

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 12140

Uitspraak: 16 mei 2013

HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS- ZORG

TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 28 augustus 2012 binnengekomen klacht van:

A
wonende te B
klaagster

tegen:

C
Internist/hematoloog
werkzaam te D
wonende te E
verweerster
gemachtigd mr. A.C. de Die te Amsterdam

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift
- het verweerschrift
- de repliek
- een brief van klaagster d.d. 15 december 2012 met als bijlage het onderzoeksverslag van de Inspectie van de Gezondheidszorg, gedateerd 5 december 2012
- de dupliek
- een brief van klaagster met bijlagen d.d. 1 februari 2013.

De klacht is ter openbare zitting van 8 april 2013 behandeld. Klaagster was aanwezig, vergezeld van haar zoon en verweerster bijgestaan door haar gemachtigde.

2. De feiten

In de periode waarop de klacht betrekking heeft, was verweerster fulltime werkzaam in het F als internist/hematoloog. Haar werkzaamheden concentreerden zich op de hematologie in volle breedte, met nadruk op de poli-klinische behandeling en begeleiding van transplantatiepatiënten in het voor- en natraject en (volgens dienstrooster) de klinische behandeling van patiënten. Op 1 december 2010 vond - op doorverwijzing door de behandelend specialist in D - het eerste contact plaats tussen de echtgenoot van klaagster, nader te noemen de patiënt, klaagster en verweerster. De patiënt was bekend met Myelo Dysplastisch Syndroom (MDS), type RCMD (=refractaire cytopenie met multilineage dysplasie). In verband met zijn toenemende klachten als gevolg van deze ziekte, waaronder veelvuldig bloedingen, kreeg de patiënt veel noodzakelijke bloedtransfusies toegediend, die telkens maar kortdurend werkten. Patiënt kwam bij verweerster met de vraag of hij in aanmerking kon komen voor een niet verwante stamceltransplantatie. Verweerster heeft patiënt en klaagster over de voor- en nadelen van een dergelijke ingreep ingelicht en hen een voorlichtingsbrochure meegegeven teneinde zich goed te kunnen oriënteren op een transplantatie als deze. Op 15 december 2010 vond een tweede gesprek plaats waarbij duidelijk werd dat een verwante donor in elk geval niet tot de mogelijkheden behoorde. Afgesproken werd dat verweerster alvast een voorscreening zou doen naar een onverwante donor, voor het geval patiënt tot een transplantatie zou besluiten. Op 25 januari 2011 heeft patiënt gelet op de aanmerkelijke risico's van de aanzienlijke bloedingsneiging, besloten een allogene stamceltransplantatie te willen ondergaan. Stapsgewijs werd vervolgens de procedure voor de ophanden zijnde transplantatie doorlopen. Op 31 maart 2011 heeft een collega van verweerster patiënt verteld dat er een "9 uit 10" donor gevonden was en hem uitgelegd, wat dat betekende voor de behandeling. Tijdens dit gesprek is het informed consent, op 25 januari 2011 mondeling gegeven en gedocumenteerd, bevestigd.

Patiënt is op 27 april 2011 opgenomen. Vanaf het moment van klinische opname heeft verweerster de behandeling overgedragen aan de op dat moment verantwoordelijke supervisor. Op 5 mei 2011 heeft de allogene stamceltransplantatie plaatsgevonden. De behandeling kende een gecompliceerd verloop met name door de verhoogde bloeddruk als gevolg van de bijwerking van het noodzakelijk toegediende afweeronderdrukkend geneesmiddel ciclosporine. Op 23 mei 2011 is patiënt ontslagen. Van 1 juni tot 4 juni 2011 is patiënt weer opgenomen met dehydratie bij verminderde intake als gevolg van misselijkheid. Neoral werd afgebouwd en patiënt werd gerehydrateerd, waardoor de nierfunctie is genormaliseerd.

Van 6 juni tot 27 juni 2011 werd patiënt heropgenomen met gelijke klachten. Daarnaast ontwikkelde patiënt een mucositis en huidafwijkingen. Onderzoek toonde aan dat er sprake was van een acute graft versus host reactie, dat wil zeggen dat het afweersysteem van de donor via de donorcellen het lichaam van de patiënt aanvalt, hetgeen een bekend en veel voorkomend probleem is na stamceltransplantatie. Patiënt is behandeld met prednison en een aangepaste dosering ciclosporine via het infuus. Op de ontslagdatum, 27 juni 2011, is bij patiënt een glucosegehalte van 8.2 mmol/L vastgesteld, zijnde deze licht verhoogde glucosespiegel verklaarbaar als bekende bijwerking van prednison. Op de poli-controle op

29 juni 2011 is patiënt weer gezien door verweerster. Afspraak was dat de prednison zou worden afgebouwd en dat verweerster patiënt op 6 juli weer op de poli terug zou zien. Op

6 juli 2011 maakte patiënt het redelijk goed. De glucosespiegel was nog verhoogd : 15.4 mmol/L. De prednison werd verder verlaagd.

De afgesproken volgende poli-controle op 13 juli 2011 verliep anders dan gebruikelijk, omdat patiënt niet lekker was geworden tijdens het bloedprikken. Verweerster heeft

om die reden patiënt in de wachtruimte bij het lab bezocht, alwaar zij hem grauw en ziek, maar wel in staat om te praten, aantrof. Hij bleek - naar zeggen van klaagster - ondanks veel drinken toch veel dorst te houden. Verweerster heeft toen de reeds beschikbare bloedsuitslagen op haar kamer bekeken en de opdracht gegeven diezelfde dag nog alsnog de glucosespiegel te bepalen, omdat dat nog niet gebeurd was. Verweerster heeft de prednison verlaagd en het afbouwschema van de ciclosporine doorbroken omdat zij na het constateren van een te laag thrombocyten gehalte vreesde voor TTP, een zeer gevaarlijke bijwerking van dat geneesmiddel. Zij heeft daarnaast het antibioticum augmentin voorgeschreven in verband met een mogelijke luchtweginfectie. Toen even later de glucosespiegel 26.5 mmol/L bleek te zijn en zij patiënt daarover wilde informeren, kon zij hem niet meer in het ziekenhuis vinden en ook thuis niet bereiken. Zij heeft toen de huisarts ingelicht en hem verzocht insuline toe te dienen. Ondanks de bijstelling van de insuline door de huisarts bleef patiënt een ontregelde suikerspiegel houden. Vanwege ook een pancytopenie is hij op 15 juli 2011 wederom opgenomen. Tijdens de opname verbeterde het bloedbeeld van patiënt, zodat hij op 15 augustus 2011 in goede conditie werd ontslagen met de afspraak voor een poliklinische vervolgcontrole op 24 en 31 augustus 2011. Patiënt leek op te knappen; eten en drinken ging goed. Begin september verslechterde de gezondheidstoestand weer en op 11 september 2011 werd patiënt wederom opgenomen in verband met koorts en darmklachten. Het beeld was niet direct duidelijk, maar onder de verdenking van het opvlammen van de graft versus host reactie (nader onderzoek en de na overlijden bekend geworden PA uitslag toonde dit ook aan), werd gestart met hoge dosis prednison en antibiotica. Patiënt werd echter toenemend ziek en is overgeplaatst naar de IC, alwaar hij de wens te kennen heeft gegeven de behandeling te staken. Op 22 september 2011 is hij overleden.

3. Het standpunt van klaagster en de klacht

Klaagster is van mening dat informatie is achtergehouden die voor patiënt en voor haar van belang waren om tot een juiste beslissing te kunnen komen al dan niet een stamceltransplantatie te willen ondergaan.

Patiënt en klaagster zijn immers vóór de stamceltransplantatie niet geïnformeerd over het feit dat de donor niet perfect was, zodat zij ook niet de juiste afweging hebben kunnen maken bij de beslissing over het ondergaan van de risicovolle operatie. Zij hadden begrepen dat de donor voor 99% perfect was en er een goede kans was op herstel.

Klaagster is bovendien van oordeel dat patiënt een reële kans op herstel is ontnomen. Met name het feit dat verweerster op 13 juli 2011 alleen op instigatie van klaagster opdracht heeft gegeven de glucosewaarden te laten bepalen, heeft de kans op herstel nadelig beïnvloed, omdat zijn al verzwakte conditie daardoor extra verzwakt is en hem de kans is ontnomen de strijd nog te leveren, die nodig was voor zijn herstel.

Klaagster heeft nog opgeworpen dat de patiënt en zij niet beter wisten dan dat verweerster de hoofdbehandelaar was ook tijdens de klinische opname en dat zij het als zeer hinderlijk en klachtwaardig hebben ervaren dat verweerster voor hen tijdens de ziekenhuisopnamen bij voortdurende onbereikbaar was voor vragen hunnerzijds of voor een gesprek.

Ook heeft klaagster het als zeer slordig ervaren dat in de decursus van 26 januari 2011 het verkeerde lichaamsgewicht (73 kg in plaats van 93 kg) van haar echtgenoot is genoteerd, zeker nu het gewicht van een patiënt bepalend is voor de medicijndosering.

4. Het standpunt van verweerster

Verweerster merkt allereerst op dat bij de tuchtrechtelijke toetsing uitsluitend de beoordeling van haar persoonlijk handelen aan de orde kan zijn. Zij kan niet verantwoordelijk gehouden worden voor de klinische behandeling van de patiënt, omdat de supervisor/zaalarts daarvoor verantwoordelijk is. Zij kan alleen verantwoordelijk gehouden worden voor de poli-klinische behandeling van de patiënt. Zij merkt ook op dat zij niet het gesprek heeft gevoerd met de patiënt op 31 maart 2011, waarin patiënt is meege-deeld dat er niet een perfecte ("10 uit 10") donor gevonden was, maar wel een geschikte "9 uit 10" donor en met hem de consequenties daarvan besproken zijn.

Tijdens alle behandelcontacten met patiënt en klaagster zijn, aldus verweerster, de voor en tegens van een transplantatie en alle risico's en complicaties uitvoerig eerlijk en open met hen besproken. Er is geen enkele informatie achtergehouden. Wachten op een perfecte donor was gelet op patiënt's toestand te risicovol en ook bij het vinden van een perfecte donor zouden er identieke complicaties mogelijk geweest zijn. Ondanks dat de operatie een hoge complicatiekans had, was de ingreep gerechtvaardigd geadviseerd, omdat de overlijdenskans van de patiënt zonder de ingreep 100% was. Een "goede" kans op herstel zal zij niet gezegd hebben, juist omdat de ingreep zo risicovol is.

Patiënt overkwam de uiterst vervelende complicatie van de omgekeerde afstoting (graft versus host), waarbij het lichaam wordt aangevallen door de afweercellen van de donor, hetgeen een bekend risico is van de transplantatie. Ter preventie daarvan wordt ciclosporine voorgeschreven vanaf het moment van transplantatie. Doet zich dan toch de graft versus host reactie voor, dan wordt dit onder andere bestreden met een hoge dosis prednison (waarvoor de glucosespiegel nauwlettend in de gaten gehouden moet worden) en ciclosporine (waarvoor de bloedspiegel nauwlettend in de gaten gehouden moet worden). Ciclosporine kan namelijk weer leiden tot stoornissen van de bloedplaatjes, hetgeen bij patiënt het geval was. Dat betekent een levensbedreigende aandoening, een zelfde en even levensbedreigende aandoening als waarvoor de transplantatie de oplossing had moeten zijn. Om te bezien of de ciclosporine de oorzaak is van de stoornis van de bloedspiegel wordt dit middel dan acuut gestaakt. Dat is protocollair voorgeschreven. Ook hier is dat gebeurd en dus niet verwijtbaar, aldus verweerster. Zowel het bepalen van de bloedspiegel als de glucosebepaling hebben telkens - zowel klinisch als poliklinisch - plaatsgevonden.

Dat er op 13 juli 2011 niet op glucose was geprikt, kan mogelijk liggen aan het feit dat patiënt tijdens het bloedprikken niet goed was geworden; zeker niet aan het feit dat het niet was aangevraagd. De verslechtering van de toestand van patiënt had alles te maken met de complicatie van de graft versus host reactie, hetgeen ook bevestigd is door de PA-uitslag na zijn overlijden. Verweerster heeft geen eenduidige verklaring voor het feit dat het gewicht van patiënt naar alle waarschijnlijkheid inderdaad foutief in de decursus is vermeld, maar merkt op dat dit zonder gevolgen voor de patiënt is gebleven, omdat juist om consequenties van een dergelijke onnauwkeurigheid te voorkomen het veiligheidsprotocol voorschrijft dat vlak voor de stamceltransplantatie patiënt nog wordt gewogen, teneinde daarop de juiste medicatie (de chemotherapie, de ciclosporine enz.) af te stemmen, hetgeen in dit geval ook is gebeurd.

Verweerster en haar collega's hebben er alles aan gedaan wat redelijkerwijs mogelijk was in de zich voordoende situatie. Haar persoonlijk handelen treft geen tuchtrechtelijk verwijt.

5. De overwegingen van het college

Tussen partijen is niet in geschil dat patiënt en klaagster doordrongen waren van het feit dat een stamceltransplantatie een zeer ingrijpende behandeling was met een kans op overlijden.

Het college acht, gelet op het verloop van de gevolgde procedure, als hierboven onder de feiten weergegeven, patiënt en klaagster voldoende voorgelicht over de consequentie van een niet verwante donor en over de kwaliteit van een donor met een status van “9 uit 10”, zijnde dit overigens ook een zeer geschikte donor. Het college leidt dit af uit de aantekeningen in het dossier van het consult door een collega van verweerster op 31 maart 2011. Dat patiënt en klaagster het percentage van 99 in verband hebben gebracht met de kwaliteitsnorm van de donor, valt mogelijk te verklaren doordat dit het percentage is dat iets zegt over het chimerisme dat refereert aan het percentage donorcellen in het bloed en niets zegt over de kwaliteit van een donor of over de kans van slagen van de transplantatie.

Klaagster tilt er zwaar aan dat de glucosebepaling op 13 juli 2011 later heeft plaatsgevonden en dan nog omdat zij daartoe het initiatief nam. Verweerster heeft een andere lezing, die hierop neerkomt dat zij zag dat de glucosebepaling, die normaal een uur voor het consult plaatsvindt, niet had plaatsgevonden, waarop zij de glucosespiegel met spoed heeft laten bepalen. Het college is niet in staat te beoordelen, welke lezing de juiste is zodat het college ook niet kan beoordelen of aan verweerster een verwijt kan worden gemaakt.

Dat die waardebepaling iets later op die dag heeft plaatsgevonden dan aanvankelijk bedoeld, heeft overigens voor de patiënt in medisch opzicht geen gevolg kunnen hebben en heeft medisch gezien ook geen invloed kunnen hebben op de kans op herstel.

Het college acht aannemelijk dat verweerster, toen voor het eerst de transplantatie als een reële mogelijkheid ter sprake is gekomen, een foutief lichaamsgewicht in de decursus van patiënt heeft genoteerd. Nu die notering op een later moment gecorrigeerd is als gevolg van de gevolgde veiligheidsprocedure en voor patiënt zonder enig gevolg is gebleven, acht het college dit onnauwkeurig handelen evenmin tuchtrechtelijk verwijtbaar.

Het college wenst overigens in zijn algemeenheid nog wel op te merken dat uitdrukkelijke voorlichting aan patiënten over wie de feitelijke hoofdbehandelaar / verantwoordelijke / aanspreekpunt bij de verschillende fasen van de behandeling (operaties) is, aandacht behoeft, zeker wanneer er een overdracht van poliklinische naar klinische behandeling plaatsvindt, er bij een behandeling als deze meerdere artsen betrokken zijn, die ieder hun eigen accent op de behandeling leggen en een ingreep als deze over het algemeen een langdurig verloop kent. Verwarrend voor klaagster zal geweest zijn dat verweerster, goed bedoeld en tekenend voor haar betrokkenheid bij het ziekteproces van patiënt, met een zekere regelmaat patiënt heeft bezocht om te bezien hoe het hem verging. Maar een persoonlijk tuchtrechtelijk verwijt is verweerster, niet zijnde verantwoordelijk voor de klinische periode, daarvan zeker niet te maken.

Het college betreurt de slechte afloop van de behandeling en heeft er begrip voor welke impact de ingrijpende behandeling op patiënt en zijn naasten, met name klaagster, heeft gehad, maar samenvattend dienen de klachtonderdelen om reden als hierboven weergegeven, als zijnde ongegrond te worden afgewezen,

6. De beslissing

Het college:

- wijst de klacht af.

Aldus beslist door mr. H.P.H. van Griensven als voorzitter, mr. E.J.M. Walstock-Krens

als lid-jurist, dr. C. van der Heul, A. Pfaff en M. Bonnet als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van mr. C.W.M. Hillenaar als secretaris en in het openbaar uitgesproken op 16 mei 2013 in aanwezigheid van de secretaris.