en periventriculair. (Image 80 van serie 6 en 78 van serie 6)

Patiënt wilde echter niet langer in de MRI blijven voor contrast geattenuëerd onderzoek.

Conclusie:

Afwijkend aspect dorsaal in de thalamus, d.d. doorgemaakt infarct, RIP, anderszins. Verder specifiek witte stofafwijkingen.”

2.7. Verweerder was ook zelf bij de beoordeling van de MRI betrokken. In het medisch dossier staat de volgende diagnose genoteerd:

“1. sens st. (uitbreidende tintelingen) en trekkingen bij sec. simpele partiele epilepsie bij een klein corticaal infarct frontoparietaal rechts

2. doorgemaakte ischemie centraal pons en thalamus rechts”

Verweerder heeft daarop een medicamenteuze behandeling ingezet.

2.8. Op 5 januari 2016 werd patiënt ontslagen uit het ziekenhuis.

2.9. Op 8 januari 2016 had de huisarts van patiënt contact met de dienstdoende neuroloog in verband met hernieuwde sensorische aanvallen van patiënt.

2.10. Op 14 januari 2016 werd patiënt opnieuw gezien door verweerder op de SEH vanwege epileptische aanvallen. In het medisch dossier staat hierover het volgende genoteerd:

“A/

Heeft gemiddeld 10x per dag een aanval de aanval wordt gekenmerkt door een doof tintelend gevoel dat optrekt van de kin naar het voorhoofd. Soms doet ook de linker duim mee. De aanvallen zijn verschillend van zwaarte en duren gemiddeld 1,5 minuut. Nooit langer dan 2 minuten. Vanochtend een zware aanval gehad, dat wil zeggen dat er ook trekking te zien waren van de wangen, het oog knipperde, de tong doof aanvoelde waardoor patient dysartrisch sprak en de mondhoek afhing links. Daarbij trekkingen van de duim en de wijsvinger links. Deze aanval duurde 1,5e minuut. In overleg met de neuroloog naar de SEH gekomen voor analyse.

(...)

C/ Aanvalsgewijze sensibiliteitsstoornis linker gelaatshelft en trekkingen bij secundaire simpele partiele epilepsie niet voldoende reagerend op huidige medicatie

B/

- Opname voor klinisch instellen anti-epileptica*
- Depakine verhogen naar 2x 1250mg*
- Start Keppra 2x 500mg*
- Reanimatiebeleid: volledig beleid*
- Depakine spiegel volgt”*

2.11. Op 19 januari 2016 werd patiënt wederom uit het ziekenhuis ontslagen.

2.12. Op 26 januari 2016 had verweerder telefonisch contact met patiënt en klaagster in verband met een toename van de (partieel eenvoudige) aanvallen. Verweerder voegde Keppra toe aan de medicatie.

2.13. Op 4 februari 2016 werden op basis van de klachten in overleg met verweerder en de epilepsie verpleegkundige de doseringen Keppra en fenytoïne verhoogd.

2.14. Op 9 februari 2016 zag verweerder patiënt op de polikliniek. In het medisch dossier staat hierover geen aantekening.

2.15. Op 8 maart 2016 bezocht patiënt het spreekuur van verweerder. In het medisch dossier staat hierover het volgende genoteerd:

“CP: gaat beter: nog 1x aanval kien / dag

R; Keppra 2 dd 1250 mg en Fenytoine 2 dd 200 mg

bijwerkingen: minder initiatief, trager, cognitief anders

B:

-CP 2 mnd

-AED zo door

-evt over op carbamazepine!

-Fenytoine als eerset afbouwen”

2.16. Op 7 april 2016 belde de huisarts naar de dienstdoende neuroloog omdat patiënt twee keer kortdurende migrerende gevoelsstoornissen links had gehad. Afgesproken werd dat er op korte termijn een afspraak met verweerder zou worden gemaakt.

2.17. Op 11 april 2016 bezocht patiënt verweerder op de polikliniek. In een brief van verweerder aan de huisarts van 11 april 2016 staat:

“(…)

Initieel ging het goed met patiënt echter hij heeft de laatste tijd toch weer partieel eenvoudige aanvalletjes met gevoelsklachten in zijn linkerarm en gevoelsklachten in het gelaat links met soms ook een faciale asymmetrie links. Vooralsnog duid ik een en ander als partieel

eenvoudige aanvalletjes. Ik voeg Carbamazepine aan de medicatie toe in een opbouwschema naar 2 x 400 mg. Indien hij aanvalsvrij is zou het een overweging kunnen zijn de Fenytoïne geleidelijk uit te sluipen.”

2.18. Op 28 april 2016 belde de huisarts met de dienstdoende neuroloog. In het medisch dossier staat hierover het volgende genoteerd:

“Huisarts belt: toemend krachtsverlies linker arm en been: patient durft niet in mRI (in januari al wel het advies om MRI met contrast te maken ivm lesie thalamus: dd infarct of toch bijv RIP)

B/ CT hersenen met contrast en CP bij dr J op korte termijn; volgens huisarts is er geen zorgprobleem vooralsnog.”

2.19. Op 29 april 2016 werd patiënt opgenomen voor een CT-scan met contrast. Op de CT-scan werd een groot ruimte innemend proces (hierna: ‘RIP’) gezien. De uitslag van de CT-scan luidt als volgt: “De blanco scan toont een groot ruimte-innemend proces in de rechter cerebrale hemisfeer met zeer veel perifocaal oedeem en verstreken sulci en compressie op de zijventrikel met enige verplaatsing van het septum naar links. Na

intraveneuze contrasttoeding is er een ringvormige aankleuring." Verweerder was op dat moment met vakantie. In het medisch dossier staat het volgende genoteerd:

"29-04-2016

I

C/

*1. progressief hemibeeld links bij een RIP rechter hemisfeer -
verdenking hooggraadig glioom, dd meta nog niet uitgesloten
2. epilepsie bij 1.*

B/

*primaire maligniteit uitsluiten – CT-TA volgt
huid controle – melanoom uitsluiten volgt
slecht nieuws gesprek via dr. H
ivm fors oedeem strat dexta 10mg eenmalig, daarna 2d4mg
overleggen MCA voor verder diagnostiek en behandeling*

29-04-2016 H

(...)

*B/ Ct thorax abdomen, huidcontrole
dexametason, pantozol, zn parcetsmol, fraxiparine
glucosedagcurve
neurocontroles: kracht, pupillen 6dd
Gesproken met echtgenote en patient, voelen zich niet goed
gehoord, hadden nog een klachtenbrief geschreven met
onbevredigend antwoord en uiteindelijk met progressieve
parese, gedacht laat nu dan ook maar
Zijn het vertrouwen wel een beetje kwijt, willen ook graag
gesprek met Dr J over beloop
NB bij CTscan thorax/abdomen: iets rustgevents geven aan patient"*

2.20. Op 3 mei 2016 was verweerder terug van vakantie en heeft hij een gesprek gevoerd met patiënt en klagster.

2.21. Diezelfde dag werd patiënt overgeplaatst naar het K (K).

2.22. Op 12 mei 2016 werd patiënt geopereerd in het K. Na pathologisch onderzoek bleek de diagnose glioblastoma multiforme te zijn. Er was gezien de klinische situatie van patiënt geen indicatie meer tot aanvullende behandelingen.

2.23. Op 13 juni 2016 is patiënt thuis overleden.

2.24. Op 16 juni 2016 heeft verweerder een brief naar klagster gestuurd om zijn medeleven te betuigen. Daarbij heeft hij zijn bereidheid tot het voeren van een gesprek met klagster aangegeven.

2.25. Op 5 mei 2017 heeft klagster een klacht ingediend bij het F over de behandeling van patiënt.

2.26. Op 20 juni 2017 heeft verweerder een brief gestuurd naar klagster om zijn overwegingen ten aanzien van het gevoerde behandelbeleid van patiënt nader toe te lichten.

2.27. Op 6 oktober 2017 deed de klachtencommissie uitspraak. De klachtencommissie heeft de klacht over het uitgaan van en het vasthouden aan een verkeerde werkdiagnose gegrond verklaard. De klachten over de kwetsende houding van verweerder naar patiënt, onvoldoende openheid over de diagnose en het gebrek aan continuïteit van de behandeling tijdens de vakantie van verweerder achtte zij gedeeltelijk gegrond. De klachtencommissie deed de volgende aanbevelingen:

*“-Verscherpte aandacht voor de verslaglegging van het slecht-nieuwsgesprek in het medisch en verpleegkundig dossier;
- Verscherpte aandacht voor overdracht en verslaglegging bij waarneming behandeld specialist”*

Hierop heeft de Raad van Bestuur van het F besloten om een intern onderzoek naar de gebeurtenissen uit te voeren. Dit onderzoek werd uitgevoerd door een Systematisch Incident Reconstructie en Evaluatie (SIRE) commissie, die werd samengesteld door de calamiteitencommissie van het ziekenhuis. Naar aanleiding hiervan concludeerde de calamiteitencommissie dat sprake was van een calamiteit. Deze werd op 19 april 2018 bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gemeld.

2.28. Op 8 augustus 2018 heeft verweerder een brief gestuurd naar klagster over de wijze waarop de vakgroep de aanbevelingen van de IGJ in de werkafspraken heeft verwerkt. Verweerder heeft daarbij opnieuw aangegeven dat hij open stond voor een gesprek met klagster. Tot een dergelijk gesprek is het niet gekomen.

3. De klacht en het standpunt van klagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

- I. geen goede zorg en aandacht heeft gegeven aan patiënt;
- II. niet goed heeft gekeken naar de uitslag van de MRI en heeft geweigerd het onderzoek over te doen;
- III. het beleid steeds heeft gericht op het onder controle krijgen en houden van de epilepsie;
- IV. patiënt niet heeft geïnformeerd over wat er aan de hand was met hem en welke behandeling er nog mogelijk was;
- V. verantwoordelijk is voor het overlijden van patiënt;
- VI. een dossierkenmerk hanteerde of schaduw dossier bijhield.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft gemotiveerd verweer gevoerd tegen de klacht. De onderbouwing daarvan komt hierna bij de beoordeling aan de orde.

5. De beoordeling

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.

5.2. Zoals besproken ter zitting, kan de behandeling van patiënt door verweerder in drie perioden worden verdeeld:

- 1) de periode rond de opname van 3 januari 2016;
- 2) de periode tussen 5 januari 2016 en 29 april 2016 (CT-scan, diagnose RIP);
- 3) de periode na de diagnose.

Het college zal deze onderverdeling aanhouden bij de beoordeling.

Klachtonderdelen I, II en III

5.3. Klachtonderdelen I, II en III hebben betrekking op de periodes 1) en 2). Het college zal deze klachtonderdelen gezamenlijk behandelen, omdat ze alle drie voortvloeien uit het verwijt dat verweerder een foute diagnose heeft gesteld. Het college overweegt ter zake het volgende.

Vaststaat dat verweerder een diagnose heeft gesteld, die later fout bleek te zijn. Het missen van de juiste diagnose is op zichzelf onvoldoende om verweerder een tuchtrechtelijk verwijt te kunnen maken. Indien echter de wijze waarop verweerder tot zijn, naderhand onjuist gebleken, diagnose is gekomen in strijd zou zijn met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwame beroepsgenoot mag worden verwacht - rekening houdend met het hierboven weergegeven toetsingscriterium - kan een dergelijke klacht slagen.

periode 1)

5.4. Verweerder heeft verklaard dat hij het ten zeerste betreurt dat, met de wetenschap achteraf, de werkdiagnose partiële epilepsie bij een klein corticaal infarct frontoparietaal rechts en de vervolgens ingezette anti-epileptische behandeling niet juist bleken te zijn. Hij is echter van mening dat in het licht van de toenmalige omstandigheden, te weten de symptomen van de patiënt, de uitslagen van de ingezette onderzoeken en diagnostiek en het (eerst) aanslaan van behandeling, de werkdiagnose verdedigbaar was. Op de MRI werden volgens verweerder meerdere afwijkingen gezien, in het bijzonder aan de buitenzijde (cortex) aan de rechterzijde, maar ook in de hersenstam en de diepere basale structuur (thalamus) rechts. De perfusie opnames gaven aanwijzingen dat er sprake leek van een semi recent corticaal infarct in de rechter hemisfeer en de aansluitende hersenschors bij de insula was veranderd. Deze werden niet als zodanig beschreven door de radioloog. Verweerder heeft hierover contact gehad met de radioloog en zij bereikten uiteindelijk overeenstemming dat de epilepsie waarschijnlijk veroorzaakt werd door een semi recent doorgemaakt herseninfarct in de rechter hersenhelft. Hiervan is vervolgens geen aangepast radiologisch verslag gemaakt, en verweerder betreurt dat.

5.5. Het college is van oordeel dat de uitslag van de MRI en het verschil van mening tussen de radioloog en verweerder een reden had moeten zijn voor verweerder tot ge-

rede twijfel over de diagnose partiële epilepsie door een herseninfarct gedurende het hele behandelproces. Ook had dit moeten leiden tot een kritischer opstelling van verweerder ten opzichte van de incomplete MRI. De uitslag van de MRI gaf volgens het college voldoende aanleiding om RIP op te nemen als differentiaal diagnose en de aanwezigheid daarvan mogelijk uit te sluiten met verdere diagnostiek. Het had in ieder geval op de weg van verweerder gelegen om in het medisch dossier goed te documenteren op welke gronden de bevindingen van de radioloog (in zijn geheel) werden verworpen. Het medisch dossier geeft hiervan geen blijk. Dat verweerder, zoals hij stelt, de radioloog heeft overtuigd van zijn interpretatie van de uitslag van de MRI, valt evenmin op te maken uit het medisch dossier.

periode 2)

5.6. In de periode die volgde op de opnames op 3 januari en 14 januari 2016 zag verweerder patiënt regelmatig op de polikliniek. Ook werd patiënt intensief begeleid door de epilepsie verpleegkundige. Deze begeleidt onder supervisie van verweerder nieuw gediagnosticeerde patiënten die nog niet (goed) zijn ingesteld op medicatie. De epileptische aanvallen hielden aan en namen soms toe. Desondanks zag verweerder geen reden om de werkdiagnose epilepsie ten gevolge van een herseninfarct, te heroverwegen. Voor verweerder was hiervoor redengevend dat hij vanaf het begin het vermoeden had dat het enige tijd zou duren voordat de behandeling zou leiden tot volledig verdwijnen van de epilepsie aanvallen. Bovendien namen de aanvallen na twee maanden af en verminderde de intensiteit. De cognitieve achteruitgang die vervolgens is opgetreden weet verweerder aan de bijwerkingen van de anti-epileptische medicatie. In deze periode van de behandeling bleef verweerder vasthouden aan de gestelde diagnose. Weliswaar vermeldt verweerder in zijn brief aan de huisarts van 11 april 2016 (2.17): *“Vooralsnog duid ik een en ander als partieel eenvoudige aanvalletjes”*, maar nergens uit blijkt dat verweerder zijn diagnose met betrekking tot de onderliggende etiologie op enig daarop volgend moment werkelijk heeft heroverwogen, laat staan bijgesteld. Het beleid bleef dan ook gericht op het onder controle krijgen en houden van de epilepsie.

5.7. Het college is van oordeel dat het niet onder controle krijgen van de focale epilepsie, zeker in combinatie met de (cognitieve) achteruitgang, een reden had moeten zijn voor verweerder om zijn diagnose met betrekking tot de onderliggende etiologie te heroverwegen en nadere diagnostiek in te zetten, zoals een MRI onder narcose of een CT-scan met contrastvloeistof. Het college acht in dit verband ook de volgende e-mailberichten van klagster aan de epilepsie verpleegkundige van belang:

-7 april 2016: *“(…) Vrijdag uitval gehad van linker arm/ hand gevoelloos, krachteloos geen sturing, duizelig, licht in zijn hoofd en linkerkant mond hing. Duurde 25 min daarna herstelde het zich langzaam na 2 tot 3 uur en sturing terug alleen blijft nu ook ook wijsvinger nu ook gevoelloos net als de duim dat heeft zich van de week niet meer hersteld (...) Naar huisarts geweest, die heeft contact opgenomen met dienstdoende neuroloog. Maandag spoed afspraak op de poli. Bij dr J. Verder 3 tot 4 epileptische aanvalletjes per dag. Heeft vandaag 4 uur overdag geslapen in bed dat is eigenlijk niets voor hem (...)”*;

-16 april 2016: *“Beter wordt het niet het gaat langzaam achteruit. Linker hand steeds moeilijker te gebruiken. Hij loopt daar veel op te mopperen, laat veel uit zijn hand vallen. Het praten vind mijn man ook moeilijker gaan. (...)”*

In deze e-mails wordt een duidelijk beeld van achteruitgang en (tijdelijk) krachtsverlies van patiënt geschetst.

Het verweer van verweerder dat hij niet op de hoogte was van de snelle en duidelijke achteruitgang en de verontrustende e-mails van klaagster aan de epilepsie verpleegkundige kan verweerder niet baten. Het college is van oordeel dat een actievere houding van verweerder als hoofdbehandelaar en supervisor van de epilepsie verpleegkundige op zijn plaats was geweest, temeer gegeven zijn eindverantwoordelijkheid in die hoedanigheid. Verweerder had op de hoogte kunnen en ook moeten zijn van het verloop van de poliklinisch bezoeken van patiënt aan de epilepsie verpleegkundige en de daarop aansluitende e-mails van klaagster, en aldus van de verslechterende situatie van patiënt.

Deze ontwikkelingen hadden onmiskenbaar aanleiding moeten zijn tot heroverweging door verweerder van zijn aanvankelijke diagnose en het op die basis ingezette beleid. Verweerder heeft deze signalen echter niet (op deze wijze) opgepakt, terwijl dit in de gegeven situatie wel van een redelijk handelend beroepsgenoot verlangd mocht worden.

5.8. De conclusie van het voorgaande is dat klachtonderdelen I, II, III gegrond zijn.

periode 3)

Klachtonderdeel IV

5.9. Klachtonderdeel IV betreft het gesprek op 3 mei 2016 (zie 2.20.). De lezingen over het verloop van dit gesprek lopen uiteen. Bij de beoordeling van dit klachtonderdeel stelt het college voorop dat verwijten omtrent inhoud en wijze van (mondelijke) communicatie en het verloop van het gesprek zich moeilijk op hun juistheid laten beoordelen door het college, dat van die communicatie immers geen getuige is geweest.

Wel is vast komen te staan dat verweerder en klaagster uiteenlopende verwachtingen hadden van het gesprek van 3 mei 2016. Patiënt en klaagster dachten een zogenoemd 'slecht nieuws-gesprek' te hebben over onder andere de vastgestelde diagnose, mogelijke behandelingen en prognose. Verweerder was op basis van kennisneming van de ontwikkelingen in zijn afwezigheid als vastgelegd in het medisch dossier in de veronderstelling dat een zodanig gesprek tijdens zijn afwezigheid reeds had plaatsgevonden met de dienstdoende neuroloog. Er was geen gesprek met hem gepland en hem was gevraagd bij patiënt langs te lopen. Zijn intentie voor het gesprek was dan ook (enkel) gericht op het tonen van zijn betrokkenheid en het uitspreken van zijn schrik, aldus verweerder.

5.10. Het college overweegt als volgt. Bij terugkomst van vakantie heeft verweerder zich gerealiseerd dat tijdens zijn afwezigheid de diagnose van patiënt ingrijpend was gewijzigd. Onder die omstandigheden zou het uit oogpunt van empathie beter zijn geweest als verweerder zich voorafgaand aan het gesprek meer in detail dan als (summier) weergegeven in het medisch dossier (zie 2.19.) had laten informeren door zijn collega's over hetgeen in zijn afwezigheid wel en niet besproken was met patiënt en de familie. Daardoor had hij mogelijk de verwachtingen van patiënt en zijn familie van het gesprek met hem beter kunnen inschatten en daarop effectiever kunnen inspelen. Het college is evenwel van oordeel dat verweerder op basis van de informatie in het medisch dossier redelijkerwijs erop mocht vertrouwen dat het door klaagster bedoelde gesprek reeds was gevoerd door de dienstdoende neuroloog. Mocht een dergelijk gesprek tijdens de afwezigheid van verweerder in werkelijkheid niet hebben plaatsgevonden dan wel niet aan de verwachtingen van patiënt en zijn familie hebben voldaan, dan kan dat in deze

situatie verweerder niet worden nagedragen. Verweerder valt hier dan ook geen tuchtrechtelijk verwijt te maken. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel V

5.11. In klachtonderdeel V wordt verweerder het verwijt gemaakt dat hij verantwoordelijk is voor het overlijden van patiënt. Met voornoemde vaststelling van het college dat verweerder in zijn beroepsuitoefening tuchtrechtelijk tekort is geschoten doet het college geen uitspraak over de vraag of deze fouten hebben bijgedragen aan het overlijden van de echtgenoot van klaagster. Een dergelijke beoordeling, die ziet op een door klaagster gesteld causaal verband tussen verwijtbaar handelen van verweerder en het overlijden van patiënt, valt buiten het tuchtrechtelijk beoordelingsbereik van het college. Klachtonderdeel VI is ongegrond.

Klachtonderdeel VI

5.12. Klachtonderdeel VI betreft de stelling van klaagster dat er een schaduw dossier dan wel een dossierkenmerk werd bijgehouden door verweerder hoe er met klaagster en haar familie moest worden omgegaan in het ziekenhuis, waardoor patiënt en klaagster negatief werden benaderd. Verweerder heeft deze stelling gemotiveerd betwist. Nu klaagster haar klacht niet nader heeft onderbouwd mist dit klachtonderdeel feitelijke grondslag. Dit betekent dat niet kan worden vastgesteld dat verweerder tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Dit klachtonderdeel is daarmee ongegrond.

5.13. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens patiënt had behoren te betrachten.

5.14. Ten aanzien van de op te leggen maatregel overweegt het college als volgt. Verweerder heeft op tuchtrechtelijk verwijtbare wijze een diagnose gemist. Dit is te wijten aan het blijven vasthouden aan een aanvankelijk gestelde diagnose, terwijl de omstandigheden onmiskenbaar en in de loop van de tijd steeds prangender reden gaven voor heroverweging, nader onderzoek en op basis daarvan mogelijk bijstelling van die diagnose. Hier is dan ook sprake geweest van tunnelvisie, hetgeen zeer laakbaar moet worden geacht. De ernst hiervan zou op zichzelf bezien de maatregel van een berisping rechtvaardigen.

Het college laat echter in verlichtende zin meewegen dat verweerder zich zeer toetsbaar heeft opgesteld in de diverse procedures die zijn gevolgd. Dit geldt zowel voor de interne klachtenprocedure en de calamiteitenprocedure, als tijdens de zitting van de onderhavige tuchtrechtelijke procedure. Verweerder heeft inzicht getoond in het tekortschieten van zijn handelen en blijkt gegeven van de mate waarin dit hem heeft aangegrepen. Bovendien is dit alles, ook op initiatief van verweerder zelf, aanleiding geweest voor specifieke kwaliteitscontrole en het doorvoeren van verbetermaatregelen binnen zijn vakgroep in het F. Daarbij heeft verweerder meerdere keren getracht om met klaagster in gesprek te komen.

Het college stelt vast dat verweerder zijn inzichten en zelfanalyse slechts heeft gebaseerd op zijn 'kennis achteraf', terwijl het college oordeelt dat sprake is van verwijtbare nalatigheid door verweerder tijdens de behandeling. Niettemin is het college, met name gezien de opstelling en toelichting van verweerder ter zitting, ervan overtuigd dat verweerder zodanig lering heeft getrokken uit de situatie dat de kans op herhaling zeer gering moet worden geacht. Daarbij wordt ook meegewogen dat aan verweerder niet eerder een tuchtrechtelijke sanctie is opgelegd.

Alles afwegend, is het college van oordeel dat een waarschuwing hier de meest passende maatregel is.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klachtonderdelen I, II en III gegrond;
- legt op de maatregel van waarschuwing;
- wijst de klacht voor het overige af.

Aldus beslist door:

P.J. van Eekeren, voorzitter,
J.A. Carpay, W.M. Mulleners, J.C. van der Molen, leden-beroepsgenoten,
R.E. van Hellemond, lid-jurist,
bijgestaan door I.W.M. Dirksen, secretaris,
en in het openbaar uitgesproken op 12 maart 2019 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG
secretaris

WG
voorzitter