

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A20223/6722

A2023/6722

Beslissing van 24 december 2024

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing van 24 december 2024 op de klacht van:

A, en B,
wonende te C,
klaagster en klager, gezamenlijk ook klagers,

tegen

D,
chirurg,
destijds werkzaam in C,
verweerder, hierna ook: de chirurg of (bij de feiten) chirurg D,
gemachtigde: mr. C.J. van den Ham en mr. R.J. Peet, werkzaam te Utrecht.

1. De zaak in het kort

1.1 De moeder van klagers (hierna: patiënte) is thuis ten val gekomen waardoor haar rechterheup is gebroken. In het ziekenhuis wilden klagers dat patiënte zou worden geopereerd aan deze heupfractuur. De betrokken artsen hebben (van aanvang af, en ook na herbeoordeling) besloten geen operatie uit te voeren en toe te leggen op pijnbestrijding.

1.2 Klagers verwijten de chirurg dat hij ondanks hun duidelijke en herhaaldelijk uitgesproken wens, heeft afgezien van een operatie bij de patiënte na haar opname in het ziekenhuis en zich beperkt heeft tot pijnbestrijding.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat de chirurg niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld, en de klacht daarmee ongegrond is. Hierna vermeldt het college eerst hoe de procedure is verlopen. Daarna licht het college de beslissing toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 18 december 2023;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de brief van klagers van 28 oktober 2024, binnengekomen op 30 oktober 2024, met bijlagen.

2.2 De partijen hebben de gelegenheid gekregen om onder leiding van een secretaris van het college met elkaar in gesprek te gaan (mondeling vooronderzoek). Daarvan hebben zij geen gebruik gemaakt.

2.3 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 12 november 2024 (waarbij zes samenhangende klachten tegen twee orthopedisch chirurgen, twee chirurgen en twee artsen gelijktijdig zijn behandeld). Partijen zijn verschenen, de chirurg bijgestaan door zijn gemachtigden. Klaagster heeft een pleitnotitie voorgelezen en aan het college en de wederpartij overhandigd.

3. De feiten

3.1 Op 27 februari 2023 hebben klagers een ambulance gebeld omdat hun moeder (geboren in 1927) thuis was gevallen. Klagers, zoon en dochter van patiënte, woonden op dat moment met hun moeder in hetzelfde huis. Klaagster is de wettelijk vertegenwoordiger van patiënte. Per ambulance is patiënte vervoerd naar het E (hierna: het ziekenhuis) en opgenomen op de Spoedeisende Hulp (SEH). Uit een daarna gemaakte röntgenfoto bleek dat de heup van patiënte was gebroken.

3.2 De chirurg werkte destijds bij het ziekenhuis.

3.3 Patiënte is beoordeeld op de SEH. In overleg met chirurg D is besloten tot opname op de Acute Opname Afdeling (AOA), naast intercollegiale consulten met de afdelingen geriatrie en anesthesie. Aan klagers is verteld dat operatieve behandelingen van de breuk in de rechterheup te veel risico's zouden meebrengen. De kans dat patiënte zou komen te overlijden voorafgaand, tijdens of kort na de operatie werd als te groot ingeschat. Klagers zijn ingelicht over een alternatieve behandeling, fenolisering, zijnde pijnbestrijding door een (permanente) blokkade van de zenuw naar de rechterheup.

3.4 Klagers vertelden dat zij het operatieve risico begrepen, maar dat zij niet willen dat patiënte bedlegerig zou worden en dat het de wens van patiënte is om geopereerd te worden.

3.5 Vervolgens is patiënte beoordeeld door een arts niet in opleiding (anios) klinische geriatrie (verweester in de zaak A2023/6723, hierna: de anios klinische geriatrie), die in consult was geroepen voor een beoordeling in het kader van een pre-operatieve screening. De anios klinische geriatrie heeft een heteroanamnese afgenomen en lichamelijk onderzoek verricht. Het volgende staat hierover vermeld in het medisch dossier (alle citaten voor zover van belang en letterlijk weergegeven:

“Anamnese:

Niet mogelijk.

Heteroanamnese met dochter en zoon:

Stond in de kamer met stok, maakte en draai en gleeed toen op de grond. Is valgevaarlijk, mobiliseert met name met rolstoel.

Is sinds 5 jaar psychotisch; hallucinaties en druk in het hoofd. Ziet met name mensen. Hoort stemmen. Is plukkerig. Reageert wisselend als je haar aanspreekt.. Is een keer bij een arts geanalyseerd, konden geen oorzaak vinden. De laatste dagen heeft ze er meer last van, dochter denkt dat ze daardoor ook is gevallen. Kan dan niet goed overzicht houden en er is niet goed contact met haar te krijgen. Hebben al eerder

haldol geprobeerd maar had weinig effect. Ook risperidon geprobeerd, reageerde hier niet goed op (“vaten werden zwart”).

Twee weken geleden zijn ze op vakantie geweest naar F. Geniet nog van het leven, van de kleine dingen.

Cognitie: geheugen is aangedaan. Georiënteerd in trias.
(...)

Functionele anamnese:

(...)

- Mobiliteit/hulpmiddelen/valgevaar: kleine stukjes met stok, buiten rollator

(...)

Adviezen iom dr G

Betreffende collumfractuur:

- Wat betreft geriatrie op dit moment wel bezwaar tegen OK; anemie, psychotisch gedrag. Morgen opnieuw met familie bespreken. Eventueel ook contact zoeken met huisarts.

- Morgen opnieuw code bespreken; code 2 op medische gronden.

(...)

3.6 De in consult gevraagde anesthesioloog heeft diezelfde avond patiënte beoordeeld. Hij concludeerde dat er technisch gezien geen harde contra-indicatie voor een operatie was, maar dat de kans op perioperatief overlijden bij het plaatsen van een kop-hals-prothese (de uit te voeren operatie bij deze heupbreuk) bij een 95-jarige zeer reëel is. Hij heeft zich daarbij afgevraagd of een beleid met adequate pijnstilling, eventueel een PENG-blok met phenol (fenolisatie) niet beter zou zijn voor patiënte. De anesthesioloog heeft patiënte geclassificeerd met ASA 3, dit betekent dat patiënte is beoordeeld als een patiënt met een ernstige medische aandoening of één of meer matige tot ernstige aandoeningen.

3.7 Een paar uur later in de nacht van 27 februari op 28 februari 2023, heeft de anios klinische geriatrie een familiegesprek gevoerd met klagers. Hierin zijn nogmaals de operatierisico's besproken. Klagers bleven bij hun wens tot opereren.

3.8 In de ochtend van 28 februari 2023 heeft bij een grote visite een (traumabespreking) multidisciplinair overleg (MDO) plaatsgevonden. Hier waren de arts H (verweerster in A2023/6719), chirurgen D en I (verweerder in A2024/6783) en orthopedisch chirurg J (verweerder in A2024/6786) bij betrokken. In de loop van deze dag is aan klagers verteld dat tijdens het MDO is besloten patiënte niet te opereren. Hierover staat het volgende vermeld in het medisch dossier:

“(...)

Er is besproken dat een operatie te veel risico's met zich meebrengt. Het risico op overlijden is hierbij ook aanwezig. We stellen voor om niet te opereren en om pijnstilling te geven in de vorm van een permanent zenuwblok waarmee het misschien mogelijk is dat moeder weer in de rolstoel kan zitten, ook als de heup niet geopereerd wordt. Daarnaast neemt dat niet weg dat we verder goed voor moeder zullen zorgen. Zoon en dochter geven aan het een moeilijke beslissing te vinden, willen hier meer tijd voor. Willen graag ook een second opinion aanvragen bij andere ziekenhuizen.

(...)

3.9 Klagers gingen op dat moment niet akkoord met een permanente zenuwblokkade. In afwachting van deze ingreep is besloten om patiënte een tijdelijke zenuwblokkade te geven.

3.10 Op verzoek van klagers is er op 28 februari 2023 vanuit de afdeling chirurgie een second opinion bij een ander ziekenhuis aangevraagd. Hierin is de voorgeschiedenis, medicatie en anamnese opgenomen. De brief is ondertekend door de arts H en chirurg D.

Deze brief bevatte verder de volgende relevante onderdelen:

“Op verzoek van familie van pt hierbij een verzoek tot een tweede mening ten aanzien van ons voorgestelde beleid.

(...)

Anamnese:

(...) Normaal gesproken matig mobiel. Eigenlijk alleen inrolstoel. (...)

Beleid:

lom D/I/J

Uitgebreid met zoon en dochter gesproken. Gezien niet mobiel thuis, 45 kg gewicht en recente voorgeschiedenis acht ik het operatieve risico hoog. Kans dat ze tijdens / rondom ingreep komt te overlijden is behoorlijk. Ook andere risico's: wondinfectie, nabloeding, infectie osteosynthese materiaal, etc. Uitleg dat alternatief is niets doen: zal ze geen pijn hebben na fenolisering van de zenuw. Zal dan rolstoelafhankelijk zijn tot ze komt te overlijden.

Dochter en zoon zijn heel stellig. patiënte wil leven en wil geopereerd worden.

3.11 Op 1 maart 2023 vond een familiegesprek met klagers plaats, hier was orthopedisch chirurg K (destijds aios, verweerder in A2023/6721) bij aanwezig. Tijdens dit gesprek hebben klagers gesteld dat de brief met het verzoek om een second opinion op een aantal punten niet klopte. Ook vond op deze dag nogmaals een MDO plaats, hierbij waren onder andere chirurgen I en D en orthopedisch chirurg K aanwezig. De brief zoals hierboven geciteerd is op verzoek van klagers vervolgens op de navolgende punten aangepast:

“Anamnese:

Normaal gesproken matig mobiel. Loopt volgens dochter+zoon binnenshuis schuifelend met stok. Wordt bij toiletgang alleen ter controle ondersteund door dochter/zoon. Voor lange stukken buitenshuis zit mw in rolstoel. (...)

Beleid:

lom D/I/J

Uitgebreid met zoon en dochter gesproken. Gezien matig mobiel thuis; schuifelend met stok, (...). Ook andere risico's: (...) luxatie risico etc. Uitleg dat alternatief is niets doen: zal ze geen pijn hebben na fenolisering van de zenuw. Zal dan rolstoelafhankelijk zijn tot ze komt te overlijden.

De brief is ondertekend door orthopedisch chirurg K en chirurg D.

3.12 Op 2 maart 2023 hebben orthopedisch chirurg K en chirurg D een uitgebreid familiegesprek gevoerd met klagers. Tijdens dit gesprek hebben de zorgverleners

(opnieuw) medegedeeld dat unaniem is geconcludeerd dat een ingreep voor een zeer kwetsbare patiënte van 95 jaar (zowel somatisch als psychisch) een brug te ver zou zijn en in strijd zou zijn met goed hulpverlenerschap. Er is ook opnieuw gesproken over de fenolisatie. Klagers persisteerden in hun wens tot operatie. In het kader van de pijnstilling is besproken dat pijnbehandeling door middel van fentanylpleisters een optie was. Een langdurige blokkade werd door klaagster geweigerd. Ook wilde zij liever geen morfine.

3.13 In de navolgende periode zijn er door klagers meerdere ziekenhuizen benaderd voor een second opinion. Tijdens het familiegesprek op 8 maart 2023 was er nog geen antwoord van deze ziekenhuizen. Opnieuw is door de zorgverleners, waaronder de arts H en chirurg D, medegedeeld dat gezien de zeer kwetsbare toestand van patiënte er geen toegevoegde waarde is van een operatie en de kans op per- en post-operatieve complicaties zeer hoog is. Klagers hebben verklaard geen definitieve zenuwblokkade te willen zo lang er een mogelijkheid was om te opereren, zij wilden eerst de second opinions afwachten. Ook is door klagers opname in een verpleeghuis geweigerd.

3.14 Op 9 maart 2023 is een reactie gekomen van het L, naar aanleiding van de brief van de afdeling chirurgie met het verzoek om een second opinion. Door de orthopedisch chirurg aldaar werden de (per)operatieve risico's als zeer hoog ingeschat en ook de kans op overlijden (ongeacht wel of niet opereren) werd als zeer groot ingeschat. Als mogelijke behandeloptie werd genoemd, het streven naar een pijnvrije situatie door middel van perifere zenuwblokkade of fenolisatie.

3.15 Op het MDO van 15 maart 2023, waarbij onder andere de chirurgen D en I en orthopedisch chirurg J aanwezig waren, is de conclusie getrokken dat een operatie te veel risico met zich mee zou brengen en dat pijnbestrijding de beste oplossing is. Deze conclusie is afgestemd met de Raad van Bestuur, waarna met klagers is gesproken over de ontstane situatie. Klagers is medegedeeld dat het team concludeert dat sprake is van uitzichtloos lijden, dat de patiënte zich in een terminale fase bevindt, en besloten is om de behandeling te gaan staken anders dan pijnbestrijding in de vorm van fenolisatie. Klagers hebben gezegd hierover na te gaan denken, en delen mede dat zij de patiënte mee naar huis wensen te nemen.

3.16 Op 16 maart 2023 geven klagers (alsnog) akkoord voor fenolisatie. Deze toestemming trekken ze de volgende dag weer in, onder de mededeling dat er een ziekenhuis bereid was gevonden patiënte te opereren. Op dat moment willen zij (vanwege een gebrek aan vertrouwen) nog niet zeggen wanneer dit gaat gebeuren en welk ziekenhuis het betreft.

3.17 Op 21 maart 2023 is patiënte, tegen het medisch advies van de afdeling chirurgie in, door klagers meegenomen voor vervoer naar een voor verweerders onbekende locatie. Dit bleek achteraf het M te N te zijn. Patiënte is daar op 22 maart 2023 geopereerd aan haar heupfractuur.

3.18 In de periode 22 maart tot en met 13 mei 2023 is er geen contact geweest tussen klagers en het ziekenhuis. Op 14 mei 2023 is patiënte met spoed opgenomen op de afdeling AOA van het ziekenhuis. Zij was toen terminaal. Op 15 mei 2023 is zij per ambulance naar huis vervoerd om thuis te kunnen sterven. Zij is op 16 mei 2023

overleden. Na het overlijden van patiënte hebben klagers in de media, de sociale media en via spandoeken in hun tuin zware beschuldigingen geuit richting het ziekenhuis. Zij hebben voorts aangifte gedaan, maar dat heeft niet geleid tot een strafrechtelijk onderzoek.

4. De klacht en de reactie van de chirurg

4.1 Klagers verwijten de chirurg dat zij, ondanks hun duidelijke en herhaaldelijk uitgesproken wens, heeft afgezien van een operatie bij de patiënte na haar opname in het ziekenhuis (vanwege een val en de daarbij opgelopen breuk in de rechterheup) en zich beperkt heeft tot pijnbestrijding.

4.2 De chirurg heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren.

4.3 Het college gaat hierna verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

5.1 Het is verdrietig dat klagers hun moeder hebben verloren, duidelijk is dat zij daar nog dagelijks pijn en gemis van ondervinden. Het gebeurde heeft ook de chirurg en zijn collega's aangegrepen, zeker ook vanwege de ernstige en zeer vergaande verwijten die klagers hen maken en daarbij de publiciteit hebben gezocht (zonder namen van individuele zorgverleners te noemen). Een ingediende aangifte is zonder gevolg gebleven, maar de chirurg en zijn collega's achten dit onnodig grievend en voelen zich geïntimideerd.

Het college heeft voor dit alles begrip, maar moet en zal zich in deze procedure beperken tot een zakelijke beoordeling van de klacht over het handelen van de arts.

De criteria voor de beoordeling

5.2 De vraag is of de chirurg de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende arts. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden.

5.3 Dat een zorgverlener ook anders had kunnen handelen is niet zonder meer genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt. Klagers gaan daar kennelijk wel van uit. Maar de enkele omstandigheid dat een ziekenhuis in N (de wens van klagers volgend) op enig moment is overgegaan tot opereren, is op zichzelf genomen onvoldoende om te concluderen dat de chirurg tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld.

5.4 Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen. Het college merkt in dit verband op dat klagers ervoor hebben gekozen om dezelfde klacht in te dienen tegen niet alleen de chirurg maar tevens tegen vier andere zorgverleners (en ook nog een andere zorgverlener) die betrokken waren bij de behandeling van de patiënte in het ziekenhuis. Het college heeft de klachten tegen deze vier collega's op dezelfde dag behandeld, en zal ook op dezelfde dag uitspraak doen. De chirurg en deze vier collega's worden hierna ook aangeduid als 'het team', waarbinnen de chirurg de hoofdbehandelaar is. Binnen het team werden zowel de wensen van klagers, de adviezen van onder andere de anios klinische geriatrie en de anesthesioloog, als de verschillende behandelopties en daarbij te maken keuzes besproken. De chirurg was weliswaar niet bij alle besprekingen van het team aanwezig, maar hij was wel altijd op de hoogte van de inhoud van het overleg en de daarbij gemaakte keuzes. Ter zitting

heeft de chirurg ook verklaard (net als de andere verweerders, leden van het team) dat hij achter de gemaakte keuzes stond en staat, ook voor wat betreft de bijeenkomsten waar hij niet aanwezig was maar wel over werd geïnformeerd. Dat maakt dat het college de tegen de chirurg ingediende klacht zal behandelen voor zover het zijn eigen handelen betreft, maar mede gezien in het licht van zijn participatie in het team inclusief zijn medeverantwoordelijkheid voor de in het team genomen beslissingen.

Behandeling van de klacht

5.5 Klagers verwijten de chirurg dat hij ten onrechte heeft afgezien van een operatie en zich beperkt heeft tot pijnbestrijding.

5.6 Het college stelt voorop dat klagers (als directe familieleden en mantelzorgers) de patiënte goed kenden en veel kennis hadden van de achtergrond en haar eerdere of andere gezondheidsklachten. Hun duidelijk en herhaaldelijk uitgesproken wens om zo spoedig mogelijk na de opname in het ziekenhuis over te gaan tot een operatieve ingreep, is dan ook van belang voor de chirurg bij het bepalen van de optimale medische behandeling. Klagers gaan daarin echter verder. Zij zijn van opvatting, zo begrijpt het college de klacht en de ter zitting gegeven toelichting, dat de chirurg (zonder meer) gehouden was hun wens te respecteren en tot een operatieve ingreep diende over te gaan. Echter, de wens van klagers is niet in alle gevallen leidend of doorslaggevend. De chirurg was in dit geval dan ook niet gehouden om klagers te volgen in hun keuze. In tegendeel, het is aan de chirurg om op grond van zijn kennis en ervaring een eigen afweging te maken op basis van alle aanwezige informatie, zoals de door klagers aangedragen informatie, maar ook het collegiaal overleg binnen en buiten het team en het ziekenhuis.

5.7 Zoals ter zitting al aan klagers voorgehouden zijn er bij een heupfractuur als hier aan de orde (bij een patiënte met deze leeftijd, medische achtergrond en conditie) in beginsel twee mogelijke behandelopties: opereren dan wel afzien van opereren en beperken tot pijnbestrijding.

5.8 Bij de keuze tussen deze opties volgt de hulpverlener in beginsel de wens van de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt, tenzij die wens niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener. Dit vindt zijn grondslag in art. 7:465 lid 4 Wet Geneeskundige behandelingsovereenkomst (hierna: WGBO). Dit 'overrulen' van de vertegenwoordiger door de arts is beperkt tot uitzonderlijke gevallen, waarin de vertegenwoordiger kennelijk niet in het belang van de patiënt optreedt. Daarvan kan sprake zijn indien de vertegenwoordiger zich laat leiden door subjectieve waardeoordelen, voortkomend uit een meer persoonlijk getinte waardering van zin en kwaliteit van leven. Volgens de wetsgeschiedenis van de betreffende bepaling zal de hulpverlener niet zonder meer iedere wilsuiting van de vertegenwoordiger behoeven te volgen (MVT, Kamerstukken II 1989/90, 21561, 3, p. 48). De hulpverlener heeft hierin een eigen verantwoordelijkheid. Het is aan de hulpverlener (in dit geval de chirurg) om na multidisciplinair overleg te bepalen of van een dergelijke uitzonderlijke situatie sprake is.

5.9 Op grond van het dossier en de toelichting ter zitting is het college van oordeel dat de chirurg heeft kunnen besluiten tot de zorg waarvoor hij (in samenspraak met het team) heeft gekozen. Daarbij is de wens van klagers (opereren) gepasseerd en

gekozen voor (alleen) pijnbestrijding. De wens van klagers is in zoverre wel gevolgd, dat niet direct is overgegaan tot de meest vergaande en permanente vorm (fenoliseren), maar dat de behandeling vooralsnog beperkt werd tot tijdelijke pijnbestrijding.

5.10 Bij dit alles is door de chirurg in aanmerking genomen de leeftijd en conditie (zowel fysiek als mentaal) van de patiënt, de medische voorgeschiedenis, de breuk en ook een mogelijke operatieve ingreep, inclusief de risico's die samenhangen (zowel voorafgaand als nadien) met een operatie. Hij heeft in nauw en voortdurend (vanaf de opname tot aan het ontslag) overleg met zowel klagers als meerdere collega's, diverse behandelmogelijkheden overwogen en heroverwogen, en die ook aan klagers voorgehouden. Deze keuze was niet eenvoudig. Immers, een operatie is zeker mogelijk maar brengt serieuze risico's met zich mee, zowel voorafgaand, tijdens, als na de operatie (de operatieve ingreep is op zichzelf genomen overzichtelijk en niet bovenmatig risicovol). Maar het alternatief, inhoudende geen operatie en volstaan met (alleen) pijnbestrijding heeft evenzeer nadelen zoals het belasten van de patiënte door het voortduren van de pijn (bij gedeeltelijke pijnbestrijding) of de beperking in mogelijkheid tot lopen (bij fenoliseren). De chirurg heeft de verschillende opties overwogen (en op een later moment zo nodig heroverwogen) en kon, naar het oordeel van het college, op goede gronden besluiten tot de gekozen behandeling, inhoudende definitieve pijnbestrijding in plaats van opereren. Deze beslissing vond overigens steun in de adviezen vanuit onder meer de afdelingen geriatrie en anesthesie. De chirurg heeft voorts juridisch advies ingewonnen en overlegd met het bestuur van het ziekenhuis.

5.11 Dat uiteindelijk één van de acht benaderde specialisten/ziekenhuizen is overgegaan tot de operatie, leidt niet tot een ander oordeel. Uit de toelichting van klaagster in haar pleidooi begrijpt het college dat men tot de operatie is overgegaan als: 'de beste manier (...) om de pijn weg te nemen'. Welke afwegingen daarbij eventueel nog meer zijn gemaakt is onbekend, maar ook niet relevant voor de beoordeling van de klacht. Dat een collega een behandeling uitvoert (die de chirurg ook heeft overwogen, maar gemotiveerd heeft afgewezen) maakt niet dat daarmee zijn beslissing onjuist was.

Mate van pijnbestrijding

5.12 Ten aanzien van de gekozen vorm (de mate) van pijnbestrijding, en de in dat kader door klagers gemaakte verwijten, overweegt het college als volgt.

5.13 Klagers verwijten de chirurg dat hij heeft voorgesteld om te fenoliseren als vorm van pijnbestrijding. Fenoliseren leidt tot een permanente (en onomkeerbare) pijnblokkade waardoor de pijn in de heup wordt tegengegaan, maar heeft als nadeel dat de patiënt daarna blijvend beperkt in lopen is en op een rolstoel is aangewezen. Daarmee is een latere operatie aan de heup niet meer zinvol, omdat ook dan de patiënt niet meer zelfstandig kan lopen. Klagers hebben zich daartegen verzet, omdat zij een operatie wensten opdat de patiënte weer zelfstandig kon lopen. De chirurg had al van aanvang af een duidelijke voorkeur voor fenoliseren, omdat een operatie als te risicovol werd ingeschat en lichtere vormen van pijnbestrijding te weinig en slechts tijdelijk verlichting gaven. Echter, de chirurg heeft vooralsnog afgezien van fenoliseren, om tegemoet te komen aan de uitdrukkelijke wens van klagers en hun pogingen om via het opvragen van een second opinion een andere specialist in een ander

ziekenhuis bereid te vinden tot opereren. In zoverre is de chirurg vergaand tegemoetgekomen aan de wens van klagers, ondanks het nadeel van voortdurende pijn bij de patiënte vanwege de beperkte pijnbestrijding in de vorm van fentanylpleisters. Morfine werd (eveneens) geweigerd door klagers, omdat dit tot sufheid zou leiden en daarmee een second opinion negatief zou beïnvloeden. Klaagster ging zelfs zo ver, dat zij fentanylpleisters van 25 mg zelfstandig en zonder mededeling aan de verpleging heeft verwijderd, omdat zij van opvatting was dat een dosering van 12,5 mg volstond.

5.14 Het college voegt hieraan toe dat, anders dan klagers menen, fenoliseren niet onontkoombaar leidt tot (direct of indirect) overlijden van een patiënt, maar slechts gericht is op pijnbestrijding. Bij patiënten in een slechte conditie kan het samengaan met (voorafgaan aan) het overlijden. Dat komt dan niet door de pijnbestrijding (er is geen oorzakelijk verband) maar vanwege de slechte conditie en vooruitzichten van de desbetreffende patiënt.

5.15 Vanwege de uitdrukkelijk en herhaaldelijk uitgesproken wens van klagers voor een operatie is niet (direct) gekozen voor de meest vergaande vorm van pijnbestrijding, zijnde fenoliseren. Vooralsnog werd, juist om de mogelijkheid open te houden dat na het ontvangen van een second opinion door een ander ziekenhuis een operatie werd uitgevoerd, berust in slechts gedeeltelijke pijnbestrijding (geen morfine maar fentanyl, en dan ook nog in een lage dosering). De chirurg accepteerde dat daarmee de patiënte meer pijn ervaarde dan na fenoliseren – in zijn visie toch de beste behandeloptie. Daarbij ging de chirurg er overigens ook van uit dat klaagster (als wettelijk vertegenwoordigster) de wens van haar moeder correct en volledig weergaf, hoewel daarover twijfel kan bestaan omdat de patiënte zich niet kon uiten en de nu ontstane situatie niet heeft kunnen voorzien. Wel heeft de chirurg na verloop van enige tijd, zeker nadat bleek dat de patiënte ernstige pijn ervaarde, de optie van fenoliseren met meer nadruk naar voren gebracht.

5.16 Dat werpt de vraag op of de chirurg terecht terughoudend is geweest, en niet direct of in ieder geval eerder tot fenoliseren had moeten overgaan - in het belang van de patiënte, onder voorbijgaan aan de nadrukkelijk uitgesproken wens van klaagster als wettelijk vertegenwoordigster van de patiënte. Het dossier biedt daarvoor aanknopingspunten, net zoals de erkenning ter zitting van de chirurg dat achteraf gezien eerder ingrijpen aan de orde had moeten komen. Het college merkt op dat op 11 maart 2023 ook door de verpleging wordt voorgesteld om de keuze van klagers te negeren en op medische gronden (zichtbaar lijden van de patiënt) de pijnstilling op te voeren. Uit het dossier blijkt dat dit ook op 12 maart 2023 nadrukkelijk wordt overwogen.

5.17 In de kern komt het neer op de afweging tussen enerzijds het volgen van de wens van de wettelijk vertegenwoordigster (art. 7:465, derde lid WGBO) en anderzijds de verplichting tot 'goed hulpverlenerschap' (art. 7:453 WGBO). Daarbij geeft art. 7:465, vierde lid WGBO (zoals hiervoor al overwogen) (in wezen) de plicht tot overrulen.

5.18 Het college heeft begrip voor de moeilijke afweging van de chirurg (met alle inherente onzekerheden en risico's) tussen de optimale behandeling van de patiënte

tegenover de wens van klagers. Dat klemt te meer, nu klagers niet consistent waren in hun keuze, op enig moment stemden zij (op 16 maart 2023) in met fenoliseren, om die toestemming een dag later weer in te trekken. Lang is ook gewacht op de uitkomsten van de aangevraagde second opinions, en de pogingen van klagers om een ander ziekenhuis te vinden. Deze ambivalente houding van klagers (op zich begrijpelijk onder deze omstandigheden) was er mede de oorzaak van, zo begrijpt het college, dat niet (direct) is overgegaan tot 'overruling' door de chirurg omdat hij hoopte dat alsnog overeenstemming met klagers kon worden bereikt. Keer op keer is de discussie met klagers aangegaan, zonder het gewenste resultaat. De sfeer tijdens dergelijk overleg is niet altijd goed, in het dossier staan notities van schelden en dreigen met klachten. Na overleg met het bestuur wordt klagers op 15 maart 2023 voorgehouden dat de behandeling zal worden gestaakt (anders dan pijnbestrijding) waarna klagers alsnog akkoord gaan met fenoliseren met de mededeling dat zij de patiënte mee naar huis nemen. De dag daarop wordt die toestemming weer ingetrokken onder de mededeling dat de patiënte in een ander ziekenhuis zal worden geopereerd. Dat zij de naam van dat ziekenhuis niet wensen te noemen, tekent de onderlinge verhoudingen en het gebrek aan vertrouwen. Uiteindelijk beruste de chirurg (en het team) in de situatie, gelet op het voorgenomen ontslag. Op 21 maart 2023 hebben klagers de patiënte meegenomen, om haar te laten opereren in een ander ziekenhuis. Vanuit het ziekenhuis is een melding 'Veilig Thuis' gemaakt vanwege de risico's die werden onderkend bij het verlaten van het ziekenhuis zonder adequate pijnbestrijding.

5.19 Gelet op het voortdurende overleg, de interne afstemming (binnen en buiten het team) en het zo goed mogelijk bestrijden van de pijn (binnen de beperkingen van de wensen van klagers) bij de patiënte acht het college de terughoudendheid bij het mogelijk 'overrulen' begrijpelijk en verdedigbaar. Het leidt dan ook niet tot enig te maken (tuchtrechtelijk) verwijt – nog afgezien van het risico van 'wijsheid achteraf'.

Brieven second opinion

5.20 Het college is het niet eens met klagers als zij stellen dat de brieven (verstuurd door de afdeling chirurgie) waarin een second opinion werd gevraagd, te negatief en daarmee te sturend waren in de richting van het afwijzen van een operatie. De eerste (versie van de) brief is van 28 februari 2023 en de tweede brief (aangepast naar aanleiding van opmerkingen van klagers) is gedateerd 1 maart 2023. Beide brieven zijn ondertekend door leden van het team waarvan de chirurg deel uitmaakt en mede namens het team verstuurd. Het college zal dan ook beide brieven in zijn beoordeling betrekken.

5.21 De omschrijving van de anamnese in beide brieven (ongeacht de versie) is niet (onnodig) negatief maar vindt steun in de constatering zoals vastgelegd in het dossier, en de toelichting in verweer en ter zitting. Het opnemen in de brieven van het voorgenomen beleid maakt niet dat de brieven daarmee te sturend zijn. De collega die om een second opinion wordt gevraagd dient een (binnen de beperkingen van een brief) duidelijk beeld te krijgen. Deze collega mag ook in staat worden geacht om (professioneel genoeg te zijn om) een eigen opvatting te vormen en kenbaar te maken.

5.22 Het college is dan ook van oordeel dat (reeds) van de eerste versie niet kan worden gezegd dat deze onnodig negatief en/of te sturend is. Datzelfde geldt (dan

ook) voor de tweede versie die is aangepast overeenkomstig de voorstellen van klagers.

5.23 De enkele omstandigheid dat, zoals klagers ter zitting hebben verklaard, zeven van de acht aangeschreven collega's/ziekenhuis een operatie hebben geweigerd, leidt niet tot de conclusie dat de second opinion brief te leidend was. Veeleer kan daaruit worden opgemaakt dat de meerderheid van de (buiten het ziekenhuis werkzame) geraadpleegde collega's de visie en keuze van de chirurg onderschreven.

5.24 Het college voegt hieraan toe dat als klagers zich niet in de vorm en/of de woordkeuze in de brief (brieven) konden vinden, het hen vrij had gestaan om zelfstandig en naar eigen inzicht een verzoek te formuleren en te sturen naar ziekenhuizen van hun eigen keuze. Dat zij daar niet voor hebben gekozen, kan de chirurg niet worden tegengeworpen.

Richtlijn Proximale femurfracturen

5.25 Klagers verwijten de chirurg dat hij de richtlijn Proximale femurfracturen van 1 november 2016 (met daarin opgenomen de aanbeveling tot opereren) ten onrechte niet heeft gevolgd. Dit verwijt treft geen doel, aangezien deze richtlijn van toepassing is op de behandeling van femurfracturen bij ASA 1 en 2 – patiënten van 18-80 jaar, en dat is een andere categorie dan waar patiënte toe behoorde (ASA 3 en ouder dan 80 jaar). Bovendien is de richtlijn deels verouderd en zijn nieuwe onderzoeken en opvattingen niet meegenomen in deze richtlijn.

Opvragen medisch dossier

5.26 Klagers hebben in hun brief van 28 oktober 2024 het college verzocht om het medisch dossier van de patiënte op te vragen omdat zij redenen hebben om aan te nemen dat de door de chirurg overgelegde kopie van het dossier een later aangepaste versie is. Ter zitting hebben klagers desgevraagd toegelicht dat dit verzoek beperkt is tot de aantekeningen over de dosering van de gebruikte fentanylpleisters. Het college heeft geen aanleiding gezien om (mede gezien deze beperkte toelichting en onderbouwing, en gezien deze dosering niet van belang is voor enig door het college te nemen beslissing) bedoeld dossier op te vragen.

Slotsom

5.27 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat de klacht ongegrond is.

Publicatie

5.28 In het algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere zorgverleners mogelijk iets kunnen leren van wat door het college is overwogen over de moeilijke keuze tussen wel of niet operatief behandelen, en het daarbij afwegen van het belang van de patiënt tegenover de inschatting door en wensen van betrokken familieleden. De publicatie zal plaatsvinden zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht ongegrond, en;
- bepaalt dat deze beslissing, nadat die onherroepelijk is geworden, zonder vermelding van namen of andere herleidbare gegevens in de Nederlandse

Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde en Medisch Contact.

Deze beslissing is gegeven door A.M.J.G. van Amsterdam, voorzitter, A.P. den Exter, lid-jurist, A.M.J.S. Vervest, K.J.P. van Wessem en A.G.M. Beckers, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door T.C. Brand, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 24 december 2024.