

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2021.042

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE

voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2021.042 van:

A., wonende te B., appellante, klaagster in eerste aanleg,
tegen

J., destijds arts in opleiding tot specialist, destijds werkzaam te D.,
verweerster in beide instanties, gemachtigde: mr. S.J. Berkhoff-Muntinga te Utrecht.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klaagster - heeft op 3 december 2019 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen J. - hierna de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 18 december 2020, onder nummer 280/219 heeft dat College de klacht ongegrond verklaard. Klaagster is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaken C2020.230, C2020.231 en C2020.232 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 5 november 2021, waar zijn verschenen klaagster en de arts. De arts werd bijgestaan door haar gemachtigde.

Klaagster heeft haar standpunten en mr. Berkhoff-Muntinga heeft de standpunten van de arts toegelicht aan de hand van spreek aantekeningen 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 de als bijlagen bij het verweerschrift overgelegde relevante delen uit het medisch dossier) dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

De klacht betreft de behandeling van de moeder van klaagster, mevrouw E., geboren op in 1932 en overleden op 2 december 2010, verder patiënte te noemen.

Patiënte is onder behandeling geweest in het ziekenhuis F. te D. van 21 november tot aan haar overlijden op 2 december 2010. Patiënte werd opgenomen wegens een facialisparese en krachtverlies links. Zij had een gezwollen rechter- onderbeen en was toenemend kortademig.

Er werd gestart met fraxiparine in therapeutische dosering bij verdenking op een diep veneuze trombose (dvt) en mogelijk ook een longembolie. In verband met een infiltraat op de X-thorax en verhoogde infectieparameters werden antibiotica gestart bij verdenking op pneumonie. Er werd tevens gestart met digoxine vanwege atriumfibrilleren.

Patiënte werd vanwege de verdenking CVA/TIA opgenomen op de afdeling neurologie. Er werden voor de daar geobserveerde apneus en saturatiedalingen geen

aanwijzingen gevonden voor een centrale oorzaak. Na opname ter observatie op de intensive care, waar geen apneus en saturatiedalingen werden gezien, werd patiënte overgeplaatst naar de afdeling interne geneeskunde voor de behandeling van de dvt en een longontsteking. Zij werd behandeld met de antibiotica amoxicilline en ciprofloxacine. Later werd dit omgezet naar augmentin na een negatieve legionella sneltest. In verband met leverfunctieafwijkingen werd overgegaan op doxycycline. Vanwege het gezwollen onderbeen bij opname kreeg patiënte fraxiparine en acenocoumarol. De eerder ingezette behandeling met acetylsalicylzuur en dipyridamol werden gestaakt. Het vermoeden dat sprake was van een longembolie kon niet worden bevestigd omdat op verzoek van patiënte geen CT-scan werd gemaakt. Bij opname werd tevens de cardioloog geconsulteerd. De door deze ingestelde adviezen werden gehandhaafd, te weten acenocoumarol, bumetanide, digoxine en metoprolol. Tevens werd spironolacton als diureticum en hartfalenbehandeling gestart. In het medisch dossier is het "Overdrachtsformulier Spoedeisende Hulp" d.d. 21 november 2010 opgenomen. Hierin staat dat patiënte onder verantwoordelijkheid van internist G. werd onderzocht. Als conclusie werd vermeld:

1. Ischemisch CVA rechter hemisfeer bij AF de novo en TIA in voorgeschiedenis.
2. Pneumonie re
3. Nierfunctiestoornissen: dd prerenaal
4. Hypokaliemie: bij verminderde intake."

Als beleid werd vermeld:

"Geen trombolyse vanwege onduidelijk tijdstip van ontstaan in overleg met huisarts. Internist en cardio kijken mee op SEH.

Icc interne: iom G., internist: opname voor interne, start amoxicilline en ciproxin, bloedkweken, 22/11 lab herhalen, neurologie blijft in consult voor verdere behandeling CVA, cardio icc"

Bij anamnese werd onder meer vermeld:

"Patiënt en dochter willen eigenlijk helemaal niets, onderzoeken vinden ze eigenlijk al te veel."

In de decursus (ongedateerd) werd vermeld:

"Dochter belt wil geen echo abdomen. Dochter is erg terughoudend met onderzoeken. Uitleg gegeven dat de leverfunctie waarden enorm oplopen dat we een echo van de BB willen maken om te zien of er afwijkingen zijn aan de lever. Niet belastend onderzoek. Dochter wil dat we de LF# enkel vervolgen. Uitleg gegeven dat dit ook consequenties heeft voor medicamenten. Nu Augmentin. LF# omgezet in doxycycline. Gaat nadenken en bespreken met pt + broer wel/niet echo. Besproken ook dat tegenstrijdig wel op nadrukkelijk verzoek staat dat pt. gereanimeerd moet worden en beademd wel naar IC maar eenvoudig oz niet."

In het verpleegkundig dossier werd aangetekend:

"dochter belde en heeft graag dat de echobuik niet doorgaat, wil eerst met mevr en dokter praten."

In de decursus werd op 29 november 2010 door de beklagde vermeld:

"Pte wil géén echo-abd of nieuwe X-th: ook reanimatiebeleid herzien?!"

Op 30 november 2010 vond een gesprek tussen beklagde en patiënte en dochter plaats. Op die dag was eerder in de grote visite met beklagde en de superviserend internist besloten toe te werken naar ontslag. De controle- en laboratoriumwaarden van patiënte waren stabiel en zij had geen zuurstof meer nodig. De behandeling met antibiotica was afgerond. Wel waren er op dat moment nog aandachtspunten.

Patiënte had nog dyspnoe d'effort waarvoor ze diuretica en hartfalenmedicatie kreeg. Ook werd er nog eenzijdig verminderd ademgeruis gehoord en waren er nog

leverfunctieafwijkingen, mogelijk ten gevolge van de antibiotica, maar deze lieten een dalende trend zien. Er was sprake van slikstoornissen en samenhangende moeite met eten. Patiënte had moeite met mobiliseren. In het gesprek met de familie is steun thuis van een fysiotherapeut, ergotherapeut en diëtist besproken. Bij patiënte was in verband met urineretentie een verblijfskatheter geplaatst, waarmee zij naar huis zou gaan.

Op 1 december 2010 bleek thuis nog geen bed beneden beschikbaar te zijn. De opname is daarom nog met een dag verlengd.

In de nacht van 1 op 2 december 2010 is patiënte onverwacht overleden. Een doodsoorzaak is niet bekend. Er is geen toestemming voor obductie gegeven.

Klaagster verwijt beklagde:

patiënt;

Klaagster voert ter onderbouwing aan, zakelijk weergegeven, dat beklagde de behandeling van patiënte van de ene op de andere dag heeft stopgezet, de zuurstoftoevoer heeft stopgezet, de katheter heeft verwijderd en haar uit het ziekenhuis heeft ontslagen. De fysiotherapeut en ergotherapeut waren daar tegen. Patiënte at niet en was niet in staat zelf uit bed te gaan. Het maken van een longfoto achtte beklagde niet nodig. Beklagde heeft een herziening van het reanimatiebeleid verzwegen, ondanks het uitgebreide gesprek op 30 november 2010. Het is niet juist dat patiënte geen onderzoeken wilde en dat dit met de familie zou zijn besproken. Klaagster vermoedt op basis van een uitlating van een verpleegkundige dat patiënte werd ontslagen vanwege de dringende behoefte aan een bed voor een andere patiënt.

Beklagde voert aan, op gronden genoemd in het verweerschrift, dat de tegen haar ingediende klacht als ongegrond dient te worden afgewezen. Voor zover nodig wordt hierna meer specifiek op het verweer ingegaan.

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. Verder wijst het college erop dat die beoordeling dient plaats te vinden in het licht van wat beklagde op het moment van handelen wist of kon weten en dat het onverwachte overlijden van patiënte daarbij buiten beschouwing dient te blijven.

5.2

Naar het oordeel van het college blijkt uit de samenvatting van de feiten en het medisch dossier dat er sprake was van een duidelijke diagnose en daarop aansluitende behandeling. Gebleken is dat klaagster geen of zo min mogelijk onderzoek wenste. Dit is door de verantwoordelijk internist en door beklagde in het dossier genoteerd, en, blijktens het Overdrachtsformulier, de decursus en het verpleegkundig dossier ook door anderen. Eveneens is op grond van het dossier aannemelijk dat langere opname van patiënte in het ziekenhuis geen meerwaarde zou hebben gehad. Dat de fysiotherapeut en de ergotherapeut mogelijk andere standpunten hadden, hoefde voor beklagde geen reden te zijn niet naar ontslag toe te werken. Uit het dossier blijkt niet dat de behandeling werd stopgezet. Deze zou ook na ontslag uit het ziekenhuis worden voortgezet. Er is voldoende tijd genomen om patiënte naar huis te begeleiden. Toen bleek dat thuis nog niet alles in gereedheid

was gebracht, kon patiënte nog een dag langer blijven. Er zijn geen aanwijzingen dat patiënte overhaast naar huis moest vanwege een andere patiënt.

5.3

Het wijzigen van het reanimatiebeleid behoort met de patiënt en/of de familie te worden besproken zodra dit redelijkerwijs mogelijk is. Het college wijst op de multidisciplinaire richtlijn besluitvorming over reanimatie uit 2013 waarin is vastgelegd wat ook in 2010 al gebruikelijk was. Daarin staat:

“Een niet-reanimatiebesluit van de arts is leidend want een reanimatiepoging heeft dan geen reële slagingskansen of de belasting van de reanimatietechnieken en mogelijke complicaties/schade wegen niet op tegen de kans op overleving. Dit vergt een zorgvuldige afweging die gecommuniceerd wordt met de patiënt – en zijn eventuele vertegenwoordiger – en bij voorkeur zijn naasten.”

Beklaagde betwist niet dat dit in 2010 ook reeds gold. Zij bevestigt dat zij op 30 november 2010 heeft verzuimd het op medische gronden aangepaste niet-reanimeren-beleid met klaagster te bespreken. Toen zij zich dat realiseerde, heeft zij 's avonds nog met haar supervisor contact gezocht om deze omissie te bespreken. Na overleg werd besloten om de familie niet op dat moment opnieuw te benaderen om het beleid te bespreken, maar om dat de volgende dag te doen. Helaas heeft beklagde dat de volgende dag eveneens niet gedaan. Het college overweegt daarover dat niet elke omissie of vergissing tot een tuchtrechtelijk verwijt leidt. Het gaat erom hoe daarmee wordt omgegaan. Naar het oordeel van het college heeft beklagde na overleg met haar supervisor de beslissing kunnen nemen om patiënte en klaagster pas de volgende ochtend alsnog op de hoogte te stellen van het veranderde beleid. Er was immers geen situatie aan de orde waarin men verwachtte dat patiënte voor die tijd gereanimeerd zou moeten worden. Beklaagde heeft aangegeven dat zij zich na zo veel jaren niet meer precies voor de geest kan halen waarom vervolgens ook de dag erna (dus 1 december 2010) dit niet is gebeurd. Zij vermoedt dat dit het geval was omdat op 1 december alles in het teken stond van de zeer spoedige terugkeer van patiënte naar huis. Dat ontslag werd onverwacht met een dag uitgesteld omdat thuis nog niet alles in gereedheid was gebracht. Het college merkt op dat de herhaalde omissie inderdaad te betreuren valt, doch deze weegt in de context van de casus, waarin alles gericht was op het zeer spoedige vertrek van patiënte naar huis en waarbij het reanimatiebeleid nog maar zeer kort aan de orde zou zijn, onvoldoende zwaar om dit beklagde tuchtrechtelijk te verwijten.

5.4

Gelet op het voorgaande dient als volgt te worden beslist.”

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 Klaagster beoogt met haar beroep haar klacht in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege voor te leggen en concludeert tot gegronde verklaring van het beroep.

4.2 De arts heeft gemotiveerd verweer gevoerd en concludeert tot verwerping van het beroep.

4.3 In beroep zijn de schriftelijke klachten over het beroepsmatig handelen en nalaten van de arts en is het door de arts gevoerde verweer tegen naar aanleiding van haar professioneel handelen en nalaten geformuleerde klachten nog een keer aan de tuchtrechter ter beoordeling voorgelegd.

4.4 Het Centraal Tuchtcollege heeft kennis genomen van de inhoud van die in eerste aanleg geformuleerde klacht en het daarover in eerste aanleg door partijen schriftelijk en mondeling gevoerde debat. Het door het Regionaal Tuchtcollege gevormde zaaksdossier is aan het Centraal Tuchtcollege gestuurd.

4.5 In beroep is het debat door partijen schriftelijk nog een keer gevoerd, waarbij door ieder van hen standpunten zijn ingenomen naar aanleiding van de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten en de door dat College gegeven beschouwingen en beslissingen. Tijdens de mondelinge behandeling op 5 november 2021 is dat debat voortgezet.

4.6 Het beraad in raadkamer na de behandeling in beroep heeft het Centraal Tuchtcollege niet geleid tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het College in eerste aanleg. Dit betekent dat het beroep 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; M.W. Zandbergen en H. de Hek, leden-juristen en B.J.M. Mulder en T.J.M. Tobé, leden-beroepsgenoten en M. van Esveld, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 26 november 2021.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.