

Afwijken van het protocol of niet?

Zelden gaven een regionaal tuchtcollege en het Centraal Tuchtcollege zo'n verschillend oordeel over de vraag of een bepaald protocol moest worden gevolgd of dat daar nu juist van had moeten worden afgeweken. Over de vaststaande feiten bestond in deze zaak geen discussie: bij een 87-jarige vrouw wordt een mammacarcinoom vastgesteld. De arts legt haar in het bijzijn van twee familieleden vier behandelmogelijkheden voor. Deze zijn afkomstig uit het IKN-protocol. Geen van de opties betreft de mogelijkheid om de tumor hormonaal te behandelen. De patiënte maakt de arts kenbaar dat zij slechts één ingreep/behandeling wil en kiest derhalve voor de gemodificeerde radicale mastectomie (GRM). Deze behandeling wordt later geaccordeerd door het interdisciplinaire oncologieoverleg. Drie dagen na de ingreep overlijdt de patiënte helaas aan complicaties.

Het regionaal college vindt het onbegrijpelijk dat de chirurg bij deze oude patiënte het protocol heeft gevolgd en



niet, in afwijking daarvan, voor hormonale groei-remming heeft gekozen. Deze optie is niet met de patiënte besproken, waardoor ze onvolledig geïnformeerd een keuze heeft gemaakt voor GRM.

Het hoogste tuchtcollege vindt echter dat de arts in het onderhavige geval, gelet op de leeftijd, de conditie en de prognose van de vrouw door niet van het protocol af te wijken toch heeft gehandeld zoals van een redelijk bekwaam en handelend arts mag worden verwacht.

Voor beide argumentaties is wel iets te zeggen. Zou u deze gang van zaken bij uw 87-jarige moeder of grootmoeder hebben geaccepteerd?

B.V.M. CRUL, arts
MR. D.Y.A. VAN MEERSBERGEN

De volledige tekst van
onderstaande uitspraak
staat op onze website:
www.medischcontact.nl



Uitspraak Centraal Tuchcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 3 september 2007 (ingekort door CTG)

Beslissing in de zaak onder nummer 2006/121 van: A, wonende te B, appellant, klager in eerste aanleg, tegen C, chirurg te D, wonende te E, verweerder in eerste aanleg en in hoger beroep, advocaat mr. W.G. Verkruijzen advocaat te Amsterdam, en in de zaak onder nummer 2006/122 van C, voornoemd, appellant, verweerder in eerste aanleg, tegen A, voornoemd, verweerder in beroep, klager in eerste aanleg.

1. VERLOOP VAN DE PROCEDURE

A, hierna te noemen klager, heeft op 1 februari 2005 bij het Regionaal Tuchtcollege te Groningen tegen C, hierna te noemen de arts, een klacht ingediend. Bij beslissing van 20 maart 2006, onder nummer G2005/09, heeft dat college overwogen dat de klacht deels is gegrond en deels ongegrond en de arts de maatregel van waarschuwing is opgelegd. (...)

2. BESLISSING IN EERSTE AANLEG

Het regionaal tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

2. Vaststaande feiten

Als enerzijds gesteld en anderzijds niet of onvoldoende betwist gaat het college uit van de navolgende vaststaande

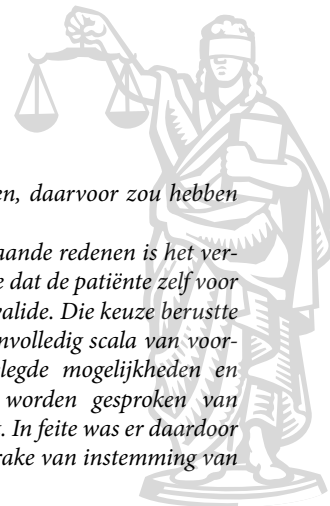
feiten: de 87-jarige moeder van klager, verder te noemen: de patiënte, werd op 17 november 2003 door haar huisarts verwezen naar de arts voor onderzoek en advies betreffende een ongeveer 3 centimeter grote gevoelige, spoelvormige zwelling in de rechterborst. De arts onderzocht de patiënte op 24 november 2003 op het mammasprekkuur van het G. Het onderzoek, in de vorm van klinische en radiologische diagnostiek, gaf aanwijzingen voor een maligne proces en een cytologische punctie leverde maligne cellen op. Gelet hierop concludeerde de arts dat de patiënte een mammacarcinoom had en heeft hij op diezelfde dag met haar de volgende behandelmogelijkheden besproken:

- een gemodificeerde radicale mastectomie (GRM), waarbij de borst en de lymfeklieren in de oksel worden verwijderd;
- een mammasparende behandeling waarbij de tumor en de lymfeklieren in de oksel worden verwijderd, gevolgd door zeven weken bestraling;
- een ablatio in combinatie met een schildwachtprocedure, waarbij de borst wordt verwijderd met de schildwachtklier;
- een mammasparende behandeling met schildwachtprocedure, waarbij de

tumor en de schildwachtklier worden verwijderd, gevolgd door zeven weken bestraling. De schildwachtprocedure impliceerde dat bij een positieve klierpatiënte in tweede instantie nog een okselklierdissectie zou moeten ondergaan.

Omdat de patiënte geen eventuele tweede operatie wilde en een langdurige bestraling te belastend vond, koos zij voor een GRM. De voorgenomen mamma-ampulatie is op 26 november 2003 besproken in het zogeheten oncologieoverleg, dat met de voorgenomen ingreep akkoord ging. Het verslag dat van die bespreking is opgemaakt, vermeldt onder meer dat de tumor palpatoir een diameter had van 1,5 centimeter en radiologisch een geschatte grootte van ongeveer 2 centimeter, dat de conclusie was een cTINOM0 mammacarcinoom (d.w.z. een primaire tumor zonder verspreiding naar de lymfeklieren en zonder uitzaaiingen naar andere organen), dat het therapieplan een GRM was en dat het beleid conform voorstel zou zijn, op verzoek van patiënte.

Op 3 december 2003 werd patiënte preoperatief beoordeeld door de cardioloog H, die in zijn verslagbrief vermeldde dat er over het algemeen sprake was van wel



<< een redelijke cardiale toestand en dat hij geen bezwaar tegen de voorgenomen operatie (mammatumor) had. Nadat de patiënte op 15 december 2003 was opgenomen in het ziekenhuis is zij preoperatief gezien door de anesthesioloog I, die naar aanleiding daarvan op het zogeheten proponmapje (preoperatief onderzoek, red) schreef: 'Is dit het waard gezien verhoogd risico in verband met leeftijd en cardiale situatie?'

Op 16 december 2003 is door de arts samen met een andere arts de mammaamputatie uitgevoerd. Met de zorg na deze operatie heeft de arts geen bemoeienis gehad, anders dan dat hij op 19 december 2003 door de dienstdoende zaalarts nog in consult werd geroepen nadat de patiënte op 18 december 2003 opnieuw was geopereerd in verband met grote nabloedingen. De patiënte is op 19 december 2003 overleden. De uiteindelijke uitslag van het pathologisch-anatomisch onderzoek luidde onder meer: 'Centrolateraal in de mamma een goed gedifferentieerd infiltrerend ductaal carcinoom, grootste diameter 1,8 cm'; 'De tumor is positief voor zowel de oestrogenenreceptor als de progesteronreceptor.'

3. De klacht (...)

4. Het verweer

Het verweer luidt, zakelijk weergegeven, als volgt.

ad 1. De diagnose cT1N0M0-mammacarcinoom was juist. Het gebruikelijke IKN-protocol voorzag niet in een hormonale behandeling of het achterwege laten van behandeling. De arts heeft de vier in aanmerking komende behandelmethoden met de patiënte besproken en in goed overleg met haar is de keus gemaakt voor GRM. De arts heeft wegens tijdgebrek het overleg met de familie overgelaten aan de mammacareverpleegkundige, die hem na het gesprek met de familie heeft laten weten dat alles duidelijk was en dat er geen bezwaren meer bestonden tegen de voorgenomen operatie. De cardioloog vond de operatie verantwoord en de arts heeft dit oordeel zwaarder laten wegen dan de bedenking van de anesthesioloog zoals vermeld op het proponmapje.

ad 2. Omdat de patiënte niet het risico op heroperatie wenste te lopen en geen langdurige bestraling wilde, was de te maken keuze duidelijk en was een schildwacht-klierprocedure niet aan de orde.
(...)

5. De beoordeling

Het college oordeelt gelet op de stukken en het verhandelde ter zitting als volgt.

1.1. Er is geen reden om te twijfelen aan de juistheid van de gestelde diagnose. Voor zover de klacht daarop betrekking heeft, is die ongegrond.

1.2. Voor zover de klager zich erover beklagt dat de diagnose de verrichte ingreep niet rechtvaardigde, komt het college tot het oordeel dat dit klachtonderdeel gegrond is. Er waren meerdere redenen waarom de arts van operatie had dienen af te zien, zeker wanneer die in samenhang in ogeschouw worden genomen:

a. het gegeven dat een carcinoom zoals het gediagnosticeerde bij een patiënte van de leeftijd als deze patiënte zeer langzaam groeit, zodat, wanneer al behandeld wordt, hetgeen niet noodzakelijkerwijs het geval behoef te zijn, een groeiremmende behandeling met hormonale medicatie normaliter afdoende is;

b. het gegeven dat de cardioloog enige scepsis over de toestand van de patiënte liet blijken, maar meer nog de ronduit kritische opmerking van de anesthesioloog op het proponmapje;

c. de twijfels van de familie, die de arts niet vóór de operatie heeft vernomen omdat hij, naar het oordeel van het college ten onrechte, het door de familie uitdrukkelijk gewenste gesprek heeft uitbesteed aan de mammacareverpleegkundige, aan wie wel een gesprek over technische details mag worden overgelaten, maar niet een gesprek over de vraag of een voorgenomen ingreep al dan niet verantwoord of aangewezen is. Dat de familie in het onderhavige geval geen beslissing toekwam over het al dan niet uitvoeren van de operatie doet hieraan niet af.

1.3. Het verweer van de arts, dat de mogelijkheid van een hormonale behandeling, of afzien van behandeling (welke mogelijkheden de arts wel kent) niet in het IKN-protocol voorkwamen, acht het college onbegrijpelijk waar de arts dit aanvoert om te rechtvaardigen dat hij deze mogelijkheden niet met de patiënte heeft besproken. Zoals reeds ter zitting opgemerkt ontslaat het bestaan van een protocol - het ging hier overigens slechts om een richtlijn - een arts niet van de zelfstandige plicht om na te denken over de vraag of er aanleiding bestaat om van het protocol af te wijken. Die aanleiding bestond hier zeker en het lijdt voor het college geen redelijke twijfel dat de patiënte, wanneer haar de mogelijkheid om hormonaal of zelfs niet te behandelen met goede uitleg

was voorgehouden, daarvoor zou hebben gekozen.

1.4. Om bovenstaande redenen is het verweer, inhoudende dat de patiënte zelf voor GRM koos, niet valide. Die keuze beruiste immers op een onvolledig scala van voorgelegde en uitgelegde mogelijkheden en aldus kan niet worden gesproken van informed consent. In feite was er daardoor derhalve geen sprake van instemming van de patiënte.

2. Het hierboven omschreven tweede klachtonderdeel is op grond van hetgeen hierboven onder 1.4 is overwogen eveneens gegrond. Bovendien behoeft de schildwachtklierprocedure niet te worden gevolgd om tot de conclusie te komen dat een operatie niet was geïndiceerd; die conclusie was op basis van de voorhanden informatie reeds te trekken.

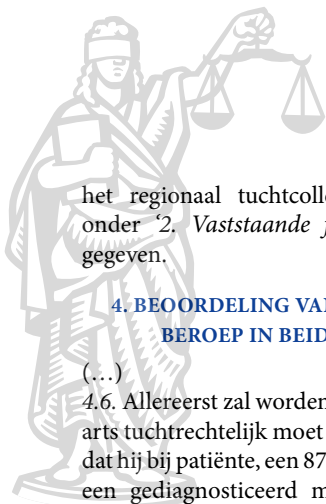
3. (...)

4. Het college overweegt dat in het tuchtrecht niet wordt getoetst of is gekozen voor de meest optimale behandeling, maar wordt beoordeeld of een beroepsbeoefenaar vanuit tuchtrechtelijk standpunt binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdende met de stand der wetenschap op het moment dat de behandeling heeft plaatsgevonden en met hetgeen toen in de beroepsgroep gebruikelijk was. Het college is van oordeel dat de arts niet binnen die grenzen is gebleven. Het toepassen van een medicinale behandeling of het achterwege laten van behandeling, was niet alleen, in dit geval, de optimale behandeling, maar het kiezen voor een zo ingrijpende operatie als is uitgevoerd zonder de optimale behandelingen zelfs maar te overwegen, is een handelwijze van de arts die niet meer binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening past. Er is dan ook sprake van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen, waarvoor het college de na te melden maatregel passend acht.

5. Het college hecht er aan nog op te merken dat er geen reden is te veronderstellen dat de operatie op zichzelf en de uitvoering daarvan tot het overlijden van de patiënte heeft geleid. De overbodigheid van de ingreep maakt haar overlijden echter wel zeer tragisch.'

3. VASTSTAANDE FEITEN

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten zoals deze zijn vastgesteld door >>



het regionaal tuchtcollege en hiervoor onder '2. Vaststaande feiten' zijn weergegeven.

4. BEOORDELING VAN HET HOGER BEROEP IN BEIDE ZAKEN

(...)

4.6. Allereerst zal worden beoordeeld of de arts tuchtrechtelijk moet worden verweten dat hij bij patiënte, een 87-jarige vrouw met een gediagnosticeerd mammacarcinoom in de rechterborst, een gemodificeerde radicale mastectomie heeft uitgevoerd. In het tuchtrecht is de vraag niet of de zorg beter had gekund, maar of de beroepsbeoefenaar binnen de grenzen is gebleven van wat van een redelijk bekwaam arts mag worden verwacht.

Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat deze vraag bevestigend moet worden beantwoord en dat de arts geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Daartoe wordt het volgende overwogen. De arts heeft met patiënte en twee familieleden de onder de feiten genoemde behandel mogelijkheden besproken. Patiënte heeft de arts kenbaar gemaakt slechts één ingreep/ behandeling te wensen en niet het risico te willen lopen van een mogelijke vervolgooperatie en/of bestraling. Tegen die achtergrond is gekozen voor een gemodificeerde radicale mastectomie. Van de besproken behandelingen kwamen een mamma-sparende behandeling met okseldissectie alsook een ablatio of mamma-sparende behandeling in combinatie met een schildwachtklierprocedure, gelet op de wens van patiënte, immers niet in aanmerking.

4.7. De voorgenomen ingreep is door de arts besproken in en geaccordeerd door het zogenaamde oncologieoverleg, waaraan wordt deelgenomen door een internist-oncoloog, een chirurg-oncoloog, een radioloog, een radiotherapeut, een patholoog-anatoom, een oncologisch verpleegkundige en een arts-assistent. De arts heeft patiënte voorts voor een preoperatieve beoordeling verwezen naar een cardioloog. De cardioloog, die patiënte eerder had gezien, heeft lichamenlijk en echocardiologisch onderzoek gedaan. Hij concludeert in zijn brief d.d. 5 december 2003 aan de arts dat er bij klagster over het algemeen sprake is van een toch wel redelijke cardiale toestand en dat er geen bezwaar is tegen de voorgenomen operatie.

4.8. De door de arts bij klagster uitgevoerde ingreep is voor de aandoening waaraan klagster leed geheel in overeenstemming met het in die tijd geldende

IKN-protocol. Wanneer een protocol voor een medische behandeling een richtlijn geeft, moet deze richtlijn in beginsel in acht worden genomen. In bepaalde gevallen moet van een protocol of richtlijn worden afgeweken. Of dat zo is, hangt steeds af van de omstandigheden van het geval waarbij als maatstaf heeft te gelden dat aan een patiënt die zorg behoort te worden verleend, die in de omstandigheden van het geval van een redelijk bekwaam arts mag worden verlangd. De door klager gestelde omstandigheden met betrekking tot de leeftijd van patiënte, haar lichamenlijke conditie en haar prognose hoefden, mede gelet op de door de arts in acht genomen procedure, geen aanleiding te zijn om bij de behandeling van deze patiënte van het IKN-protocol af te wijken.

4.9. Het regionaal tuchtcollege heeft de arts nog verweten dat hij is voorbijgegaan aan een door anesthesioloog I op het proponmapje geplaatste vraag 'Is dit het waard gezien verhoogd risico in verband met leeftijd en cardiale situatie?' Het Centraal Tuchtcollege heeft echter niet kunnen vaststellen dat deze op de middag voor de operatie gestelde vraag de arts onder ogen is gekomen. Bovendien is niet gebleken dat de anesthesioloog zijn twijfels mondeling met de arts heeft gedeeld. Een en ander brengt mee dat het Centraal Tuchtcollege het verwijt dat het regionaal tuchtcollege de arts heeft gemaakt niet kan onderschrijven.

4.10. De arts heeft met klagster niet gesproken over de mogelijkheid van een hormonale behandeling. Voor de arts kwam een hormonale behandeling niet in aanmerking omdat deze niet voldeed aan de wens van patiënte om slechts één behandeling te hoeven ondergaan. Bij een hormonale behandeling staat de patiënt voor geruime tijd onder medische controle en kan niet worden uitgesloten dat niet alsnog moet worden geopereerd. Onder deze omstandigheden kan niet worden geoordeeld dat de arts door deze optie van behandeling met hormonen met patiënte niet te bespreken tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Daarbij overweegt het Centraal Tuchtcollege dat deze optie niet in het IKN-protocol is beschreven.

Het eerste klachtonderdeel is dus in zijn geheel ongegrond.

4.11. Het regionaal tuchtcollege heeft het tweede klachtonderdeel gegrond geacht. Volgens het regionaal tuchtcollege heeft klager de arts terecht verweten dat bij de

beslissing om te opereren ten onrechte is nagelaten de schildwachtklierprocedure uit te voeren en dat ook overigens geen acht is geslagen op de situatie van patiënte (hoge leeftijd, beperkte mobiliteit, de zwakke gezondheid en de nierinsufficiënte).

Zoals het Centraal Tuchtcollege hiervoor onder 4.6. tot en met 4.8. heeft overwogen, heeft de arts bij de behandeling van patiënte onder de geschetste omstandigheden gehandeld zoals van een redelijk bekwaam en handelend arts mag worden verwacht en valt hem niet tuchtrechtelijk te verwijten dat hij bij patiënte een mamma-amputatie heeft gedaan. Dat betekent impliciet dat het tweede onderdeel van de klacht niet kan slagen.

4.12. (...)

4.13. Al het voorgaande leidt tot de slotsom dat de beslissing van het regionaal tuchtcollege niet in stand kan blijven voor zover de oorspronkelijke klacht deels gegrond is verklaard. De oorspronkelijke klacht, voor zover gegrond verklaard, wordt alsnog ongegrond verklaard. De aan de arts opgelegde maatregel van waarschuwing komt hiermee te vervallen.

4.14. Ingevolge artikel 71 van de Wet BIG bepaalt het Centraal Tuchtcollege op gronden ontleend aan het algemeen belang dat deze beslissing zal worden bekendgemaakt op de wijze zoals hieronder vermeld.

5. BESLISSING

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg: (...)

- vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep voor zover de klacht gegrond is verklaard

en opnieuw rechtdoende,

- verklaart de door het Regionaal Tuchtcollege gegrond verklaarde onderdelen van de oorspronkelijke klacht alsnog ongegrond.

(...)

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door mr. E.J. van Sandick, voorzitter, mr. G.P.M. van den Dungen en prof. mr. H.L.C. Hermans, leden-juristen en prof. dr. J.B.L. Hoekstra en dr. R.T. Ottow, leden-beroepsgenoten en mr. C.M.J. Wuisman-Jansen, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 4 september 2007, door mr. E.J. van Sandick, in tegenwoordigheid van de secretaris. ■