

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2022/3981

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
ZWOLLE

Beslissing van 10 juli 2023 op de klacht van:

A,

wonende in B,

klaagster,

gemachtigde: mr. M. Goosen, advocaat te Groningen,

tegen

C,

longarts,

destijds werkzaam in H,

verweerster, hierna ook: de longarts,

gemachtigde: mr. A.W. Hielkema, werkzaam in Utrecht.

1. De zaak in het kort

1. Verweerster heeft in haar hoedanigheid van longarts de situatie van klaagsters echtgenoot (hierna: patiënt) beoordeeld. Patiënt had longkanker met uitzaaiingen naar onder meer de lever. Daarvoor heeft patiënt eerder chemotherapie ondergaan. Vanwege klachten na deze chemotherapie (waaronder maagkrampen en diarree) werd patiënt opgenomen in het ziekenhuis. Patiënt is in het ziekenhuis overleden. De klacht heeft betrekking op het handelen van verweerster voorafgaand aan het overlijden van patiënt en op de wijze waarop zij patiënt heeft benaderd.

2. Het college komt tot het oordeel dat de klacht ongegrond is. Hierna licht het college dat toe.

2. De procedure

2. Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

2.2 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 30 mei 2023. De zaak is gelijktijdig behandeld met andere zaken van klaagster tegen andere artsen over hetzelfde feitencomplex onder zaaknummers Z2022/3983, Z2022/3984, Z2022/3985 en Z2022/3986. Na sluiting van het onderzoek wordt in alle vijf zaken op dezelfde dag afzonderlijk uitspraak gedaan.

2.3 Klaagster is verschenen, bijgestaan door haar gemachtigde en een tolk. Verweerster is ook verschenen, bijgestaan door haar gemachtigde. De partijen hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Klaagster heeft pleitnotities overgelegd.

3. De feiten

Klaagster dient een klacht in als nabestaande (echtgenote) van de patiënt. Patiënt is geboren in 1957 en overleden in augustus 2019.

Patiënt is voor het eerst gezien in J te H op 1 augustus 2018 vanwege verwardheid, zich uitend in traag denken en spreken. Er werd geconstateerd dat patiënt een tekort aan natrium in het bloed had, bij het gebruik van het diureticum furosemide.

Uiteindelijk werd afgesproken om het diureticum te stoppen, het alcoholgebruik te verminderen en thuis ruim zout te gaan gebruiken. Er werd een echo van de buik afgesproken in verband met een geconstateerde leververgroting met een revisieafpraak op de polikliniek op een later moment.

Twee weken later werd patiënt opnieuw gezien op de spoedeisende hulp vanwege onder andere toenemende verwardheid. Besloten werd tot een klinische opname om het probleem te analyseren. Op 17 augustus 2018 waren de bevindingen van de CT-thorax/abdomen beschikbaar, waarbij bleek dat sprake was van een longtumor en levermetastasering. De afwijkingen op de echo lever waren niet met zekerheid te duiden. Op 23 augustus 2018 kwam de pathologie-uitslag van een kleincellig longcarcinoom en sprak arts G met patiënt en klaagster. Uit het gesprekverslag volgt (alle citaten zijn inclusief eventuele taal-en spellingsfouten):

“Diagnose besproken (longkanker bezwezen met PA, met duffuse levermetastasering, waarbij een Cushing). Besproken dat dit een ziekte is die wel reageert op behandeling, maar jusit lastig is om weg te houden, komt vaak terug. (...) De Cushing is nu de grootste bedreiging, met daarbij ook de ‘altered mental state’ dat is momenteel de gevaarlijkste component. Daarom voorstel om morgen te starten met chemotherapie (zo snel mogelijk proberen de onderliggende oorzaak te behandelen). Tevens tegelijkertijd middels ketoconazol proberen de cortisol naar beneden te brengen. (...) De behandeling van de longtumor wordt overgenomen door specialisten van de oncoloog/longartsen.”

In het weekend van 1 september 2018, ruim een week na de chemokuur verslechterde de situatie van patiënt en werd door endocrinologie van K geadviseerd patiënt onder dwang te behandelen met intraveneus etomitaat. Overname door K was dat weekend niet mogelijk vanwege plaatsgebrek. Op 1 september werd door de psychiater geschreven en geconcludeerd:

“Gedurende de opname bleef er sprake van een recidiverende hypoaliëmie, van perifeer oedeem, eritheem van de bovenste lichaamshelft en verwardheid. Dit bleek te berusten op een torenhoog serum cortisol (+/- 4500) in het kader van ectopische ACTH-productie door het longcarcinoom. (...) Katatone presentatie van een toestandsbeeld dat beter met delier aangemerkt kan worden dan psychose, mogelijk al geïnduceerd bij hoge cortisol spiegels, late onttrekking van alcohol is niet waarschijnlijk. In deze toestand is patiënt niet wilsbekwaam ten aanzien van de nodige behandelbeslissingen. Hij blijkt niet in staat het alternatief van toch zijn orale medicatie in te nemen te demonstreren, de katatonie belemmert hem hier in. Het risico bestaat dat de katatonie en lichamelijke ontregeling elkaar verder zullen doen toenemen.”

Van 1 tot 5 september 2018 was patiënt opgenomen op de afdeling Intensive Care van J. Op 6 september 2018 concludeerde de psychiater dat sprake was van een katatoon toestandsbeeld in remissie. Op 14 september 2018 ging patiënt op eigen verzoek en onder strikte voorwaarden naar huis. Afgesproken werd om patiënt poliklinisch retour te laten komen om in dagbehandeling de chemokuren via de longarts te krijgen en wekelijks een cortisolspiegel te laten meten. Van 21 tot 28 september werd patiënt opnieuw opgenomen, ditmaal op de afdeling

Longgeneeskunde met een psychiater in medebehandeling vanwege de mentale status van patiënt.

Op 13 december 2018 hebben patiënt en klaagster met longarts E de situatie en prognose besproken. Deze prognose was beperkt, met gemiddeld een te verwachten overleving van één jaar na de eerste presentatie. Op 13 december 2018 heeft patiënt de laatste chemokuur gehad. Longarts E en patiënt spraken af om afwisselend een CT-scan en X-thorax te verrichten met controle van de leverwaardes. Er volgden meerdere relatief rustige maanden. Op 21 juni 2019 was er in het klinisch beloop een trendbreuk en veronderstelde arts G ziekteactiviteit van het kleincellig longcarcinoom. Er werd als volgt gerapporteerd:

“Er is helaas een trendbreuk met een oplopend ACTH en serum cortisol en hyponatriëmie dus het lijkt erop dat er zich weer een ectopisch Cushing syndroom ontwikkeld en een SIADH. Hij zal begin volgende week gezien worden door zijn behandeld longarts, ik vraag alvast een PET-CT scan aan.”

Na telefonisch consult rapporteerde arts G op 26 juni 2019 als volgt:

“Het gaat op zich goed alleen hij is in overleg met zijn vrouw al weer gestart met ketoconazol 3x daags 1 tablet dat hij nu zal verhogen naar 3x daags 2 tabletten. Er zijn dus nog geen tekenen van een organisch psychosyndroom.”

Op 5 juli 2019 onderging patiënt een chemotherapeutische behandeling met carboplatin/etoposide. Over deze kuur werd als volgt gerapporteerd:

“Dhr. Komt voor de 1e kuur, heeft in december de laatste kuur gehad. (...) Dhr. zei toen ik de AE medicatie wilde geven dat hij geen Dexamethason mocht hebben, zei dat hij dit de voorgaande kuren ook niet heeft gehad. Ik heb de rapportages van de vorige kuren doorgespit, samen met L, heb er niets over kunnen vinden dat Dhr. geen Dexamethason heeft gehad en/of niet mag krijgen. (...) Het voorstel is om i.p.v. Dexamethason te geven om Prednisolon te geven. (...) Dhr. uitte geen klachten nadat de Dexamethason werd gegeven.”

Op 14 juli 2019 werd patiënt op de SEH opgenomen op de afdeling longziekten. Uit het medisch dossier volgt dat patiënt werd opgenomen met diarree, trombocytopenie, leukopenie en neutropene koorts. Daarbij had patiënt last van erge buikpijn. Op 15 juli 2019 werd gebeld met de MDL-afdeling. Ook de chirurg is vanaf deze datum betrokken geweest. Uit het medisch dossier volgt:

“gebeld met MDL à Nu geen indicatie voor gastroscopie oid, meest waarschijnlijke inderdaad mucositis bij chemo (HD-stabiel, geen hoog ureum dus waarschijnlijk geen grote bloeding). Nu geen adviezen vanuit MDL, indien toch nog vragen of veranderen situatie kan er een consult MDL worden gedaan.”

“C/ Buikpijn dd mucositis, gastro-enteritis. Geen evidente aanwijzingen voor chirurgische pathologie.

B/ iom dr [chirurg]: expectatief. Herconsult op indicatie.”

Op 17 juli 2019 had patiënt nog veel buikpijn. De paracetamol wilde hij niet nemen, omdat hij bang was dat dit niet kon. Uit een gesprek dat op 17 juli 2019 werd gevoerd met patiënt en klaagster werd gerapporteerd:

“Echtgenote (...) maakt zich zeer zorgen over de situatie. Voelt zich niet gehoord. Ze is zeer ongerust over de vele bijwerkingen die de medicijnen kunnen hebben, ze vindt dat we teveel geven en dat deels daardoor de klachten worden veroorzaakt. Nadat de PCM was gestart ontstond er zwarte ontlasting, ze had gelezen dat dit ook een bijwerking was op de NHS site. Zo had patiënt gister mogelijk plots een rash in hals en keel, schilferig en rood nadat patient oxycodon had gehad. Ze maakt zich zorgen dat dat door de oxycodon komt en wil dat we dit even kijken of we dit kunnen stoppen.

(...) Tevens ook verteld dat patient zeer ziek is en hoewel nu stabiel dat er een moment komt dat patient zal overlijden aan zijn onderliggende longkanker. Voorgesteld om paracetamol, loperamide en oxycodon achter houden voor vandaag.”

Op 19 juli 2019 werd de diëtist middels een consultaanvraag betrokken in verband met slechte eetlust en hypoalbuminemie. De behandeling werd geëvalueerd en als volgt gerapporteerd:

“Overleg gehad met artsassistent, inname zeer matig. Sondevoeding nu ook geen optie vanwege verwardheid en achterdocht bij meneer. Accepteren nu eerst dat meneer geen volwaardige voeding binnen krijgt. We bieden hem alles zo verrijkt mogelijk aan.”

Tijdens de zogenaamde ‘grote visite’ op 19 juli 2019 werd het volgende besproken:

“Overweging nu geen sondevoeding vanwege delier en opstandig gedrag, ook nog lage trombocyten, risico van sondevoeding te groot vanwege kans deze er uit te trekken met mogelijk aspiratiepneumonie/bloeding. Nu clozapine geven alleen in overleg met echtgenote, het liefst geef je deze standaard maar echtgenote wil dit niet standaard geven vanwege de angst dat hij hier meer verward van raakt.”

Op 22 juli 2019 volgde er een gesprek tussen onder andere patiënt, klaagster en longarts D. Hierin werd onder meer besproken dat klaagster bezorgd was. Er werd gerapporteerd:

“Verteld dat de bloedwaardes beter worden maar dat de mucositis een ernstig probleem is en een spannende situatie. Opereren is hierbij niet mogelijk als het nog erger wordt. Echtgenote geeft aan dat ze graag een second opinion wil in K voor het buikprobleem, ze wil graag dat iemand die er echt verstand van heeft met een frisse blik er naar kijkt omdat er nu steeds longartsen zijn. Aangegeven dat patient nu te kwetsbaar is om vervoerd te worden. Er zal morgen overlegd worden of er nog een mogelijkheid is om nog iemand ander voor advies te vragen. (...) Plan: Nu geen start sondevoeding vanwege delier en lage trombocyten. Geen chirurgie in consult. Bij acute buik inzetten op pijnstilling.”

De behandeling werd door longarts [verweerder] gestart met antibiotische therapie, piperacilline-tazobactan, naast suppletie van electrolyten en vocht. Vanwege het complexe ziektebeeld in combinatie met de ectopische ACTH-productie en dientengevolge hypercortisolismewerd een van de internisten in medebehandeling gevraagd. Bij opname bestond deze medebehandeling uit ketoconazol 3dd 400 mg en metyrapon 3 dd 250 mg. Op 23 juli 2019 bleek dat het cortisol verder gedaald was en werd de internist F om advies gevraagd, waarover als volgt werd gerapporteerd:

“Patiënt met kleincelling longcarcinoom met daarbij ectopische cushing waarbij de interne reeds in medebehandeling is. Graag jullie adviezen omtrent: 1. Cushing, cortisol verder gedaald gebruikt nu sinds een week 1dd 15 mg prednisolon. Moet andere cushing medicatie verlaagd worden, wat zijn jullie adviezen? (...) Reeds telefonisch contact gehad met dr. F, hij zal vandaag langs lopen. Ook vanwege de wens van echtgenote voor een ‘fresh pair eyes’.

Anamnese: voelt zich niet lekker, heeft buikpijn. Ontlasting is nog frequent en dun. Geen bloed meer gezien. Echtgenote geeft aan dat patiënt mogelijk zijn prednison niet heeft ingenomen. Tevens geeft ze aan dat er eerder mogelijk een reactie is geweest op dexametason (dit lijkt ons minder waarschijnlijk, maar daarom passen we voor de zekerheid middel wel aan).”

Het advies dat volgde, was te starten met 30 mg prednison.

Op 26 juli 2019 vond een gesprek plaats met klaagster, patiënt, arts F en nog een arts, waarover werd gerapporteerd:

“Patiënt wil graag een second opinion in K, vraagt of pt nu al wel in staat is om verplaatst te worden. Aangegeven dat ze recht hebben op een second opinion, maar dat wij patiënt nu te zwak vinden voor een overplaatsing. (...) Afgesproken dat de brief klaar is voor een eventuele second opinion. Deze wordt nu niet naar K gestuurd omdat ze er dan ook pas na het weekend naar kijken. Maandag wordt er gekeken of pt een second opinion wil en de brief aangevuld en opgestuurd, indien patiënt dan in een betere klinische toestand is kan hij wellicht ook overgeplaatst worden naar K voor een second opinion.”

Op 29 juli 2019 was er een gesprek met patiënt, klaagster en longartsen E en D:

“Aangegeven dat er opnieuw een verslechtering is van de situatie waarbij we ons ernstig zorgen maken. Ondanks dat er in het bloedbeeld wel herstel is van de chemotherapie zien we geen herstel van zijn buikprobleem. Omdat de darmen niet meer functioneren is sondevoeding nu gestopt. Aangegeven dat we er vooral voor willen zorgen dat patient comfortabel is. Vanmiddag uitgebreid nagedacht met elkaar of verdere beeldvorming van de buik nog meerwaarde zou bieden. Echter gezien zijn uitgezaaide longkanker waarvoor nu geen chemotherapie meer mogelijk is en zijn slechte prognose nu zal een foto of een CT scan geen veranderingen in het beleid/prognose gaan geven, daarom zien we daar nu vanaf. Echtgenote geeft aan dat ze boos is omdat er vannacht nog wel door is gegaan met sondevoeding nadat pt had overgegeven. Uitleg gegeven dat pt vorige week leek op te knappen qua bloedwaardes en dat voeding van belang was om aan te sterken, vandaag is het buikbeeld verslechterd en het braken echter toegenomen waarop nu besloten is hiermee te stoppen. (...) Aangegeven dat wij ook ons best blijven doen maar ook realistisch willen zijn over de slechte prognose en ook willen zorgen voor minder pijnklachten bij patiënt. Uiteindelijk besloten om morgenochtend te starten met een morfinepomp.”

Bij lichamelijk onderzoek op 1 augustus 2019 werd verandering geconstateerd bij patiënt van eerder een hypertympane buik met lucht naar de verdere zwelling met ook shifting dullness en dus verdenking op ascites. Longarts D had op 2 augustus 2019 een intercollegiaal consult voor medebeoordeling ter bepaling van diagnostiek en beleid met de collega's van MDL en chirurgie. Op 2 augustus 2019 was er verder een gesprek over de drain die bij patiënt geplaatst was. Tijdens dat gesprek werd gezegd: *“Uitleg gegeven dat gisteren de drain is geplaatst in de hoop dat het pijnverlichting biedt als er vocht uit gaat. Nu blijkt dat het vocht meteen terug komt en dit dus niet verlicht. Door te blijven draineren onttrekken we alleen maar meer eiwitten en is er een groot risico op infectie. Door te stoppen met draineren ontstaat er een evenwicht van drukken in de buik buik waardoor het stabiel blijft.”*

Op 2 augustus werd aanvullend gerapporteerd vanuit interne geneeskunde:

“Blijft een moeilijk situatie met wisselende verwardheid van patiënt. Er is in principe een palliatief beleid, waarbij wel aanvulling van o.a. elektrolyten plaatsvindt voor het optimaliseren van de situatie. Er is sprake van ascites waarvoor nu een drain in situ. MDL is reeds in consult met betrekking tot de ascites en eventuele antibiotische behandeling. Hier vanuit de interne geneeskunde nu geen betrokkenheid bij.”

Longarts E had op 3 en 4 augustus 2019 gesprekken met klaagster. Van het gesprek op 3 augustus 2019 werd gerapporteerd:

“Echtgenote wil dat patiënt naar huis gaat, echter gezien de staat waarin hij is (totaal niet comfortabel) zullen we eerst moeten zorgen dat hij comfortabel wordt. Bovendien zal er dan veel geregeld moeten worden en dat lukt niet in het weekend. Wat betreft

de sondevoeding zal dit niet helpen om patiënt beter te maken en is dit dus niet zinvol (bovendien is het plaatsen van de sonde vervelend voor patiënt).” “Nogmaals uitgebreid gesprek, met tevens discussie met echtgenote, gaat vooral ook over patient heen en maar beperkt met hemzelf. (...) Nogmaals expliciet benoemd dat pt terminaal is, nu streven naar optimaal palliatie, geen verdere acties meer. Ze wil hem dan eventueel naar huis hebben.”

Op 4 augustus 2019 sprak E nogmaals met klaagster en rapporteerde hierover: *“Ze wil een second opinion. Ze verwijt ons het wisselende beleid (..) De afgelopen week zijn er veel dokters geweest, die allemaal dezelfde conclusie hebben getrokken, namelijk dat er geen goede opties meer zijn ondanks wat we deden. Nu dus ook geen interventies meer doen is ons beleid. Hij is nu niet gebaat bij transport en CTscans en punties elders. Mogelijk overleeft hij het transport niet. (...) Afspraak: We zullen morgen de palliatieve zorg thuis proberen te regelen, maar het moet wel kunnen met adequate hulp.”*

Op 4 augustus 2019 overleed patiënt. Klaagster verzocht op 5 augustus 2019 om obductie. De PA conclusie obductie luidde:

“als verklaring voor het overlijden is de algehele uitputting bij groot tumorvolume, tevens pancreatitis, malaise bij peritoneale prikkeling door de vetnecrose, uitgebreide ascites en oedeem; en de klinische diarree het meest waarschijnlijk.”

4. De klacht en de reactie van de longarts

Op het mondeling vooronderzoek zijn de klachtonderdelen samengevat, klaagster stemde met die samenvatting in. Ook ter zitting heeft klaagster aangegeven dat de klacht betrekking heeft op de opname vanaf 14 juli 2019.

Klaagster verwijt de longarts dat zij:

4. onvoldoende zorg heeft verleend aan de patiënt;
 5. meer onderzoek had moeten doen, zoals onder andere een CT-scan, second opinion of overplaatsing naar een ander ziekenhuis had moeten aanbieden;
 7. de MDL-arts te laat heeft ingeschakeld;
 10. te weinig aandacht heeft geschonken aan het palliatieve deel van de behandeling;
 14. het gevraagde medisch dossier van patiënt te laat heeft opgestuurd;
 19. niet geluisterd heeft naar patiënt, toen hij aangaf dat de pijn niet in de darmen zat en geen rekening heeft gehouden met het feit dat er een voorgeschiedenis was geweest met klachten van de alvleesklier;
 25. te weinig onderzoek heeft gedaan naar de acute buikklasten van patiënt.
25. De longarts heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren. Zij meent dat de patiënt breed is bekeken. Het vertrekpunt van het beleid is geweest dat de patiënt niet meer zou genezen van de kleincellige longtumor. Er is afgezien van verder onderzoek wanneer daar geen behandelconsequenties aan verbonden zouden kunnen worden.
2. Het college gaat hieronder verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

De criteria voor de beoordeling

5.1 De vraag is of de longarts de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende internist. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. De beoordeling vindt plaats naar het moment van handelen, volgens de kennis en inzichten van dat moment. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen.

De behandeling (klachtonderdelen a tot en met c, f en g)

5.2 Het college is met verweerster van oordeel dat de buikklachten waarmee de patiënt zich op 14 juli 2019 in het ziekenhuis presenteerde, niet los kunnen worden gezien van de al eerder uitgezaaide kleincellige longtumor. Uit het dossier blijkt dat na de opname van de patiënt op 14 juli 2019 uitgebreid onderzoek is gedaan. Uit de onderzoeken, gecombineerd met de voorgeschiedenis, rijst als enige redelijke verklaring voor de buikklachten dat er sprake was van een gastro-intestinale bloeding. De mucositis met mogelijke gastro-intestinale bloeding vormde een adequate verklaring. Het nauwe verband tussen de buik- en andere klachten en de behandeling van de longtumor brengt met zich dat de opname op de longafdeling (en dus niet de afdeling MDL) juist was. Op de longafdeling is al wel vanaf 15 juli 2019 advies ingewonnen van de afdeling MDL, zo blijkt uit het dossier. Daarmee werd voldoende gevolg gegeven aan de vrees van patiënt en klaagster dat er andere oorzaken voor de buikklachten waren dan het uitgezaaide kleincellig longcarcinoom en de behandeling daarvan. Er waren op dat moment geen aanvullende behandeladviezen van de afdeling MDL. Er was dus geen aanleiding om aan een andere oorzaak te denken dan mucositis na chemo. Voor de veronderstelling van klaagster dat de antibiotica de oorzaak waren van de diarree ontbreekt elke redelijke aanwijzing. Het verpleegkundig dossier vermeldt vanaf het begin van de opname de diarree meermalen. Overigens waren de neutropene koorts en de positieve kweek op een faecesbacterie op dat moment al potentieel levensbedreigend, zodat op goede grond antibiotica werden voorgeschreven omdat de patiënt anders het risico had gelopen al meteen te overlijden. De gegeven medicatie was rationeel in het licht van de klachten en de voorgeschiedenis van de patiënt en de doseringen (in het bijzonder ook de doseringen ketoconazol en prednison) bleven binnen de daarvoor geldende normen. Het college komt tot de conclusie dat de patiënt goed in beeld is gebracht en gehouden en dat het mede door verweerster gevolgde beleid ten aanzien van de patiënt juist is geweest. Aan verweerster zijn geen individuele verwijten te maken. Dat verweerster kan worden verweten dat de bij obductie gevonden pancreatitis niet eerder is geconstateerd, heeft het college niet kunnen vaststellen. Dat daar niet meer onderzoek naar is gedaan, is niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Datzelfde geldt voor de klacht dat er een CT-scan van de buik had moeten worden gemaakt. De patiënt was niet meer operabel maar al terminaal en het beleid was dus gericht op palliatie. Onderzoek waaraan geen behandelconsequenties aan konden worden verbonden, hoefde dus niet te worden ingezet.

De second opinion

5.3 Vast staat dat patiënt en klaagster op 22 juli 2019 hebben gesproken over overplaatsing naar K en een second opinion daar. Klaagster gaf op 22 juli 2019 aan dat ze graag een second opinion in K wilde voor het buikprobleem. Ze wilde graag dat er iemand met een frisse blik naar kijkt die echt verstand heeft van buikklachten, omdat er nu steeds longartsen naar kijken. Verweerster gaf aan dat de patiënt op dat moment te zwak was om te worden vervoerd, maar dat de volgende dag overleg zou volgen om te zien of iemand advies kon worden gevraagd. Op 26 juli werd opnieuw hierover met de patiënt en klaagster gesproken. De brief voor een second opinion was klaar, maar die werd pas na het weekend naar K verzonden, omdat men in dat ziekenhuis ook dan pas ernaar zou kijken. Omdat het op dat moment iets beter leek te gaan, werd afgesproken om maandag opnieuw te kijken en de brief aan te vullen. Als hij dan in een betere klinische toestand zou zijn, kon hij dan ook wellicht naar K worden overgeplaatst. Op 26 juli 2019 kwam de internist F langs voor de door klaagster gewenste “fresh pair of eyes”. Het college is op grond van deze feiten van oordeel dat niet op goede grond kan worden gesteld dat verweerster heeft geweigerd

mee te werken aan een second opinion of aan overplaatsing naar K. Aannemelijk is dat de vertraging in de uitvoering van de second opinion en de overplaatsing te verklaren is uit de slechte klinische toestand van patiënt. De second opinion is wel in gang gezet door het opstellen van de brief aan K. Tevens is verweerster tegemoet gekomen aan de wens van klaagster om met een paar frisse ogen naar de buikklachten te laten kijken door de internist.

Het palliatief beleid en de communicatie daarover (klachtonderdeel d)

5.4 Uit het dossier en ook ter zitting is gebleken dat de patiënt en klaagster goed waren ingelicht over het feit dat de patiënt terminaal was en dat er palliatief zou worden behandeld. Ook over de palliatieve therapie als zodanig heeft klaagster geen klachten geuit.

Voor het naar huis gaan van de patiënt om daar te sterven, was het nog te vroeg, onder meer omdat de patiënt daarvoor nog niet klaar was en hij en klaagster ook nog behandelwensen hadden. De wens om naar huis te gaan, was niet eenduidig waardoor er voor verweerster geen aanleiding bestond om palliatieve thuiszorg in gang te zetten.

Het verplaatsen van de patiënt naar huis

5.5 De patiënt was zeer zorgbehoefstig en kon niet naar huis zonder dat de palliatieve zorg in de thuissituatie goed was geregeld. Uit het dossier blijkt dat klaagster vanaf

3 augustus 2019 erop aanstuurt dat de patiënt naar huis kan. Dit verzoek kwam naar voren nadat was uitgelegd dat een nieuwe drain geen zin zou hebben. Ingezet zou moeten worden op pijnbestrijding middels morfine. Hoewel klaagster dat aanvankelijk niet zag zitten, werd daar toch overeenstemming over bereikt. Tevens werd aangegeven dat de patiënt eerst 'comfortabel' moest zijn alvorens naar huis te kunnen. Uit het dossier blijkt ook dat daar vervolgens naar is toegewerkt. Dat verweerster individueel in dit verband enig verwijt treft, is het college niet gebleken.

Het dossier (klachtonderdeel e)

5.6 Het college heeft geconstateerd dat de dossieraantekeningen voldoen aan de daaraan te stellen eisen. Het verweer wordt op alle cruciale punten door het dossier gesteund, in het bijzonder ook wat betreft de voortdurende aandacht voor de buikklachten en de communicatie met klaagster en patiënt.

5.7 Dat de longarts enige individuele betrokkenheid heeft gehad bij de verzoeken om het medisch dossier is niet gebleken.

Slotsom

5.8 Uit het voorgaande blijkt dat de verwijten die klaagster aan de klacht ten grondslag heeft gelegd, niet zijn komen vast te staan. Het mede door verweerster gevolgde beleid ten aanzien van de patiënt is juist geweest. Aan verweerster zijn geen verwijten te maken. Daarmee is de klacht ongegrond. Dit betekent ook dat het verzoek om een proceskostenvergoeding moet worden afgewezen.

6. De beslissing

Het college:

Deze beslissing is gegeven door P.A.H. Lemaire, voorzitter, W.R. Kastelein, lid-jurist, P.J.M. van Gorp, P.J. Wahab en J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door M.H. van Ham-Kolk, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 10 juli 2023.

secretaris

voorzitter

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

2. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als
Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke
ongegegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de
beslissing.

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

3. 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.