

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2010-234

Datum uitspraak: 1 november 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, neuroloog,
wonende te D,
de persoon over wie wordt geklaagd,
hierna te noemen de arts.

1. Het verloop van het geding

Het klaagschrift is ontvangen op 23 november 2010. De arts heeft op de klacht gereageerd, waarna repliek en dupliek hebben plaatsgevonden. 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 6 september 2011. Partijen zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Klaagster werd bijgestaan door haar schoonzoon. De arts werd bijgestaan door mr. A.W. Hielkema, werkzaam bij de V.v.A.A. te Utrecht.

2. De feiten

De klacht heeft betrekking op de behandeling van de echtgenoot van klaagster, E. hierna te noemen patiënt. De arts heeft hem voor eerst gezien op de polikliniek neurologie van het F Ziekenhuis op 7 oktober 2009 wegens klachten van gevoelloosheid en krachtverlies in het linkerbeen, slapend gevoel in beide benen en rugpijn. Bij het tweede bezoek op 18 november 2009 was de rugpijn toegenomen. Daarom is op 21 december 2009 een MRI scan gemaakt.

Die toonde een kanaalbeklemming op niveau L4-L5 en daarnaast op niveau Th 10 of 11 een inzakking van de rugwervel, passend bij een recente breuk als gevolg van de uitzaaiing van een kwaadaardig gezwel elders in het lichaam. De arts heeft dit op dezelfde dag met patiënt besproken en heeft afspraken gemaakt voor oncologische analyse door dr. G, internist, en voor beoordeling van de wervelkolom en een eventueel biopt door dr. H, orthopeed. Vooruitlopend op de interne/oncologische analyse heeft de arts een spoedafpraak gemaakt voor een CT-thorax/abdomen op 22 december 2009 en op 21 december 2009 een algemeen bloedonderzoek laten doen.

Op 7 januari 2010 heeft klagster de arts om hulp gevraagd omdat patiënt erge pijn had en het thuis niet meer ging. Klagster en patiënt waren op dat moment in het ziekenhuis voor onderzoek. De arts heeft patiënt laten opnemen voor pijnbestrijding en versnelling van de diagnostiek. Op dezelfde dag heeft hij consulten aangevraagd bij Interne geneeskunde, Orthopedie en Longgeneeskunde, MRI scans aangevraagd in verband met de toegenomen pijn, en een morfinepomp gestart. De MRI scans zijn gemaakt op 11 en 15 januari 2010.

De longarts heeft na beoordeling van de CT thorax/abdomen geen reden voor een nader onderzoek gezien. De internist heeft na onderzoek op 13 januari 2010 geadviseerd een biopt uit de laesie te verkrijgen. De orthopeed heeft op 14 januari 2010 in het I Ziekenhuis een bot scan laten maken, waarop de laesie ter hoogte van Th 10 zichtbaar was. Voor het biopt verwees de orthopeed naar het J. Daar is het op 28 januari 2010 een CT begeleid biopt verricht. Op 5 februari 2010 luidde de uitslag "metastatische localisatie van een grootcellig weinig gedifferentieerd carcinoom zeer waarschijnlijk afkomstig uit een primaire haard in de bovenste tractus digestivus".

Ter bestrijding van de pijn en beheersing van de uitzaaiing werd besloten tot radiotherapie. Patiënt is bestraald op 9 en 16 februari 2010 in de K. De internist zag geen mogelijkheid voor chemotherapie. Om de primaire tumor te lokaliseren werd een PET scan afgesproken op 25 februari 2010 in het L Ziekenhuis. Een primaire tumor werd niet gevonden. In de loop van februari 2010 kreeg patiënt meer pijn en ontstonden complicaties: bleekheid, een oplopende temperatuur en decubitus. Daarvoor werd op 22 februari 2010 de huidarts in consult gevraagd. In overleg met de arts heeft de orthopeed bij het J geïnformeerd naar de mogelijkheid van een wervelplastiek of wervelvervanging. Op 17 maart 2010 heeft arts contact opgenomen met de orthopeed van het J. Afsproken werd dat patiënt op 6 april 2010 zou worden overgenomen en op 9 april zou worden geopereerd. Door een verergering van de decubitus is deze operatie uitgesteld. Overplaatsing naar het J voor de behandeling van de decubitus bleek niet mogelijk. Op 14 april 2010 is één decubitus wond operatief gesloten in het F. Op 22 april 2010 is de andere decubitus wond operatief gesloten. Op 24 april 2010 kreeg patiënt pijn op de borst. Op 28 april is opnieuw een MRI scan gemaakt in verband met toegenomen pijn. De arts heeft bij de K gevraagd of aanvullende radiotherapie mogelijk was. De dienstdoende radiotherapeut vond dit echter niet verantwoord. Op 29 april 2010 heeft de longarts een pleurapunctie verricht. In het pleuravocht bleek geen sprake van kwaadaardige cellen. Op 29 april is ook een tweede PET scan gemaakt. Deze toonde geen nieuwe aspecten. Op 5 mei 2010 heeft de arts de orthopeed van het J opnieuw gebeld en gehoord dat patiënt zou worden opgeroepen voor de wervel operatie. Omdat de klinische toestand van patiënt snel achteruit ging heeft de arts op 11 mei 2010 weer geprobeerd de orthopeed van het J te bereiken en, toen dat niet lukte, het M, het N, de K en het O. Geen van deze ziekenhuizen was bereid patiënt op te nemen. Op 17 mei 2010 heeft de arts in overleg met de orthopeed van het J 4 juni 2010 als operatiedatum afgesproken. Patiënt had opnieuw een decubitus wond.

De arts is van 21 tot 30 mei 2010 afwezig geweest. Zijn vervangster heeft op 21 mei overlegd met de plastisch chirurg over de decubitus wond en op 23 mei met de chirurg omdat patiënt paarse tenen had. Wegens ademhalingsmoeilijkheden is patiënt opgenomen op de afdeling Intensive Care. Daar heeft de longarts een drainage gedaan. Vervolgens hebben de intensivist, de internist en de neuroloog in onderling overleg besloten verdere ingrepen achterwege te laten. Op 25 mei is patiënt teruggeplaatst op de afdeling. Na overleg met patiënt en zijn echtgenote en kinderen is besloten tot palliatieve sedatie. Patiënt is op 27 mei 2010 overleden.

3. De klacht

Klaagster verwijt de arts dat hij zich onvoldoende heeft ingezet voor overplaatsing van patiënt naar een ander ziekenhuis, dat hij patiënt niet heeft doorverwezen naar een oncoloog, het doorliggen van patiënt niet heeft voorkomen en onjuiste informatie heeft gegeven over diens toestand, waardoor de mededeling op 24 mei 2010 dat patiënt niet verder behandelbaar was, de familie heeft overvallen.

4. Het standpunt van de arts

De arts stelt dat hij patiënt en zijn familie vanaf het begin heeft geprobeerd duidelijk te maken dat sprake was van een kwaadaardige aandoening. Hij heeft de toestand van patiënt en de onderzoeken die hij heeft laten doen steeds uitvoerig met hen besproken en uitgelegd.

Nadat hij patiënt op 21 december 2009 had verwezen naar de internist/oncoloog en de orthopeed was er voor hem als neuroloog in feite geen taak meer. Door de hulpvraag van klaagster op 7 januari 2010 heeft hij patiënt laten opnemen bij wijze van crisisinterventie, met als doel pijnbestrijding, een snelle definitieve diagnose en overdracht aan het J voor de operatie, die bedoeld was om de pijn te verlichten en het leven van patiënt te verlengen.

In dit streven is hij niet geslaagd door omstandigheden die buiten zijn invloedssfeer lagen. Bij de andere artsen ontbrak het gevoel van urgentie en het J was moeilijk te benaderen. Wel heeft hij steeds overleg gehad met de internist/oncoloog in het F. Verplaatsing binnen het ziekenhuis werd door patiënt niet gewenst en zou voor de behandeling geen verschil hebben gemaakt. De arts betreurt de wijze waarop de laatste maanden van het leven van patiënt zijn verlopen.

5. De beoordeling

5.1 De klacht dat de arts zich onvoldoende heeft ingezet voor overplaatsing van patiënt wordt afdoende weerlegd door de feiten die uit het medisch dossier naar voren komen en die hiervoor samengevat zijn weergegeven. Duidelijk blijkt dat de arts zich in hoge mate verantwoordelijk heeft gevoeld voor deze patiënt en zich in hoge mate heeft ingespannen voor diagnose en behandeling volgens het traject dat hij in overleg met zijn medebehandelaars had uitgezet. In dit traject speelde de wervel operatie, die niet in het F kon worden uitgevoerd, een belangrijke rol. Het kan de arts niet worden verweten dat deze operatie niet heeft kunnen plaatsvinden voordat de decubitus wonden dit verhinderden.

5.2 De arts is hoofdbehandelaar gebleven hoewel na het MRI onderzoek op 21 december 2009 en de vraagstelling aan de internist/oncoloog en de orthopeed een behandeling op

neurologisch gebied niet aan de orde was. Na de diagnose op 5 februari 2010 was dit nog duidelijker het geval. Het College is het met klaagster eens dat het wenselijk was geweest dat een internist/oncoloog een meer centrale rol had ingenomen bij de behandeling van patiënt, omdat die kan worden geacht meer ervaring te hebben met de noodzakelijke pijnbestrijding, de algehele verslechtering van de conditie en het voeren van gesprekken met kankerpatiënten en hun familieleden. Dit is echter iets wat de organisatie van het ziekenhuis raakt.

Aan de arts kan niet worden verweten dat hij, persoonlijk als hulpverlener aangesproken, heeft getracht en is blijven trachten die hulp te verlenen. De arts heeft de internist/oncoloog vele malen geraadpleegd. De internist is samen met de arts blijven zoeken naar de primaire tumor, ook met het oog op aanvullende behandelmogelijkheden na de ra-

diotherapie. Een primaire tumor werd echter niet gevonden. Uit het dossier blijkt bovendien niet dat een andere arts bereid was de verantwoordelijkheid van de arts over te nemen.

5.3 Patiënt had veel pijn en kon daardoor moeilijk worden bewogen. Dit feit en de noodzakelijke pijnbestrijding met morfine en de overige geneesmiddelen die patiënt tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis moesten worden toegediend, waaronder prednison, maakten het onvermijdelijk dat patiënt doorligwonden kreeg. De arts heeft voldoende voortvarend gehandeld bij het inroepen van de hulp van een huidarts en daarna een plastisch chirurg. Het doorliggen van patiënt kan hem niet worden verweten.

5.4 Kennelijk is de arts er niet in geslaagd klaagster en haar familieleden duidelijk te maken hoe ernstig de toestand van patiënt was. Dit kan ten dele worden verklaard uit het feit dat de arts tot op het laatst is blijven proberen de wervel operatie te laten uitvoeren. Hierdoor kan klaagster de indruk hebben gekregen dat er nog hoop was op verbetering van de toestand van haar man. Het College sluit niet uit dat de arts de uitzichtloze situatie waarin patiënt geraakte uit het oog heeft verloren door zijn grote betrokkenheid. Er is geen reden dit de arts tuchtrechtelijk aan te rekenen. De klacht zal dan ook in alle onderdelen worden afgewezen.

6. De beslissing

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

wijst de klacht af.

Deze beslissing is gegeven door: mr. P.A. Offers, voorzitter, mr. C.C. Dedel-van Walbeek, lid-jurist, prof. dr. J.W. van 't Wout, dr. I. Dawson en A.J.M.F. Janssen, leden-artsen, bijgestaan door mr. G.G.M.L. Huntjens, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 1 november 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 klaagster, 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 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.