



NIET -
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/
AFGEWEZEN

Internist gaat in tegen reanimatieafspraken

Deed de internist uit deze tuchtzaak er goed aan om een reanimatie bij een 63-jarige patiënt te laten beëindigen, terwijl diens hoofdbehandelaar met hem had afgesproken dat er geen behandelbeperkingen waren? Het is geen eenvoudige zaak, er komt van alles aan bod, van hoofdbehandelaarschap tot informeren van de familie, en van collegiale conflicten die op de achtergrond een belangrijke rol spelen, tot de vraag hoe om te gaan met reanimaties bij ernstig zieke patiënten. In deze casus was de internist die de poging liet stoppen, niet in het ziekenhuis aanwezig en ze kon de patiënt dan ook niet zelf beoordelen. De opdracht

tot staken van de reanimatiepoging deed zij telefonisch, terwijl ze wist van de andere afspraak tussen patiënt en hoofdbehandelaar. Met die afspraak was ze het al niet eens geweest bij het ingaan van de dienst, maar ze accepteerde deze. Beide tuchtcolleges oordeelden dat het dan niet correct is om op het moment dat reanimatie nodig is, deze afspraak alsnog te negeren. Van het Centraal Tuchtcollege krijgt zij een waarschuwing. De tuchtcolleges zijn beide van mening dat de internist in ieder geval in huis had moeten komen om de patiënt zelf te beoordelen. Je vraagt je toch af of er dan geen arts-assistent bij de reanima-

tie betrokken was. Moet een reanimatie altijd doorgaan tot de achterwacht in huis is, tenzij er een niet-reanimerenbeleid is afgesproken? Hoe dan ook geldt dat als je het niet eens bent met een reanimatieafpraak, je deze niet kunt negeren. Als je deze met je collega's niet kunt bespreken vanwege slechte verhoudingen, dan is er sprake van een dusdanig onveilige werksituatie dat je aan de bel zou moeten trekken.

Sophie Broersen, arts niet-praktiserend/
journalist
mr. Antina de Jong, adviseur gezondheidsrecht

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 4 april 2019

(ingekort door redactie Medisch Contact)

Beslissing in de zaak onder nummer C2018.293 van A, internist, (destijds) werkzaam te B, appellante, tevens verweerster in incidenteel beroep, verweerster in eerste aanleg, (...), tegen de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, (...) verweerster in beroep, tevens incidenteel appellante, klaagster in eerste aanleg, (...).

01

Verloop van de procedure

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, hierna de inspectie, heeft op 2 februari 2018 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen A, hierna de internist, een klacht ingediend. Bij beslissing van 1 juni 2018, onder nummer 025/2018, heeft dat college de klacht gedeeltelijk gegrond verklaard en de internist berispt. De internist is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De inspectie heeft een verweerschrift in beroep ingediend en heeft daarbij incidenteel beroep ingesteld. (...)

02

Beslissing in eerste aanleg

(...)

'2 De feiten

De klacht heeft betrekking op de behandeling van een 63-jarige patiënt die bekend was bij de internist in het ziekenhuis. Hij werd behandeld vanwege een chronische lymfatische leukemie (CLL). De hoofdbehandelaar van patiënt had met hem gesproken over zijn wensen ten aanzien van eventuele behandelbeperkingen. Er werd besloten tot een reanimatiebeleid zonder beperkingen (code A). Medio maart 2016 werd gestart met chemotherapie. Patiënt had twee chemokuren gehad voordat hij op 10 oktober 2016 door de huisarts werd verwezen naar de longarts in het ziekenhuis vanwege toenemende dyspneu. Patiënt werd, na overleg door de longarts met de internist, opgenomen op de afdeling Interne Geneeskunde. In het dossier staat vermeld dat er sprake is van uitgebreid emfyseem bij COPD, die niet eerder was gediagnosticeerd. Patiënt werd op 17 oktober 2016 ontslagen met extra zuurstof voor thuis. Op 23 oktober 2016 werd patiënt thuis onwel na het beklimmen van een trap, hij was gevallen en had daarbij zijn hoofd gestoten. Hij werd in de avond met de ambulance

binnengebracht op de SEH van het ziekenhuis. Er werd laboratoriumonderzoek verricht en een thoraxfoto en CT-scan van de hersenen gemaakt. Patiënt werd vervolgens opgenomen door de internist. Er was sprake van progressieve dyspneu, tachycardie en gestegen ontstekingsparameters door pneumonie bij bekende COPD. Tevens was sprake van een trauma capitis zonder intracraniele bloeding. De hoofdbehandelaar ging die avond bij patiënt langs. Er was een goede respons op de chemotherapie wat betreft zijn CLL; besloten werd het reanimatiebeleid te handhaven als code A.

Op 25 oktober 2016 was er in de loop van de ochtend sprake van een toename van dyspneu en verslechtering van de conditie van patiënt. Patiënt werd gezien door de arts-assistent. De hoofdbehandelaar en de longarts bespraken de conditie van patiënt. Er was geen sprake van kooldioxidestapeling. Afsgesproken werd dat de bloedgaswaarde gecontroleerd zou worden en dat patiënt bij kooldioxidestapeling overgeplaatst zou worden naar de intensive care voor (non-invasieve) beademing. In de middag werd er een X-thorax gemaakt die werd vergeleken met de foto van 23 oktober 2016. De X-thorax liet geen pneumothorax zien.

Verweerster nam die namiddag de dienst over. Bij die dienstoverdracht heeft zij met de arts-assistent besproken waarom met deze patiënt code A was afgesproken, gelet op zijn verminderde longfunctie. Verweerster kende de patiënt van een eerdere overdracht, zij had zijn foto's beoordeeld maar had hem toen niet zelf gezien. Zij bekeek samen met de arts-assistent de thoraxfoto's en stelde voor patiënt te bezoeken. Zij begreep echter van de arts-assistent (naar achteraf bleek ten onrechte) dat de hoofdbehandelaar kort daarvoor nog bij patiënt was geweest en code A had gehandhaafd. Verweerster wilde hierover met de hoofdbehandelaar spreken, maar dit lukte niet. De arts-assistent kreeg de hoofdbehandelaar wel telefonisch te spreken en deze gaf aan dat code A nog steeds van toepassing was. Verweerster besloot, ondanks haar bedenkingen, de code te accepteren en zag geen reden om patiënt te bezoeken. Voordat verweerster rond 23.00 uur die avond ging slapen, heeft zij met de afdeling gebeld. Op grond van de informatie van de verpleegkundige oordeelde zij dat patiënt stabiel was met 10-15 liter zuurstof op een non-rebreathing-masker en werd het beleid gecontinueerd door verweerster. Omstreeks 2.20 uur op 26 oktober 2016 belde patiënt voor de postoeel. De verpleegkundige haalde de postoeel en op het moment dat zij de kamer binnenkwam, zakte patiënt door zijn benen. De verpleegkundige riep de hulp in van een collega. Het lukte hen echter niet patiënt weer in bed te krijgen. De collega ging naar de afdeling om meer hulp te vragen. Op dat moment zakte patiënt in elkaar. De verpleegkundige bleef bij patiënt en zorgde ervoor dat hij goed lag tot de collega's van de longafdeling arriveerden. Er werd

begonnen met hartmassage. Een verpleegkundige belde naar de portier die de reanimatieprocedure in gang zette. Hierna belde de verpleegkundige verweerster om haar te informeren over de situatie. De verpleegkundige vertelde dat patiënt gereanimeerd werd. Hierop gaf verweerster aan dat de reanimatie gestaakt diende te worden (code C). De verpleegkundige herinnerde verweerster aan het feit dat patiënt een code-A-beleid had. Verweerster herhaalde hierop dat de reanimatie gestaakt dient te worden en dat patiënt vanaf dat moment een code-C-beleid had. De verpleegkundige gaf dit door aan het reanimatieteam waarop de reanimatie gestaakt werd. Verweerster zei tegen de verpleegkundige dat zij naar het ziekenhuis kwam. Enige tijd later arriveerde verweerster in het ziekenhuis. Zij stelde het overlijden van patiënt vast. Verweerster vroeg de verpleegkundige de familie te bellen en hen te vragen, zonder meteen te zeggen dat patiënt was overleden, naar het ziekenhuis te komen. Verweerster nam plaats achter de balie in afwachting van de familie en de verpleegkundige bleef op de afdeling. Op de een of andere manier is de echtgenote van patiënt aan hun waarneming ontsnapt en is zij meteen doorgelopen naar de kamer van patiënt waar zij hem levenloos aantroef. De verpleegkundige was snel ook in de kamer aanwezig en heeft verweerster geroepen. Verweerster heeft de echtgenote gecondoleerd en heeft haar meegenomen naar een kamer om met haar te spreken. Na dit gesprek belde de echtgenote met haar kinderen die naar het ziekenhuis kwamen. De volgende ochtend heeft de hoofdbehandelaar een gesprek gehad met de zoon en dochter van patiënt. (...)

3 Het standpunt van klaagster en de klacht

De inspectie verwijt verweerster – zakelijk weergegeven – het volgende.

Verweerster heeft gehandeld in strijd met het vigerende ziekenhuisbeleid en met de afspraken tussen de hoofdbehandelaar en de patiënt door te besluiten af te wijken van het behandelbeleid dat de hoofdbehandelaar met patiënt had afgesproken bij opname. Verweerster was op de hoogte van de geldende protocollen en richtlijnen inzake het reanimatiebeleid en wist dat ten aanzien van patiënt een volledig reanimatiebeleid was afgesproken. Door in strijd met deze richtlijnen en protocollen zelfstandig en op basis van onvolledige informatie te beslissen om niet tot reanimatie over te gaan, heeft zij haar verantwoordelijkheid als arts in ernstige mate veronachtzaamd. (...)

4 Het standpunt van verweerster

Verweerster voert – zakelijk weergegeven – het volgende aan. Verweerster betreurt de calamiteit ten zeerste. Er is een patiënt overleden en zij heeft er moeite mee zich te verweren tegen de

kritiek op haar functioneren. Toch ziet zij zich hiertoe genoodzaakt.

Ten eerste wil verweerster een aantal belangrijke uitgangspunten benoemen. Blijkens de rapportage van het interne onderzoek van het ziekenhuis ligt de vermijdbaarheid van de calamiteit vooral in de plaats waar de patiënt behandeld werd. Doordat de patiënt op de verpleegafdeling behandeld bleef, is niet opgemerkt dat hij uitgeput raakte. Dit had voorkomen kunnen worden indien de hoofdbehandelaar eerder had besloten de patiënt naar de intensive care over te plaatsen.

Binnen de vakgroep Interne Geneeskunde waren de verhoudingen slecht. Dit werd hoofdzakelijk veroorzaakt door een te hoge werkdruk, waarbij er binnen de vakgroep sprake was van een scheve werkverdeling. Hierbij was tevens sprake van pestgedrag gedurende ruim een jaar door enkele leden van de vakgroep, waaronder de hoofdbehandelaar die, aldus verweerster, tamelijk intimiderend kon zijn. Dit pestgedrag richtte zich tegen verweerster. Deze omstandigheden hebben ertoe geleid dat verweerster onder zware psychische druk stond, hetgeen angst- en slaapproblemen veroorzaakte. Dit werd mede veroorzaakt doordat steeds werk voor haar bleef liggen en haar werk zonder haar inspraak werd toebedeeld tijdens haar avond- of nachtdienst, en onderzoeken waar nodig niet werden geïnitieerd dan wel niet werden gedocumenteerd.

Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel stelt verweerster het volgende. Zij kreeg de patiënt overgedragen in de middag van 25 oktober 2016. Vanaf dat moment nam zij als waarnemer tijdelijk het hoofdbehandelaarschap over. Zij was hiermee eindverantwoordelijk en zij mocht bij niet-beschikbaarheid van de hoofdbehandelaar ook over het aanpassen van het reanimatiebeleid beslissen. Dit volgt ook uit het onderzoeksrapport van het ziekenhuis. Haar beslissing om niet te reanimeren was, naar zij meende, medisch-inhoudelijk juist. Zij staat nog steeds achter deze beslissing, daargelaten hoe deze tot stand is gekomen.

Voorts was zij op het moment van wijziging van de reanimatiecode volledig geïnformeerd. (...)

Tot slot is verweerster van mening dat het ziekenhuis haar onvoldoende kans heeft gegeven haar verhaal goed te doen. Zo is zij uitgesloten van het vakgroepeverleg waarin de calamiteit werd besproken. Ook heeft zij niet de mogelijkheid gekregen deel te nemen aan een gesprek met de familie.

5 De overwegingen van het college

(...)

5.2 Het college stelt verder voorop dat de klacht ziet op het handelen van verweerster. Al het overige dat in deze casus speelt, is niet aan het college ter beoordeling voorgelegd en kan dus ook niet beoordeeld worden.

5.3 Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel wordt als volgt overwogen. Tussen patiënt en zijn hoofdbehandelaar was reanimatiecode A afgesproken. Dat wil zeggen dat er geen behandelbeperkingen waren. Naar het oordeel van het college heeft

verweerster tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld door deze code te wijzigen op het moment dat zich de situatie voordeed waarvoor deze code was afgesproken. Verweerster heeft niet aannemelijk kunnen maken op grond waarvan zij dit gerechtvaardigd heeft kunnen doen. Haar stelling dat zij als (waarnemend) hoofdbehandelaar de code kon wijzigen omdat patiënt gecollabereerd was en gereanimeerd werd, en dat er enige tijd overheen was gegaan omdat de slang van de beademing te kort was om patiënt hierop aan te sluiten, wordt door het college niet gevolgd. Ook volgt het college de stelling niet dat patiënt vanwege zijn slechte uitgangspositie niet te reanimeren was. Een reanimatiecode wordt immers juist afgesproken voor het geval dat een reanimatie zich voordoet en in zoverre was er dus geen sprake van gewijzigde omstandigheden die verandering van de code rechtvaardigden. Daar komt bij dat verweerster de beslissing telefonisch, derhalve op afstand, heeft genomen en onvoldoende geïnformeerd was over de reanimatie en de toestand van patiënt op dat moment. Ze heeft patiënt bovendien zelf niet beoordeeld, niet bij het ingaan van de dienst noch op het moment dat de reanimatiesetting zich voordeed. Ze had zich alleen in het medisch dossier verdiept. Het reanimatiereglement schrijft voor dat verweerster naar het ziekenhuis had moeten komen om zichzelf een beeld te vormen van patiënt en daarna pas een beslissing over de voortzetting of stopzetting van de reanimatie had moeten nemen. Indien verweerster het medisch gezien zinloos handelen had gevonden patiënt naar de ic over te plaatsen bij verslechtering c.q. een reanimatiesetting, had zij patiënt zelf moeten beoordelen bij het ingaan van haar dienst, dan had zij op dat moment de reanimatiecode kunnen wijzigen nadat zij patiënt gesproken en geïnformeerd had. Het college kan zich niet aan de indruk onttrekken dat verweerster het de gehele tijd al niet eens was met de afgesproken reanimatiecode A, maar dit was niet de manier om die te wijzigen.

Dit klachtonderdeel is dan ook gegrond. (...)

5.5 Nu de klacht gedeeltelijk gegrond is, dient er een maatregel te volgen. Gelet op de ernst van het verwijt zal een berisping worden opgelegd. Het college realiseert zich dat verweerster zwaar is getroffen door onder meer de gevolgen van deze casus. Zij heeft tot aan de zitting niet meer gewerkt en de samenwerking met het ziekenhuis wordt beëindigd. Hier staat tegenover dat verweerster heeft volgehouden dat haar beslissing om de reanimatiecode te wijzigen hoofdzakelijk juist was, terwijl dit handelen als onprofessioneel is te beschouwen.'

03

Vaststaande feiten en omstandigheden

(...)

04

Beoordeling van het beroep

(...)

4.3 Evenals het regionaal tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de internist de onomkeerbare beslissing om de reanimatie te laten stoppen in beginsel niet telefonisch had mogen nemen. De overwegingen van het regionaal tuchtcollege over die beslissing worden door het Centraal Tuchtcollege overgenomen. De internist had – gelet op de met de patiënt afgesproken code A – naar het ziekenhuis moeten komen, alwaar zij de situatie zelf had moeten beoordelen voordat zij tot een andersluidende beslissing kwam. Dit klemt temeer nu zij de patiënt kort voordien niet zelf had beoordeeld om mogelijk het reanimatiebeleid te wijzigen. Slechts in uitzonderlijke situaties kan een arts de beslissing te stoppen met reanimeren nemen zonder in het ziekenhuis aanwezig te zijn. Van een dergelijke situatie is het Centraal Tuchtcollege niet gebleken. Daarmee is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de internist tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Omtrent de mate van verwijtbaarheid zal het Centraal Tuchtcollege hierna een oordeel geven.

4.7 Ter terechtzitting in beroep heeft de internist verklaard dat zij weliswaar onjuist heeft gehandeld ten aanzien van de beslissing de reanimatie te staken, maar dat zij wel gewetensvol heeft gehandeld. Het Centraal Tuchtcollege is daar ook van overtuigd geraakt. Onder deze omstandigheden, mede gezien in het licht dat de internist na het telefoongesprek met de verpleegkundige direct naar het ziekenhuis is gekomen, is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat een waarschuwing volstaat. Dit betekent dat in het principaal beroep de beslissing zal worden vernietigd en aan de internist de maatregel van waarschuwing zal worden opgelegd. (...)

05

Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (...)

- vernietigt de beslissing waarvan beroep;
- legt aan de internist de maatregel van waarschuwing op; (...)

Deze beslissing is gegeven door J.M. Rowel-van der Linde, voorzitter, B.J.M. Frederiks en M.W. Zandbergen, leden-juristen, H.E. Sluiter en R.A. Veenendaal, leden-beroepsgenoten, en M. van Esveld, secretaris. Uitgesproken ter openbare zitting van 4 april 2019. ■

web

De volledige tekst van deze uitspraak staat op medischcontact.nl/tuchtrecht. Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

Voor meer uitspraken zie tuchtrecht.nl.

OPVALLENDE UITSPRAKEN

● Verzekeringsarts handelt meermaals onzorgvuldig

Verweerster is verzekeringsarts bij een instelling die medische expertises verricht bij ziekte en arbeidsongeschiktheid. Klager kwam via de bedrijfsarts bij de verzekeringsarts terecht nadat hij zich had ziekgemeld wegens psychische klachten. Klager stelde zelf ziek te zijn geworden door treiteringen en pesten op de werkvloer. De verzekeringsarts oordeelde dat klager niet aan een stoornis lijdt en arbeidsgeschikt was. Klager verwijt de verzekeringsarts dat zij op zeer onzorgvuldige wijze een medische expertise heeft opgesteld.

Wat betreft de klachten over het rapport stelt het RTG dat het kwalijk is dat de verzekeringsarts klager niet persoonlijk heeft gezien, maar heeft volstaan met een telefonisch consult. Zij had als redelijk handelende en redelijk zorgvuldige verzekeringsarts klager zelf moeten zien om diens klachten goed te kunnen beoordelen. De arts heeft onvoldoende tijd en moeite genomen om klagers gezondheidstoestand correct te beoordelen. Ook volgt volgens het RTG uit het rapport niet waarom klager ondanks diens ernstige klachten toch arbeidsgeschikt zou zijn. Uit het rapport van de arts blijkt dat de conclusie dat er geen sprake is van ziekte, enkel is gebaseerd op het feit dat er een arbeidsconflict is, terwijl de richtlijn voor verzekeringsartsen hieromtrent stelt dat de medische beoordeling 'ziek/niet ziek' niet mag afhangen van de vraag of de ziekmelding voortkomt uit een arbeidsconflict.

De arts heeft deze richtlijn niet betrokken in haar beoordeling. Dit acht het RTG zeer kwalijk. Ook getuigt het niet beantwoorden van e-mails van klager volgens het RTG van onvoldoende zorgvuldigheid. Verder valt de arts te verwijten dat de psychiatrische rapportage ter beschikking is gesteld aan een arbeidsdeskundige, ook al is dit buiten haar medeweten gebeurd. De arts blijft immers verantwoordelijk voor het beheer van het medisch dossier. Vanwege het in diverse opzichten onzorgvuldig handelen, hetgeen de verzekeringsarts ernstig valt te verwijten, legt het RTG een berisping op.

RTG Eindhoven, 27 mei 2019

Elke week selecteren KNMG-juristen opvallende uitspraken in het gezondheidsrecht. Een volledig overzicht kunt u vinden op medischcontact.nl/recht. Tegen uitspraken van regionale tuchtcolleges kan tot zes weken na de uitspraak nog hoger beroep worden aangekend.

