

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2010-014a

Datum uitspraak: 19 juli 2011

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

A,
wonende te B,
klaagster,

tegen:

C, cardioloog,
wonende te D,
de persoon over wie geklaagd wordt,
hierna te noemen de arts.

1. Het verloop van het geding

Het klaagschrift is ontvangen op 25 januari 2010. Namens de arts heeft mr. L. Beij, advocaat te Utrecht, op de klacht gereageerd, waarna klaagster heeft gerepliceerd en namens de arts is gedupliceerd. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de gelegenheid om in het vooronderzoek te worden gehoord. De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare zitting van 21 juni 2011. Partijen zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Klaagster was vergezeld van haar dochter E. De arts werd bijgestaan door mr. Beij voornoemd.

2. De feiten

Klaagsters echtgenoot F, verder te noemen patiënt, werd in de nacht van 1 op 2 november 2009 opgenomen in het G te H (hierna: het ziekenhuis) vanwege benauwdheidsklachten.

Bij patiënt was in 2006 een pneumonie en herpes zoster geconstateerd met een matige nierfunctie. In 2007 was hij opgenomen geweest vanwege progressieve dyspnoe en oedeem, waarna controle bij een internist vanwege verdenking op chronische immuunziekte en bij een cardioloog vanwege cardiale problematiek had plaatsgevonden. Vanaf 2008 werd patiënt gezien op de polikliniek wegens collapsneiging, waarna hij tot medio september 2009 onder controle is gebleven.

Na de opname op 1 november 2009 werden bij patiënt onder andere ernstige nierfunctiestoornissen en hartfalen geconstateerd, mede op basis van hypertensie, waarop aanvankelijk een behandeling met als doel het optimaliseren van de cardiale toestand met behulp van medicatie is ingezet. Toen deze behandeling niet tot het gewenste re-

sultaat leidde is aan de familie verteld dat nierdialyse niet mogelijk was en de prognose zeer somber was. Patiënt is op verzoek van de familie en patiënt op 17 november 2009 overgeplaatst naar het I, waar na drie weken alsnog nierdialyse heeft plaatsgevonden.

3. De klacht

Toen de toestand van patiënt na de opname in de nacht van 1 op 2 november 2009 verslechterde vertelde de arts aan de familie dat patiënt stervende was. Volgens de arts was de benauwdheid het gevolg van vocht achter de longen en had patiënt een slecht hart waardoor zijn nieren niet meer goed functioneerden. De arts gaf aan dat volgens de internist nierdialyse vanwege het slechte hart niet mogelijk was. Na meerdere gesprekken met de arts werd verteld dat patiënt nog maximaal drie weken te leven had. De arts ging over op de voor terminale patiënten bestemde comfortregeling. De toestand van patiënt verslechterde en hij kreeg dagelijks morfine.

Op 13 november 2011 wilde de zaalarts de medicijnen van patiënt gaan stoppen, omdat deze niet hielpen. Daarna zou patiënt na ongeveer drie dagen in coma raken en overlijden. Afgesproken werd de medicatie toch nog even voort te zetten, omdat familie uit J zou overkomen om afscheid te nemen. Een van de familieleden die in de daaropvolgende dagen afscheid kwam nemen was werkzaam als verpleegkundige op de dialyseafdeling van een ander ziekenhuis dan waar patiënt verbleef. Volgens haar was overlijden echter niet noodzakelijk en zou nierdialyse nodig zijn. Vanwege het gebrek aan dit specialisme in het ziekenhuis, mede in verband met de overlevingsdrang van patiënt, is vervolgens door patiënt en zijn familie meerdere malen verzocht om overplaatsing naar een ander ziekenhuis. Zowel de dienstdoende arts als de internist als de arts vonden overplaatsing niet zinvol. Nadat met een wilsverklaring van patiënt waarin een verzoek om een second opinion nogmaals bij de arts op overplaatsing was aangedrongen, werd patiënt uiteindelijk een week na het eerste verzoek daartoe overgeplaatst naar het I. Daar bleek na onderzoek dat de benauwdheid van patiënt veroorzaakt werd door vocht achter de longen en sprake was van een lekkende hartklep. Patiënt bleek wel degelijk gedialyseerd te kunnen worden. De toestand verbeterde, de bloeddruk normaliseerde en de kleplekkage was niet meer aanwezig. Na een verblijf van drie weken is patiënt uit het ziekenhuis ontslagen met voortgaande dialyse.

Klaagster verwijt de arts dat hij een foute diagnose heeft gesteld, die zou hebben geleid tot het overlijden van patiënt, en dat hij daarna patiënt niet juist behandeld heeft. Bovendien is het gehoor geven aan het verzoek tot overplaatsing te lang vertraagd.

4. Het standpunt van de arts.

De arts heeft patiënt in de ochtend van 2 november 2009 voor het eerst gezien en na anamnese lichamelijk onderzoek verricht en de voorgeschiedenis bestudeerd. Er was sprake van een forse nierfunctiestoornis, waarschijnlijk mede op basis van hypertensie. In consultatie stelde de internist dat de oorzaak van de nierfunctiestoornis niet primair renaal, maar cardiaal was. Volgens de internist bestond op dat moment (nog) geen indicatie voor dialyse en hij adviseerde primaire behandeling van de decompensatio cordis. Eerst na optimalisering van de cardiale situatie zou patiënt eventueel in aanmerking komen voor nierdialyse. Op basis van het advies van de internist heeft de arts een beleid ingesteld met als doel het optimaliseren van de cardiale toestand.

Na 2 november 2009 was de arts met name werkzaam op de polikliniek en in nachtdienst en is de arts niet meer bij de behandeling betrokken geweest. De arts-assistente heeft

patiënt op 3 en 6 november 2009 gezien. Zij heeft, waarschijnlijk omdat de toestand van patiënt ondanks het ingestelde beleid niet verbeterde, opnieuw contact gehad met de internist. Deze heeft vervolgens bevestigd dat geen indicatie voor nierdialyse bestond omdat de oorzaak met name cardiaal was.

Op 7 november 2009 heeft de arts bij patiënt een toename van de dyspnoe en het oedeem, verhoging van de bloeddruk en verslechtering van de nierfunctie geconstateerd. De ingestelde behandeling had niet tot verbetering van de cardiale toestand geleid zodat niet alleen de uiteindelijk gewenste verbetering van de nierfunctie niet was gevolgd, maar ook geen nierdialyse aan de orde was.

De arts heeft vervolgens uitgelegd dat hij weinig mogelijkheden tot (cardiale) behandeling zag en het welbevinden en de rust van patiënt centraal wilde stellen. Het ingestelde beleid bestond uit Monocedocard, Zofil en Temazepam en bij benauwdheid diuretica.

Patiënt is op 8 en 9 november 2009 door de arts-assistente is gezien. De arts heeft op 10 november 2009 geconstateerd dat de bloeddruk en pulmonaaldrukken hersteld waren. Het ingestelde beleid is gecontinueerd met toevoeging van Sildefanil aan de medicatie ter bestrijding van de pulmonale hypertensie. Blijkens de status heeft de waarnemend cardioloog op 11 november 2009 bij patiënt opnieuw een bezoek afgelegd en was de toestand niet verbeterd. Op 13 november 2009 is patiënt gezien door de arts-assistente. Op 14 november 2009 vernam de arts dat de familie had verzocht om een second opinion. Hierop heeft de arts contact opgenomen met de internist, die overleg zou plegen met het I. De volgende dag heeft de arts-assistente contact gehad met het I, waarnaar patiënt uiteindelijk op 17 november 2009 werd overgeplaatst.

De arts heeft patiënt naar behoren behandeld en de vereiste zorg betracht. In verband met een forse nierfunctiestoornis heeft de arts de internist geconsulteerd. Naar aanleiding van het advies van de internist heeft de arts vanaf 2 november 2009 een cardiale behandeling ingesteld. Aan het advies van de internist behoefde de arts niet te twijfelen. Hij had in de week van 2 november 2009 nachtdienst, zodat hij overdag niet door de arts-assistente is geraadpleegd. De arts heeft patiënt op 9 en 10 november 2009 gezien en het beleid aangepast. De overige dagen in die week is hij niet door de arts-assistente geraadpleegd.

Bij patiënt bleek na veelvuldig onderzoek sprake van een uitgesproken lastig en complex ziektebeeld. Er was een combinatie van hypertensie, decompensatio cordis, pulmonale hypertensie, vasculaire ondervulling gepaard met perifere overvulling, dyspnoe, hartkleppeninsufficiëntie, atriumhypertrofie, hypertensieve nefropathie met ernstige nierfunctiestoornissen, een onbegrepen hoge bezinking en tot slot mogelijk nog een pneumonie. Door de arts en de overige behandelend cardiologen en internisten werd de prognose als (uiterst) somber ingeschat. Toen de behandeling met diuretica en afterloadverlaging niet aansloeg is met de familie besproken dat de therapeutische mogelijkheden gering waren. Toen de toestand van patiënt verder verslechterde, patiënt suffer werd, aanwijzingen bestonden voor HB-daling, de bloeddruk en pulmonaaldrukken zakten en de nierfunctie achteruit ging, leek het onvermijdelijk dat patiënt zou komen te overlijden.

Naar aanleiding van het kort daarna gevolgde verzoek van de familie om een second opinion heeft de arts bij zijn collega internisten aangedrongen op de daarna tijdig gevolgde overplaatsing naar het I, waar patiënt pas na drie weken voor dialyse in aanmerking kwam. Het is niet juist dat de arts patiënt niet zou hebben willen doorverwijzen naar een specialist. Overplaatsing op kortere termijn was niet mogelijk.

5. De beoordeling

5.1. De arts heeft ter zitting bevestigd dat hij als hoofdbehandelaar vanaf de opname verantwoordelijk was voor de behandeling van patiënt. Het eerste klachtonderdeel behelst het verwijt dat de arts een onjuiste diagnose heeft gesteld. Bij patiënt was sprake van hartklachten en ernstige nierfunctiestoornissen op basis van een hoge bloeddruk, welke klachten elkaar onderling beïnvloedden. De arts heeft de invloed van de combinatie van deze klachten onderkend. Het College is daarom van oordeel dat het eerste klachtonderdeel dient te worden afgewezen.

5.2. Het tweede klachtonderdeel behelst het verwijt dat de arts een verkeerde behandeling heeft ingesteld. Het College is van oordeel dat de arts juist heeft gehandeld door aanvankelijk in aansluiting op het advies van de geconsulteerde internist zijn beleid te richten op het cardiale aspect van de klachten van patiënt. Hij heeft aanvankelijk juist gehandeld omdat denkbaar was dat met deze cardiale behandeling (ook) de nierfunctiestoornissen zouden verbeteren. Toen echter bleek dat de behandeling met medicatie onvoldoende effect had op de verbetering van de vochtcirculatie en toen de nierfunctie op 10 november 2009 verslechterde, had de arts alternatieven moeten overwegen en had van hem meer actie verlangd worden, alvorens over te gaan tot het instellen van de comfortregeling.

De arts heeft gesteld dat uit de status blijkt dat de arts-assistente opnieuw contact heeft gehad met de afdeling interne geneeskunde, waarschijnlijk omdat de toestand van patiënt ondanks het ingestelde beleid niet was verbeterd. Daarop is wederom bevestigd dat op dat moment geen indicatie voor dialyse bestond omdat de problemen van patiënt met name cardiaal waren. Aangezien de betreffende internist ter zitting heeft weersproken dat een tweede gesprek over patiënt heeft plaatsgevonden en de status daarover onvoldoende duidelijkheid biedt, kan het College niet vaststellen dat deze consultatie daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Het is het College bovendien niet gebleken dat de arts destijds zijn verdere beleid hierop heeft gebaseerd.

Alvorens tot de comfortregeling te besluiten had de arts hoe dan ook zijn eigen verantwoordelijkheid moeten nemen. Hij had zelfstandig de alternatieve mogelijkheid van dialyse althans een CVVH, die geldt als integraal onderdeel van een cardiale behandeling, moeten beoordelen en daartoe zo nodig via overplaatsing naar een ander ziekenhuis moeten besluiten. Dit geldt te meer nu de prognose zonder verdere behandeling zonder meer het overlijden van patiënt binnen afzienbare termijn zou betekenen. Het had in de lijn der verwachting gelegen als de arts zelf hierover contact had opgenomen en de regie over het multidisciplinaire overleg had gehouden, in plaats van de uitvoering van de behandeling over te laten aan de arts-assistente, met de internist voor overleg, toen bleek dat de behandeling met medicatie niet voldoende had geholpen. In zoverre acht het College het klachtonderdeel over de onjuiste behandeling door de arts dan ook gegrond.

5.3. Het staat vast dat op 17 november 2009, een dinsdag, overplaatsing heeft plaatsgevonden van patient naar het I. De arts heeft gesteld dat hij op vrijdag 14 november 2009 kennis heeft genomen van het verzoek tot overplaatsing van patiënt en de familie en de arts heeft ontkend dat overplaatsing is geweigerd. Vanuit de op dat moment bestaande verwachting dat de situatie levensbedreigend en derhalve uiterst acuut was, was eerdere actie passend geweest. Het College kan echter niet vaststellen dat de arts

in dit verband verwijtbaar tekort is geschoten, nu goed denkbaar is dat het tussen liggende weekend op de besluitvorming en uitvoering daarvan in het andere ziekenhuis ook van invloed is geweest.

5.4. De klacht wordt voor een deel gegrond verklaard. De hierna vermelde maatregel acht het College passend.

5.5. Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is, op na te melden wijze worden bekendgemaakt.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage beslist als volgt:

legt de arts de maatregel van een waarschuwing op.

Bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. H. Uhlenbroek, lid-jurist, prof. dr. J.H. van Bockel, dr. R.W. Koster en dr. B. van Ek, leden-artsen, bijgestaan door mr. C.G. Versteeg, secretaris en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 19 juli 2011.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klagster, voorzover de klacht is afgewezen, of voorzover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.