

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 068/2019

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 17 januari 2020 naar aanleiding van de op 5 april 2019 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,  
bijgestaan door C te B, D, juridisch adviseur te B en E, longarts te F,

k l a a g s t e r

-tegen-

**K**, chirurg, werkzaam te H,  
bijgestaan door I, als jurist verbonden aan het J te H,

b e k l a a g d e

### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 18 juni 2019 gehouden gehoor in het kader van het mondeling vooronderzoek;
- de brief namens de secretaris van het college van 27 juni 2019;
- het e-mailbericht van de gemachtigde van beklaagde van 1 juli 2019;
- de brief van C van 11 juli 2019.

Klaagster heeft een met de onderhavige klacht verband houdende klacht ingediend tegen G, physician assistant. Deze klacht is bekend onder nummer 067/2019.

Beide zaken zijn tegelijkertijd op zitting van het college behandeld op 10 december 2019 en in beide zaken wordt tegelijkertijd uitspraak gedaan.

Ter zitting zijn partijen verschenen met hun gemachtigden.

## 2. DE FEITEN

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

Klaagster, geboren in 1951, is vanaf medio 2018 uitgebreid onderzocht in het J in H (verder het ziekenhuis te noemen) in verband met een verdenking op longkanker.

In dat kader bezocht klaagster op 28 november 2018 de polikliniek heelkunde. Met betrekking tot dit bezoek is onder meer het volgende genoteerd in het dossier:

*“Beloop*

*67-jarige patiënte, roker, bekend met o.a COPD Gold 2 met matige diffusiestoornis, diverticulitis en verminderde LVEF (40%) nu met grillige PET-positieve laesie suppleuraal rechterbovenkwab met nodus in dezelfde kwab en caudaal 2e verdichting, tevens lymfadenopathie rechts hilar waarbij PA geen maligne cellen toont.*

*Mogelijk bij T3N1M0 primair longcarcinoom, niet PA bewezen. Bij controle enige toename dus i.p. indicatie voor lobectomie met lymfklierdissectie.*

*Med: geen bloedverdunners*

*Conditioneel matig*

*Beleid*

*Uitgebreid gesproken over procedure in bijzijn partner (beiden medisch onderlegd): VATS lobectomie RBK [initieel zou door longarts/AIOS longGNK gesproken zijn over vriescoupe, dit kan ik niet terugvinden in de statusvoering. We hebben gesproken over het voornemen om een lobectomie met MLND te verrichten ondanks dat de PA niet conclusief is preoperatief à hiermee gaan beiden akkoord]*

*Conversie besproken evenals POWI en thoraxdrain/ verlengde luchtlekkage.*

*Cardiopulmonale complicaties en overlijden besproken. Nadien mogelijk IC/MC.*

*Verlengde tromboseprofylaxe*

*Systemische nabehandeling reeds besproken*

*Pte geeft aan euthanasiepapieren bij HA te hebben gehaald voor het geval dat.*

*Nu wel reanimeren (kortdurend) en staken indien langdurend.”*

Klaagster is op 4 december 2018 geopereerd door beklagde. In het operatieverslag is genoteerd: *“VATS lobectomie RBK met klierdissectie stations 2, 4, 7, 10, 11 Bloedverlies 250 ml.”*

Voor de postoperatieve pijnstilling kreeg klaagster een paravertebrale katheter. Via deze katheter kreeg klaagster continu bupivacaïne toegediend. Daarnaast werd 4dd 1000 mg paracetamol en zo nodig 6dd 5 mg oxycodon voorgeschreven. Tijdens de eerste avond en nacht na de operatie heeft zij extra morfine gekregen. Op 5 december 2018 is op de verkoeverkamer de paravertebraal catheter doorgespoten en de morfinepijnstilling aangepast.

Op 5 december 2018 is er een X-thorax gemaakt. In het verslag is onder meer het volgende genoteerd:

*“Zittende opname. Thoraxdrain rechts in situ, status na lobectomie rechterbovenkwab, nog kleine resttoppneu rechts in situ, verder goede ontplooiing van de long, geen duidelijke infiltraten, geen manifeste decompensatio cordis.”*

De thoraxdrain is later die middag verwijderd.

Na het lichamelijk onderzoek op 6 december 2018 is om 07.50 uur onder meer het volgende in het dossier genoteerd: *“Pulm:links VAG zonder bijgeluiden, rechts nauwelijks hoorbaar ademgeruis, geen bijgeluiden hoorbaar.”*

Vervolgens is in overleg met G een X-thorax gemaakt met de vraagstelling: *“Status na verwijderen thoraxdrain. Pneumothorax?”*

In het verslag van deze thoraxfoto is het volgende opgenomen:

*“Zittende opname. Status na VATS lobectomie rechts. Beeld is suspect voor een resttoppneu rechts. Verder is het beeld conform.”*

De (onveranderd beschreven) resttoppneu rechts is door beklagde geïnterpreteerd als een volumedeficit (na de lobectomie) daar er geen toename van de pneu was te zien.

In de nacht van 6 op 7 december 2018 is in het verpleegkundig dossier genoteerd:

*“06:00 buurvrouw belde voor mevrouw. mw was helemaal in paniek. Zat bijna te hyperventileren in bed en was maar om haar heen aan het roepen. mevrouw proberen gerust te stellen, gaf aan veel pijn te hebben en het hierdoor niet meer te kunnen uithouden. Werd hierdoor ook erg benauwd aldus mevrouw. mevrouw gaf aan spijt te hebben gehad van de operatie en als ze dit had geweten ze het nooit had gedaan. mevrouw gaf aan dat wij niets wilde doen voor haar en haar maar hier kapot lieten gaan. mevrouw uitgelegd dat we alles proberen te doen om het zo comfortabel mogelijk voor haar proberen te maken en dat we er juist voor haar zijn. even een tijdje bij mevrouw gezeten en samen gelet op de ademhaling. Eenmaal toen mevrouw weer wat rustiger was de morfine van 07:00 uur gegeven. Hierop kalmeerde mevrouw weer wat.*

*06.45. Mw gaf aan dat de pijn langzaam weer terugkomt en dat het weer ondragelijk begint te worden. DD arts gebeld en gevraagd of ik mevrouw nog wat voor de pijn kan geven of iets anders. Gaf aan dat mevrouw 10 mg oxazepam mocht krijgen. Deze aan mevrouw gegeven. Mw hoopt dat er snel een oplossing gevonden is voor haar zodat de pijn weer onder controle komt.”*

G heeft op 7 december 2018 (blijkens de notitie in het dossier van 07.46 uur) het op 6 december 2018 door de verpleegkundige gevraagde consult van het maatschappelijk werk laten annuleren en de verpleegkundig specialist psychiatrie in consult laten vragen. Dit consult werd op dezelfde dag verricht en er heeft een gesprek plaatsgevonden. Over dit gesprek is in het verpleegkundig dossier onder meer genoteerd dat ventileren klaagster steun geeft.

Patiënte werd op 7 december 2018 gemobiliseerd onder begeleiding van een fysiotherapeut. Deze noteerde om 13.23 uur in het dossier:

*“(…) Mw kwam met even kleine hulp op de bedrand en zelfstandig tot stand. Moest tussendoor steeds op adem komen. Ze liep in een heel rustig tempo met 2 L O2 en met rollator 20m. Mw was erg dyspnoeïsch. Saturatie na het mobiliseren was 85% (op vinger gemeten; oor lukte niet)”*

Om 13.51 uur is in het dossier genoteerd: *“Stop paravertebraalkather en uit. Start oxycodon IR en SR.”*

Verder werd genoteerd: *“Volgens patiënte onvoldoende pijnstilling, morfine separaat wel effectief.”*

En om 15.00 uur is genoteerd: *“Na het stopzetten van de paravertebraalkatheter en starten van OxyN en OxyC is de pijn veel beter onder controle en lukt het doorzuchten veel beter. Dit heeft ook een belangrijk positief effect op de stemming van patiënte.”*

In de loop van de avond kreeg klaagster een opgejaagd gevoel waarna een ECG werd gemaakt en een X-thorax. Op het ECG was een atriumflutter te zien. In het verslag van de X-thorax is genoteerd:

*“vergeleken met 6/12/2018.*

*1e foto postoperatief na lobectomie van de rechterbovenkwab. De thoraxholte rechts is nagenoeg volledig opgevuld met vocht, alleen apicaal nog een bel lucht in de pleuraholte. Mediastinale shift naar rechts. Helder longbeeld links.”*

Klaagster werd overgeplaatst naar de CCU voor digitalisatie. Bij binnenkomst op de CCU bleek echter weer een sinusritme, waardoor digitalisatie niet meer nodig was. Op de operatiekamer werd vervolgens weer een thoraxdrain geplaatst.

Aan het begin van de nacht was sprake van klinische achteruitgang. De IC-arts is in consult gevraagd en overname volgde. Met betrekking tot het beleid is in overleg met de intensivist het volgende genoteerd:

- “ - opname MC*
- frequent vernevelen*
- indien respiratoir slechter: NIV à voor nu niet nodig want hypoxemie verbeterd en geen hypercapnie.*
- zn morfine tegen pijn*
- zn haldol herhalen bij onrust”*

Op 8 december 2018 is om 12.15 uur als beleid genoteerd in het dossier:

*“Pte en partner aan bed bijgepraat in bijzijn L. bronchoscope ter evaluatie endobronchiale sputumplug. Dit wil pte pertinent niet!*

*Een alternatief is een non-invasieve beademing met controle X-thx/CT-thx.*

*We starten nu met NIV. Later wordt nogmaals overlegd met pte om een bronchoscope te ondergaan met uitleg over evt. consequenties (problemen middenkwab en afsterven hiervan).”*

Om 16.11 uur is in het dossier onder meer genoteerd:

*“naar aanleiding van MDO met patiënt zowel door M als N besproken dat er indicatie voor bronchoscope is. Patiënte geeft bij herhaling aan dit nooit meer te willen, dat haar hart dit niet aan kan. Uitleg dat longkwab dichtgevallen is en als we die niet open krijgen ze deze longkwab kan kwijtraken. Weigert pertinent. Voorstel in eerste instantie om NIV te proberen in combinatie met goed ophoesten. Besproken dat als dit niet werkt bronchoscope met sedatie. Wil eerst NIV proberen. Om 17.00 uur nieuwe X-thorax ter herbeoordeling Dit later ook met echtgenoot besproken. Patiënte heeft op dit moment al NIV. Is geaggiteerd en geeft nu aan dan nu liever direct bronchoscope onder sedatie te ondergaan. Aangegeven dat ze eerst nucht moet zijn en we nu doorgaan zoals eerst afgesproken. NIV tot 17.00 uur en dan a.h.v. foto herevaluerne.”*

Om 19.37 uur is in het dossier onder meer genoteerd;

*“op X-thorax en CT-thx atelectase middenkwab. Overleg longarts/IC: advies bronchoscopie. uitgebreid gesproken multidisciplinair met partner en pte: uitleg advies bronchoscopie met als doel evt sputumplug te verwijderen ten behoeve van ontplooiing long. Ook besproken dat er een kans is dat het endobronchiaal meevalt, maar dan weten we ook dat we op dit moment alles hebben om het te verbeteren. Beiden gaan akkoord met de procedure. Op verzoek van pte onder sedatie.”*

In het verslag van de bronchoscopie is opgenomen:

*“links alle ostia open, rechts litteken zichtbaar ter plaatse van aftakking rechter bovenkwab, veel purulent secreet. nauwe toegang bronchus intermedius, na bronchiaal toilet wel te passeren. ROK en MK rood gezwollen wel na bronchiaal toilet lijkt open, stembanden symmetrisch.”*

In de dagen daarna is het langzaam beter gegaan met klaagster. Op 11 december 2018 kon klaagster worden teruggeplaatst naar de verpleegafdeling. Klaagster is vervolgens op 15 december 2018, met zuurstofvoorziening voor thuis, uit het ziekenhuis ontslagen.

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt beklaagde - zakelijk weergegeven -:

- Het postoperatief niet kiezen voor een opname op de intensieve care of medium care;
- Het onthouden van een behandeling met inhalatiesteroïden na de bronchoscopie op 9 december 2018 en daarmee het aan klaagster onthouden van een potentieel werkzame therapie.

### 4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklaagde voert - zakelijk weergegeven - primair aan dat C de klacht heeft ingediend en dat het niet of onvoldoende duidelijk is dat klaagster instemt met de klacht. Beklaagde is van oordeel dat C bij het ontbreken van toestemming van klaagster niet ontvankelijk is (op onderdelen) van de klacht.

Voor het overige is beklaagde van oordeel dat de klacht als ongegrond moet worden afgewezen. Voor zover nodig wordt hierna meer specifiek op het verweer ten aanzien van de diverse klachtonderdelen ingegaan.

### 5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

#### 5.1

Klaagster heeft het klaagschrift medeondertekend en heeft bovendien ter zitting bevestigd dat zij instemt met alle onderdelen van de klacht. Gelet daarop staat buiten twijfel dat zij, als rechtstreeks belanghebbende, ontvankelijk is in deze klacht.

#### 5.2

Het college wijst er bij de inhoudelijke beoordeling 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. Het college wijst er verder op dat het in het tuchtrecht gaat om de beoordeling van het handelen van de aangeklaagde beroepsbeoefenaar, om het antwoord op de vraag of deze persoonlijk verwijtbaar heeft gehandeld.

### 5.3

Het eerste klachtonderdeel tegen beklagde betreft het feit dat klaagster na de ingreep op 4 december 2018 niet op de IC/MC is opgenomen. Het college overweegt met betrekking tot dit klachtonderdeel het volgende. Uit de hierboven opgenomen notitie betreffende het consult op 28 november 2018 blijkt dat met klaagster is besproken dat ze na de operatie *'mogelijk'* naar de IC/MC zou gaan. Klaagster is hiermee geïnformeerd over de mogelijkheid dat na de operatie een opname op de IC/MC nodig zou kunnen zijn. Daaruit volgt al dat het ook mogelijk was dat, als de operatie goed zou gaan, klaagster naar een gewone verpleegafdeling zou kunnen gaan. Beklaagde heeft ter zitting verklaard dat gemiddeld de helft van de patiënten na een dergelijke operatie niet naar de IC/MC gaan, maar naar de verpleegafdeling. De operatie van klaagster is preoperatief besproken in het multidisciplinair overleg waarbij een longarts en een cardioloog betrokken waren. Besproken is dat bij klaagster vanwege haar cardiale en pulmonale toestand een lobectomie zou moeten aankunnen, maar geen pneumectomie. In dat overleg is niet het advies gegeven klaagster postoperatief op de IC/MC op te nemen. De operatie is zonder complicatie verlopen en kon met VATS minimaal invasief tot een goed einde worden gebracht. Een reden om klaagster postoperatief op de IC/MC op te nemen, was er in dat opzicht daarom niet. Beklaagde heeft toegelicht dat, aangezien de duur van de operatie, het bloedverlies en de bijkomende anesthesiologische bevindingen (haemodynamiek, vochtbalans, luchtwegmanagement) gunstig waren, in overleg met de anesthesioloog is besloten klaagster op de verkoeverkamer te observeren en, als er zich geen bijzonderheden zouden voordoen, naar de gewone verpleegafdeling over te plaatsen. Het definitieve besluit daartoe is vervolgens door de dienstdoende anesthesist genomen. Het college acht dat besluit verdedigbaar. Het standpunt van klaagster dat een opname op de intensive care of medium care aangewezen was omdat op deze afdelingen beter geschoold personeel werkt, deelt het college voor deze casus niet. Beklaagde wijst er terecht op dat op de verpleegafdeling van de afdeling longchirurgie verpleegkundigen werken die met de pathologie en de chirurgische behandeling van longkanker (inclusief eventuele complicaties) bekend en geschoold zijn en daartoe bevoegd en bekwaam zijn. Gelet daarop kan in zijn algemeenheid niet worden gezegd dat de bewaking en pijnstilling bij klaagster door de opname op deze afdeling onvoldoende waren gewaarborgd. Namens klaagster is ter zitting nog gewezen op de noodzaak van opname op de IC/MC vanwege de matige cardiale en pulmonale toestand van klaagster. De preoperatieve cardiale en pulmonale toestand van patiënte was echter niet afwijkend van patiënten die doorgaans een dergelijke ingreep ondergaan en het MDO heeft niet geleid tot een aanvullend advies ten aanzien van de gewenste opname die van de gemiddelde patiënt die een dergelijke ingreep ondergaat. Het eerste klachtonderdeel slaagt daarom niet.

### 5.4

Met betrekking tot het tweede klachtonderdeel overweegt het college het volgende. De vraag om inhalatiesteroïden is besproken in het multidisciplinair overleg Intensieve Care-afdeling van 10 december 2018 dat genoteerd is in het dossier om 09.17 uur. Bij dit overleg waren onder andere een intensivist en een longarts aanwezig. Genoteerd

is 'geen meerwaarde voor dexamethason'. Beklaagde heeft derhalve de vraag om deze medicatie serieus genomen en met de betreffende specialisten besproken. Daarmee heeft beklagde gehandeld zoals van een redelijk handelend en redelijk bekwame specialist mag worden verwacht. Het verwijt dat hij klaagster een behandeling met inhalatiesteroïden heeft onthouden kan daarom niet slagen.

5.5

De conclusie is dan ook dat de klachten in beide onderdelen niet slagen.

## 6. DE BESLISSING

Het college verklaart de klacht ongegrond.

Aldus gegeven door H.L. Wattel, voorzitter, G.J.M. Akkersdijk en P.J.M. van Gulp, leden-beroeppsgenoten, in tegenwoordigheid van H. van der Poel-Berkovits, secreta-  
ris

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als

- het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard of
- als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

c. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.