

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2018/167

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM**

Beslissing naar aanleiding van de op 25 mei 2018 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
k l a a g s t e r,
gemachtigde: C.

tegen

D,
Intensivist,
v e r w e e r d e r,
gemachtigde: mr. S.F. Tiems, advocaat.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met bijlagen;
- het verweerschrift met bijlagen;
- nadere productie van de zijde van verweerder;

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

De klacht is op de openbare zitting van 4 september 2018, tezamen maar niet gevoegd met de klacht geregistreerd onder nr. 18/166 behandeld.

Partijen zijn verschenen, bijgestaan door hun gemachtigden.

2. De feiten

2.1. Op 8 maart 2011 is de echtgenoot van klaagster, de heer F (hierna F), overleden in het G, locatie H. Klaagster was hier niet bij aanwezig. E was eerder die dag met een MICU (Mobiele Intensive Care Unit) overgebracht van het I naar het ziekenhuis in H.

2.2. Bij E werd in september 2010 in het G een grootcellige tumor vastgesteld in zijn rechter long. Na chemotherapie is E op 23 december 2010 voor operatie verwezen naar het X.

2.3. Op 21 januari 2011 is zo goed als de gehele rechterlong van dhr. E door -onder meer- verweerder verwijderd. De snijvlakken waren tumorvrij. In één van de verwijderde lymfklieren bevond zich een tumor. Verder was er sprake van een organiserende pneumonie (longontsteking) en een focus granulomateuze ontsteking met Pneumocystes.

2.4. Op 22 januari 2011 werd E niet langer beademd en werd hij opgenomen op de mediumcare afdeling. De volgende dag werd hij overgeplaatst naar de Intensive Care (IC)-afdeling onder meer vanwege dreigende respiratoire insufficiëntie. In de restlong werd een pneumokokken pneumonie vastgesteld.

2.5. E verbeef van 23 januari 2011 tot en met zijn overplaatsing op 8 maart 2011 op de IC-afdeling van het I. In deze periode zijn er meerdere complicaties, waar onder hartritme stoornissen (24/1) en een klaplong (28/1), een bronchopleurale fistel. Dit fistel is op 3 februari 2011 operatief gesloten. Op 8 februari is er sprake van een metabool coma. Op 12 februari is een recidief bronchopleurale fistel geconstateerd; hiervoor is een conservatief beleid afgesproken. Het ontwenningstraject van de beademing, dat vanaf 10 februari 2011 werd ingezet, verliep moeizaam. Op 14 februari is een tracheostoma geplaatst. Vanaf 20 februari kon E af en toe losgekoppeld worden van de beademing. Er is dan geen sprake meer van een comateuze toestand. Op 27 februari werd een lijnsepsis geconstateerd.

2.6. Vanaf maart 2011 was E overdag los van de beademing. 's Nachts kreeg hij beademingsondersteuning. Op 3 maart werd ingeschat dat behandeling op de IC niet meer nodig was. In overleg met de longarts van E van het G is besloten dat voor de verdere nazorg overplaatsing op 8 maart 2011 naar dit ziekenhuis zou plaatsvinden. Hij zou daar zekerheidshalve eerst op de IC worden opgenomen. Op 7 maart 2011 vond hiertoe telefonisch contact plaats tussen de intensivisten van het I en het G, locatie H.

2.7. Op een röntgenfoto die ten behoeve van en voorafgaande aan het transport op 8 maart 2011 werd genomen werd (wederom) een klaplong vastgesteld. Hierop werd een thoraxdrain geplaatst. Op de controlefoto was vervolgens te zien dat de long goed ontplooid was en de drain goed functioneerde. Besloten werd dat het transport door kon gaan. Er was die ochtend telefonisch contact tussen een arts-assistent van de IC van het I en de intensivist van het G, locatie H.

2.8. Het verslag van het transport per MICU met twee intensivisten vermeldt geen bijzonderheden. E kwam om 12.40 uur aan in het G te H. Het onderzoek door de dienstdoende intensivist rond 14.08 uur aldaar leverde eveneens geen bijzonderheden op.

2.9. Blijkens het medisch dossier daalde om 15.44 de bloeddruk van E en nam zijn hartfrequentie af. Om 16.00 uur is hij gestorven. Met de op 9 maart 2011 uitgevoerde obductie kon geen directe doodsoorzaak worden vastgesteld. De obductie gaf als doodsoorzaak cardiorespiratoire insufficiëntie bij deels resorberende, deels organiserende bronchopneumonie gecompliceerd door een Staphylococcus Aureus infectie.

2.10. De longchirurg van E (verweerder in de zaak met nummer 18/166) heeft op 8 augustus 2011 met klaagster en twee familieleden gesproken. Op verzoek van klaagster heeft verweerder dit gesprek in een brief van 18 augustus 2011 samengevat. In deze brief staat onder meer:

“De geplande overplaatsing naar H had niet moeten doorgaan toen de klaplong werd vastgesteld. Er was een nieuwe afwijking opgetreden en de oorzaak hiervan had eerst goed uitgezocht moeten worden voordat we zeker konden weten dat overplaatsing verantwoord was. Ik had geen toestemming moeten geven voor de overplaatsing op 8 maart 2011 en ik betreur dat ik dit heb gedaan. Ik weet uiteraard niet hoe het verloop van zijn ziekte zou zijn geweest als hij in N was gebleven, omdat niet een duidelijke oorzaak voor het overlijden gevonden is.”

2.11. Klaagster heeft op 19 oktober 2012 bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (verder: de Inspectie) melding gemaakt van de zorg voor haar man in het I. Hierop is op verzoek van de Inspectie door het I onderzoek gedaan. Naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek schrijft de Inspectie bij brief van 18 juli 2013 aan klaagster onder meer:

“Elk vervoer echter, ook MICU, is risicovol en bij bedreigde patiënten is een stabiel bed op een IC verre te verkiezen boven een (MICU)brancard, tenzij er zoals gezegd, dwingende medische redenen zijn uw man over te plaatsen. Deze dwingende redenen deden zich hier niet voor. De inspectie is daarom van mening dat uw man niet had moeten worden overgeplaatst. De gecompliceerde voorgeschiedenis, de broze status praesens en de op de dag van transport geconstateerde pneumothorax, zonder dat een oorzaak daarvan was vastgesteld, maken ieder vervoer zelfs gecontraïndiceerd.”

2.12. Klaagster heeft het I op 14 januari 2014 aansprakelijk gesteld voor de schade die het gevolg is van het overlijden van E. In dit kader is door prof. J, internist intensivist K, op verzoek van de verzekeraar van het I een expertise rapport opgesteld. Dit rapport, gedateerd 4 september 2017, vermeldt onder meer:

“Ik ben van mening dat de overplaatsing niet als onzorgvuldig moet worden aangemerkt maar zeker wel voor verbetering in aanmerking komt. (...) Het zou naar mijn mening beter zijn geweest als de intensivisten van het I direct overleg zouden hebben met de intensivisten van de G, locatie H. (...) Het zou verstandig zijn geweest om deze patiënt, nadat de pneumothorax was geconstateerd en de drain geplaatst, nog minstens een dag in het I te houden ter observatie om te beoordelen of de long voldoende zou ontplooiën. (...) Op zich kan een patiënt met een recent gedraineerde pneumothorax veilig vervoerd worden met de MICU wanneer begeleid door een intensivist. (...) Ik concludeer dat deze patiënt met stabiele vitale parameters vertrokken is uit het I welke niet zijn verslechterd tijdens transport (behoudens specifieke toename van de polsfrequentie) en niet in de eerste fase op de IC van G.”

2.13. Verweerder heeft als productie in deze procedure overgelegd een deskundigenrapport van prof. L, afdelingshoofd IC volwassenen M, van 19 augustus 2018. Dit rapport vermeldt onder meer:

“Ik kan mij geheel vinden in het gevoerde beleid en dit is conform de huidige geldende richtlijnen. Op de vraag hebben de artsen gehandeld conform de door hen in acht te

nemen zorgvuldigheid en conform de op hen berustende professionele standaard gehandeld door in te stemmen met het MICU transport is mijn antwoord eenduidig ja.”

3. De klacht en het standpunt van klager

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat:

- 1) verweerder heeft gehandeld en nagelaten in strijd met de zorg die hij in de hoedanigheid van behandelend arts van E behoorde te betrachten;
- 2) verweerder ten aanzien van E onzorgvuldig heeft gehandeld door te besluiten hem op 8 maart 2011 te verplaatsen vanuit het I naar het G en overigens überhaupt voor overplaatsing te kiezen, nu de zorg voor wijlen E beter in het I kon plaatsvinden. Tevens had voorafgaand aan de overplaatsing meer expliciet de toestand van E besproken moeten worden, ook door voorafgaand aan de overplaatsing zelf contact op te nemen met het intensive care team van het G.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

5.1. Klaagsters echtgenoot is overleden. Het College realiseert zich dat dit voor klaagster zeer ingrijpend is. Toch zal het College de klacht zakelijk moeten beoordelen, waarbij het niet gaat om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de aangeklaagde beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsbeoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klager klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard.

Klachtonderdelen 1 en 2

5.2. De klachtonderdelen 1 en 2 lenen zich voor gezamenlijke bespreking. Hiertoe overweegt het college als volgt.

Op maandagmorgen 7 maart 2011 begon verweerders dienst als supervisor van de IC. Hij is hiermee op grond van de afspraken binnen het I hoofdbehandelaar van E. Hij maakt als supervisor iedere ochtend een visiteronde over de IC.

5.3. De kern van het geschil is gelegen in de vraag of E op 8 maart 2011 van de IC van het I overgeplaatst had mogen worden met een MICU naar de IC van het G, locatie H. Verweerder heeft hier, samen met de longchirurg (verweerder in de zaak met nummer 2018/166) toestemming voor gegeven. Het voornemen tot overplaatsing is van bijna een week eerder (3 maart). Verweerder was hier niet bij betrokken. Het medisch dossier geeft blijk van een breed gedragen beslissing. De reden voor overplaatsing vormde de omstandigheid dat E zou worden ontslagen van de IC in het I en overgeplaatst zou worden naar een verpleegafdeling. Een verpleegafdeling in de nabijheid van zijn woonplaats zou bezoek voor de familie vergemakkelijken. Zekerheidshalve is gekozen voor eerst overplaatsing naar de lokale IC met een MICU per 8 maart. De voorbereidingen voor de overplaatsing zijn toen in gang gezet. Het IC te H was voldoende toegerust voor de zorg en behandeling van de resterende problemen bij E. Het college kan dit voorgenomen beleid goed volgen en ziet in het voornemen zelf geen tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen.

5.4. De vraag is nu of de omstandigheden op 8 maart 2011 maakten dat overplaatsing op dat moment verantwoord was. Hiertoe is het navolgende van belang.

E lag reeds lange tijd (vanaf 23 januari 2011) op de IC van het I als gevolg van een gecompliceerd en moeizaam herstel na het verwijderen van zijn rechter long. Vanaf 3 maart 2011 was zijn gezondheid echter zodanig dat verpleging op de IC op korte termijn niet meer noodzakelijk zou zijn. Zijn vitale parameters waren op 8 maart 2011 binnen de normale grenzen en stabiel. En hoewel E evident verzwakt was, was zijn transport met een MICU op dat moment niet gecontraïndiceerd. Het college verwijst hiertoe naar de ook toen vigerende richtlijn voor transport intensive care patiënten. Het college volgt hiermee niet de conclusie uit het inspectierapport dat ieder vervoer gecontraïndiceerd was vanuit de gedachte dat er geen noodzaak bestond tot het nemen van risico's die aan een dergelijk transport verbonden zijn. Aan de orde is echter de vraag of het een verantwoord risico was in het licht van het beoogde doel. Deze vraag wordt door het college bevestigend beantwoord.

5.5. Ook de bij E kort voor het transport geplaatste drain geldt niet als contraïndicatie nadat met een röntgenfoto was vastgesteld dat de drain succesvol was aangelegd. Patiënt was stabiel en kon op deze wijze in een MICU en onder begeleiding van een intensivist veilig worden vervoerd. Het college toetst hierbij of de beslissing tot transport onder de omstandigheden van en met de kennis van dat moment verantwoord was. De omstandigheid dat het transport zonder complicaties is verlopen en er bij de ontvangst op de IC geen bijzonderheden zijn geconstateerd is daarom voor deze beoordeling niet direct van belang, zoals ook het overlijden van E later die dag, hoe tragisch ook, voor deze toets niet direct meeweegt. Ook aan deze zeer negatieve afloop kan een goed beslisproces ten grondslag liggen.

5.6. Het is de taak van het college om eigenstandig te beoordelen of verweerder binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsbeoefening is gebleven. Het college heeft bij deze afweging betrokken alle haar bekende feiten en omstandigheden, waaronder ook de in deze procedure overgelegde beoordelingen door deskundigen. Zo ook het oordeel van de longchirurg. Diens conclusie dat hij (met de latere kennis van het overlijden van E) niet tot transport had moeten overgaan, maakt niet dat zijn handelen ten tijde van de beslissing tot transport onder de maat was. Het had mogelijk beter gekund, maar dat is niet de maatstaf voor tuchtrechtelijke aansprakelijkheid. Het is voor alle betrokken partijen en voor de kwaliteit van de gezondheidszorg van groot belang dat zorgverleners kritisch op hun handelen kunnen reflecteren en hiervoor eventueel excuses aanbieden, zonder hiermee automatisch tuchtrechtelijke aansprakelijkheid te erkennen.

5.7. Het college is evenmin van oordeel dat de communicatie tussen de ziekenhuizen, inclusief verweerders rol hierin, tekort is geschoten. Verweerder heeft E op 7 maart 2011 gezien. De longchirurg heeft ruim voorafgaande aan het transport telefonisch contact gehad met zijn collega longarts in het G te H over de op handen zijnde overdracht van E. Op 7 maart is er eveneens contact geweest over de overplaatsing tussen een intensivist van de IC van het I en een intensivist van de H IC. Ook de volgende dag, de dag van overplaatsing, is er blijkens het medisch dossier telefonisch contact tussen de twee IC-afdelingen over de overplaatsing. Dit contact was ingebed in een structurele samenwerking van de G met het I op het gebied van longoncologie. Er is voorts een zorgvuldig schriftelijk overdrachtdossier meegezonden.

5.8. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in al haar onderdelen ongegrond is. Verweerder kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.

6. De beslissing

Het college wijst de klacht af.

Aldus beslist door:

J. Recourt, voorzitter,

C.M.F. Kruijtzter, I. Dawson en H.D. de Boer, leden-arts,

C.E. Polak, lid-jurist,

bijgestaan door M.G. Verkerk, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 16 oktober 2018 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG

secretaris

WG

voorzitter