

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

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

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, arts,
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. De arts heeft op de klacht gereageerd, waarna klagster heeft gerepliceerd en mr. V. Daniëls, als jurist verbonden aan VvAA rechtsbijstand te Utrecht, namens de arts heeft 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. Klagster was vergezeld van haar dochter E. De arts werd bijgestaan door mr. A.C. de Die, advocaat te Amsterdam, die pleitaantekeningen heeft overgelegd.

2. De feiten

Klaagsters echtgenoot, F, verder te noemen patiënt, werd in de nacht van 1 op 2 november 2009 opgenomen 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 2010 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 resultaat 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 cardioloog aan de familie dat patiënt stervende was. Volgens de cardioloog was de benauwdheid het gevolg van vocht achter de longen en had patiënt een slecht hart waardoor zijn nieren niet meer goed functioneerden. De cardioloog liet weten dat volgens de internist nierdialyse vanwege het slechte hart niet mogelijk was. Na meerdere gesprekken werd verteld dat patiënt nog maximaal drie weken te leven had. De cardioloog 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. Afsproken 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 was nierdialyse nodig. 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 weigerden dit. Nadat met een wilsverklaring waarin een verzoek van patiënt om een second opinion nogmaals 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 zij een foute diagnose heeft gesteld, die zou hebben geleid tot het overlijden van patiënt, en dat zij 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 was werkzaam als arts-assistente niet in opleiding op de afdeling Cardiologie en had dienst op 3, 4, 6, 13, 16 en 17 november 2009. De arts kende patiënt van de opname in 2007 en zag hem in de ochtend van 3 november 2009 als zaalarts weer voor het eerst. Tevoren was hij tijdens de papieren visite besproken. Na onderzoek en een echo van het hart heeft de arts patiënt verteld dat zij zich zorgen maakte. De combinatie van hartfalen en nierfalen maakte behandeling erg moeilijk en de prognose was erg ongunstig met een hoge kans op overlijden op korte termijn. Op 4 november 2009 was de bloeddruk verbeterd en patiënt minder kortademig. De nierfunctie was wat verslechterd. De volgende dag was de arts niet aanwezig en is de behandeling door anderen uitgevoerd. Op 6 november 2009 kwam de internist langs op de afdeling voor het uitvoeren van het consult dat op 2 november was aangevraagd. Aangezien er

geen verbetering was heeft de arts gevraagd of er een indicatie was voor nierdialyse. Naar het oordeel van de internist lag het probleem niet bij de nieren, maar werd het nierfalen grotendeels veroorzaakt door het hartfalen. De internist maakte duidelijk patiënt vanwege het hartfalen geen goede kandidaat te vinden voor nierdialyse en hij adviseerde patiënt onder geleide van drukmetingen beter in te stellen. In gesprekken met de familie op 6 en 9 november 2009 heeft de arts de problemen van de combinatie hart- en nierfalen toegelicht en uitgelegd dat met intensieve behandeling zou worden geprobeerd patiënt beter in te stellen, maar dat er verder weinig mogelijkheden werden gezien. Eerder die week had de arts hierover overleg met de cardioloog gehad.

Op 7 november 2009 is de cardioloog door de verpleging bij de behandeling geroepen omdat patiënt meer benauwd was en meer vocht vasthield. De cardioloog zag geen mogelijkheden voor verbetering. Op 9 november 2009 heeft de arts patiënt overgeplaatst naar de hartbewaking en een Swann Ganz katheter geplaatst. De arts constateerde dat patiënt suffer werd en dat de nierfunctie verslechterd was. In overleg met de cardioloog werd de medicatie aangepast. De cardioloog bevestigde dat er geen mogelijkheden meer waren op cardiaal gebied.

Tijdens de grote visite op 10 november 2009 werd voorgesteld om de medicatie via het infuus te staken omdat de nierfunctie toch weer verslechterd was. Uit het medisch dossier volgt dat de cardioloog besloot verder te gaan en behandeling met Silfenadil heeft gestart, die ook de volgende dag nog werd voortgezet.

Op 12 november 2009 heeft de cardioloog met de familie besproken de behandeling meer te richten op comfort en niet meer op genezing. Die dag heeft de arts tijdens het dagelijks intensive care overleg met de internist over patiënt gesproken en nogmaals gevraagd of dialyse geen optie was. De internist antwoordde dat hij een patiënt met hartfalen geen kandidaat voor dialyse achtte. Daarbij kwam dat patiënt in het verleden behandelingsadviezen niet had opgevolgd en zelf zijn medicatie had gestaakt, hetgeen hem geen geschikte kandidaat voor een behandeling met strenge leefregels maakte. Die middag heeft de arts met de familie besproken dat er geen mogelijkheden meer waren voor behandeling en patiënt en vanwege verslechtering van de nierfunctie waarschijnlijk zou gaan overlijden binnen afzienbare tijd. Met de familie werd afgesproken in afwachting van familie uit J te proberen de toestand niet verder te laten verslechteren.

Op 13 november 2009 heeft de arts een gesprek met klaagster gehad over de prognose. Een verzoek om overplaatsing is toen niet aan de arts gedaan. Op 16 november 2009 drong klaagsters zoon boos aan op een overplaatsing. Hierop heeft de arts overleg gepleegd met twee nefrologen uit het I. Ondanks aandringen kon dit ziekenhuis patiënt niet die dag nog overnemen. Na overleg met de familie over alternatieven, is uiteindelijk besloten de overname door het I de volgende dag of de dag erna af te wachten. Patiënt is op 17 november 2009 overgeplaatst naar het I. Later is gebleken dat de na overplaatsing, uiteindelijk, alsnog uitgevoerde dialyse tot verbetering heeft geleid van de toestand van patiënt.

De arts heeft in overleg met de cardiologen de cardiale problematiek volgens de daarvoor geldende protocollen behandeld. Haar suggestie om patiënt te dialyseren is tot tweemaal toe (eenmaal tijdens een gesprek in de gang) door de internist verworpen. Hetzelfde beleid heeft de internist in een eerder geval geadviseerd en de arts mocht menen dat dit een algemeen aanvaarde handelwijze was. De arts heeft derhalve zorgvuldig gehandeld. Desalniettemin heeft de arts hiervan geleerd om ook aantekening te maken van

consultatief overleg in de wandelgangen met andere specialismes alsmede te voorkomen dat er onduidelijkheid bestaat over wie als hoofdbehandelaar geldt. Zeker ook voor de patiënt en de familie.

5. De beoordeling

5.1. 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 overleg met de cardioloog in aansluiting op het advies van de geconsulteerde internist haar beleid te richten op een cardiale oorzaak van de klachten van patiënt. Het was denkbaar dat met deze cardiale behandeling (ook) de nierfunctiestoornissen hadden kunnen verbeteren.

De arts heeft gesteld dat zij op of omstreeks 12 november 2009 opnieuw contact heeft gehad met de internist, die wederom bevestigde dat op dat moment geen indicatie voor dialyse bestond omdat de problemen van patiënt met name cardiaal waren. Aangezien de betreffende internist mede 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.

De arts mocht afgaan op het advies van de cardioloog toen bleek dat de behandeling met medicatie onvoldoende effect had op de verbetering van de vochtcirculatie en de nierfunctie op 10 november 2009. Dat daarop niet tot nadere actie althans niet tot nierdialyse is overgegaan alvorens over te gaan tot het instellen van de door de cardioloog geadviseerde comfortregeling, kan haar derhalve niet verweten worden.

5.3. De arts heeft gesteld dat zij eerst op 16 november 2009, een maandag, kennis nam van het verzoek tot overplaatsing en daarop direct actie heeft ondernomen. Dat is merkwaardig omdat de cardioloog heeft verklaard van het verzoek al op vrijdag 13 november 2009 kennis te hebben genomen. Hoe dan ook, het staat vast dat op 17 november 2009, een dinsdag, overplaatsing heeft plaatsgevonden van patient naar het I. 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 Aangezien de klachtonderdelen niet gegrond worden bevonden, zal de klacht worden afgewezen.

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

5. De beslissing

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

wijst de klacht af.

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.