

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2010-125d

Datum uitspraak : 22 mei 2012

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 , longarts,
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 1 juli 2010 en aangevuld bij brieven ontvangen op 20 augustus 2010 en 9 februari 2011. Namens de arts heeft mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht, verweer tegen de klacht gevoerd, waarna partijen achtereenvolgens hebben gerepliceerd en 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 27 maart 2012. Partijen waren aanwezig. Klaagster werd vergezeld door twee zonen, E en F. De arts werd bijgestaan door mr. Nunes.

2. De feiten

2.1. Vanaf november 2008 heeft de echtgenoot van klaagster, hierna patient, diverse onderzoeken ondergaan op de longafdeling van het G ziekenhuis. Bij de onderzoeken, consulten en behandelingen van patient zijn meerdere artsen betrokken geweest.

2.2. Op 23 december 2008 zijn de uitslagen van de onderzoeken met patient besproken. Het röntgenonderzoek van de long liet een beeld zien van een centrale tumor, danwel caverneuze afwijking bij verder uitgebreide lymfeklieren hilair alsmede een proces mediastinaal. Voorts waren er aanwijzingen voor een tuberculeuse pneumonitis. CT-onderzoek liet een grote retrosternaal gelegen massa zien met verkalkingen, en het proces in de longen verdacht voor tumor. Bij bronchoscopie bleek de rechter middenkwab vernauwd door in de bronchus uitpuilend weefsel met het aspect van een longtumor. Uit materiaal verkregen bij de bronchoscopie groeide een Streptococcus pneumoniae, en bleek de PCR-reactie op Mycobacterium tuberculosis positief. Op grond van de uit-

slagen werd een diagnose van longtuberculose gesteld en een behandeling met tuberculostatika gestart. Tevens werd aanvullend onderzoek afgesproken naar een eventueel achterliggende maligniteit.

2.3. Bij controle op 30 december 2008 was de uitslag van het aanvullend onderzoek bekend. Bij pathologisch onderzoek van de bronchusbipten werd verdenking op een adenocarcinoom van de long uitgesproken. Het onderzoek wees dus in de richting van carcinoom naast de TBC. Om dit verder in kaart te brengen werd op 31 december 2008 een PET-scan uitgevoerd in het H te B. De PET-scan toonde een intense FDG-opname in het mediastinum, rechts in de hals, supra claviculair, hilair beiderzijds en een verhoogde opname in de long rechts en links. In januari 2009 werden aanvullende onderzoeken verricht. Uit een transthoracaal, bij bronchoscopie verkregen punctaat van het tumorproces in de long werd uitgebreide necrose vastgesteld; een longcarcinoom kon in dit materiaal niet bevestigd worden, maar ook niet uitgesloten. Daarnaast werd de waarschijnlijkheidsdiagnose van tuberculose bevestigd, op grond van een positieve ZN en Auramine kleuring van longspoelsel.

Bij een poliklinisch consult op 18 februari 2009 werd besloten patient op te nemen, overleg met de afdeling interne geneeskunde te voeren, een scopie en een schildklier-scannen te laten verrichten alsmede een maagsonde te plaatsen. De diagnostiek was verder gericht op het onderzoeken van slokdarmpassageklachten en overleg te voeren met de internist-oncoloog over de mogelijke combinatie van maligniteit(en) in de longen en de schildklier, naast de longtuberculose. Een punctie van het proces in het mediastinum, medio februari, leverde geen zekere diagnose, evenmin als per bronchoscopie genomen longbipten uit het ostium van de rechter middenkwab, nu de uitslagen wederom verdacht, maar niet bewijzend waren voor adenocarcinoom van de long. Omdat de puncties en kleine longbipten geen zekere, classificerende diagnose opgeleverd hadden, werd op 20 februari een groot, histologisch Truecut biopt van het mediastinale proces verricht.

2.4. Op 24 februari 2009 is, na consult met de afdeling oncologie, geconcludeerd dat er meest waarschijnlijk sprake was van een gemetasteerd longcarcinoom. Op 23 en later 25 februari 2009 is dit met patient en zijn familie besproken, waarbij is aangegeven dat een curatieve behandeling niet mogelijk was. Vervolgens is overleg gevoerd met de radiotherapeut-oncoloog over palliatieve radiotherapie, dit in verband met de toenevende kortademigheid bij platliggen en de slokdarmpassagestoornis. Op 3 maart 2009 is gestart met radiotherapie op de mediastinale massa; de bestraling werd 17 maart 2009 afgesloten.

2.5. Op 9 maart 2009 werd patient op de polikliniek gezien. Rond de start van de radiotherapie waren aanvullende kleuringen op het Truecut biopt van het mediastinale proces dat eind februari verricht was, bekend geworden die wezen in de richting van een folliculair schildklier carcinoom als oorzaak van de centraal in het mediastinum gelegen tumormassa. Er werd een afspraak voor een poliklinische controle twee weken later gemaakt.

2.6. Op 18 maart 2009 werd patient opgenomen op de longafdeling vanwege slikklachten, toegeschreven aan de radiotherapie. Patient werd op 26 maart 2009 nogmaals besproken in het multidisciplinair overleg van de afdeling oncologie. De uitkomst was dat er – op grond van tumoringroei en ‘encasement’ van de centrale slagaders – geen chirurgische of chemotherapeutische curatieve behandelopties waren voor het nu

vastgestelde schildkliercarcinoom. Dit is op 27 maart 2009 met patient en zijn familie besproken.

2.7. Op 2 april 2009 zijn voor een second opinion de gegevens van patient aan I, internist-endocrinoloog in het J toegestuurd. Op 7 april 2009 zijn de gegevens nogmaals gefaxt. Op 24 april 2009 is de uitslag van deze consultatie telefonisch met de zoon van patient besproken. Patient is zelf voor een second opinion naar het K gegaan.

2.8. Op 26 september 2009 is patient overleden.

3. De klacht

De klacht heeft betrekking op de geneeskundige behandeling van patient, wijlen klaagsters echtgenoot. Klaagster verwijt de arts dat hij een verkeerde diagnose heeft gesteld en een onverklaarbare en verkeerde behandeling heeft uitgevoerd.

4. Het standpunt van de arts

De arts is van mening dat hij klaagsters echtgenoot heeft behandeld en begeleid met inachtneming van de zorg die van hem als longarts mag worden verwacht. Er is geen sprake van handelen of nalaten zoals omschreven in artikel 47, eerste lid, aanhef en onder a en b van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

5. De beoordeling

5.1. Aan het tuchtrecht voor de gezondheidszorg ligt het beginsel van persoonlijke verwijtbaarheid ten grondslag. Dat betekent dat uitsluitend aan de orde is het handelen dan wel nalaten van de arts, voor zover hij betrokken was of had moeten zijn bij de behandeling van patient.

5.2. De arts heeft patient voor het eerst gezien op 23 december 2008 op de polikliniek. Daarbij heeft hij patient gecontroleerd, de uitslagen van de CT-thorax en de bronchoscopie besproken en is gestart met tuberculostatika. Verder is de arts betrokken geweest bij de behandeling gedurende de twee opnames van patient op de verpleegafdeling longziekten van het G van 22 februari 2009 tot en met 26 februari 2009 en van 18 maart 2009 tot en met 7 april 2009. De arts had destijds samen met een collega-longarts de supervisie over de afdeling. Tijdens de eerste opname heeft de arts op basis van de 25 februari 2009 bekende gegevens de afdeling radiotherapie geraadpleegd. De radiotherapeut heeft patient klinisch onderzocht en is gestart met radiotherapie op de mediasternale massa.

5.3 Ten aanzien van de ingezette behandeling overweegt het College dat in het G de juiste onderzoeken zijn gedaan, waarbij de diverse uitslagen aanvankelijk geen zekere diagnose gaven, ondanks herhaalde pogingen deze te verkrijgen. In eerste instantie wezen de uitslagen van de onderzoeken in de richting van een gemetasteerd longcarcinoom. Schildkliercarcinoom is pas in een later stadium uit de onderzoeken gebleken. De constatering nadien in een ander ziekenhuis, dat er waarschijnlijk geen sprake geweest is van een longcarcinoom is mede gebaseerd op het beloop, waarbij op de beeldvorming van de longen het proces dat aanvankelijk als maligniteit geduid was, vrijwel verdwenen bleek. Omdat de klachten van patient, de kortademigheid bij liggen en de slokdarmpassagestoornis, progressief waren was een acute behandeling geïndiceerd. Tegen die achtergrond acht het College de ingezette radiotherapie begrijpelijk en verantwoord. Daarbij zij opgemerkt, dat schildkliercarcinoom, in tegenstelling tot

hetgeen klagers naar voren hebben gebracht, op zich geen contra-indicatie is om te bestralen. De klacht dat verwijdering van de schildkliercarcinoom niet meer mogelijk was omdat patient voordien bestraald was, kan het College niet aanvaarden. Ook de medische status van het K leidt daar niet toe. Uit de stukken kan wel worden afgeleid dat de “encasement” van tumorgroei rond de bloedvaten waaronder de slagader in de hals het onmogelijk maakten patient te opereren, maar niet dat dit een gevolg is geweest van de eerder toegepaste bestraling.

5.4. Resumerend is het College van oordeel dat er geen aanwijzingen zijn dat de arts heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij behoorde te betrachten ten opzichte van patient dan wel dat er sprake is geweest van enig verwijtbaar handelen of nalaten in de zin van de Wet BIG. De klacht wordt derhalve als ongegrond 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-Walbeek, lid-jurist, prof. dr. J.T. van Dissel, prof. dr. J.H. van Bockel en dr. G.A. Hoffland, leden-artsen, bijgestaan door mr. V.J. Schelfhout-van Deventer, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 22 mei 2012.

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.