

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: G2012/120

Rep. nr. G2012/120

4 juni 2013

Def. 055

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE GRONINGEN

Het College heeft het volgende overwogen over en beslist op de op 6 november 2012 binnengekomen klacht van:

A (1),
en
B (2),
beiden wonende te C,
klagers,

tegen

D,
longarts,
werkzaam te E,
verweerder,
BIG reg. nr. -,
gemachtigde: mr. I.M.I. Apperloo.

1. Verloop van de procedure

Het College heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift van 20 oktober 2012 met vijftien bijlagen, waaronder vier cd-rom's, ingekomen op 6 november 2012;
- het verweerschrift van 11 februari 2013 met één bijlage, ingekomen op 12 februari 2013;
- het proces-verbaal van het mondeling vooronderzoek, gehouden op 14 maart 2013 door mr. drs. W.J. de Boer;
- de brief van klagers van 30 maart 2013 met twee bijlagen, ingekomen op 3 april 2013.

De klacht is behandeld ter openbare zitting van 9 april 2013. Verschenen zijn klagers en verweerder, bijgestaan door zijn gemachtigde.

Ter zitting is als deskundige gehoord: prof. dr. Hendrik Christiaan Hoogsteden, hoogle-
raar longziekten te Rotterdam, voormalig intensivist.

Ter zitting zijn als getuigen gehoord: F, longarts te G, en H, internist te G.

2. Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van de klacht gaat het College uit van de volgende feiten, die als erkend dan wel enerzijds gesteld en anderzijds niet of onvoldoende betwist vaststaan.

Wijlen mevrouw I (geboren op xx-xx-xx, hierna patiënte te noemen), echtgenote van klager sub 1 en moeder van klager sub 2, was vanaf 1993 bekend met *chronic obstructive pulmonary disease* (COPD). De COPD werd in 1996 als ernstig gekwalificeerd.

Patiënte is op 23 oktober 2007 door haar huisarts, J, verwezen naar de internist, K, vanwege bovenbuikklasten. Er werd een röntgenfoto van de thorax gemaakt en gastroscopisch onderzoek gedaan. Afwijkingen werden niet vastgesteld.

Eind oktober 2007 heeft opnieuw een röntgenonderzoek van de thorax plaatsgevonden. Daarbij werd een COPD-beeld waargenomen. In verband met de toename van de COPD-klachten heeft de huisarts van patiënte haar eind januari 2008 naar verweerder verwezen.

Het eerste consult bij verweerder vond plaats op 14 maart 2008. Verweerder stelde de diagnose COPD Gold klasse IV. Besloten werd tot een behandeling van patiënte met antibiotica en prednison en een poliklinisch revalidatietraject werd gestart.

Een volgend consult bij verweerder vond plaats op 29 april 2008. Op 29 mei 2008 werd besloten patiënte individuele fysiotherapie aan te bieden. Op 30 juni 2008 vond wederom een consult bij verweerder plaats. Op 20 juli 2008 volgde een telefonisch consult en op 21 oktober 2008 een consult op de polikliniek in het L te E. Ultimo 2008 is patiënte verwezen voor osteopathiebehandeling.

Op 24 juli 2009 is voor het eerst de mogelijkheid van bronchoscopische longvolume reductie (LVR) met patiënte besproken. Patiënte werd daartoe verwezen naar het M. Op 24 augustus 2009 heeft F, als longarts werkzaam in het M, patiënte onderzocht. F heeft op 27 augustus 2009 geoordeeld dat patiënte op dat moment in verband met frequente exacerbaties (tussentijdse opvlammingen van COPD-klachten) niet in aanmerking kwam voor een LVR-ingreep. Voor de eerste zes maanden werd medicamenteuze behandeling met Azithromycine voorgeschreven en werd patiënte weer naar verweerder teruggewezen.

Op 6 maart 2010 heeft de huisarts van patiënte laten weten dat hij haar geschikt achtte voor een LVR-ingreep. Daarover is door klagers telefonisch overleg geweest met het M. De huisarts van patiënte heeft ook verweerder verzocht daarover met het M contact te zoeken. In het M werd geoordeeld dat sprake was van een te hoog prednisongebruik en dat patiënte zich weer met verweerder diende te verstaan.

Op 16 maart 2010 vond weer een consult plaats bij verweerder. Er werd vastgesteld dat frequent sprake was van exacerbaties en dat patiënte voor een LVR-ingreep nog ongeschikt was. Afgesproken werd dat de ontwikkeling van de medische toestand van patiënte drie maanden zou worden aangezien.

Patiënte is van 17 februari 2011 tot 28 februari 2011 opgenomen geweest in het L. Bij haar behandeling was vanwege de vakantie van verweerder aanvankelijk een andere longarts dan verweerder betrokken. Voorts werden een cardioloog en een neuroloog geconsulteerd. Tijdens die opname is de mogelijkheid van een longtransplantatie besproken.

Op 24 maart 2011 vond weer een consult plaats bij verweerder in verband met toegenomen dyspneu (benauwdheid). Een verwijzing naar het M voor een beoordeling van de vraag of een longtransplantatie mogelijk was, resulteerde in een afspraak in het M op 26 april 2011. Deze afspraak is niet doorgegaan vanwege een spoedopname van patiënte in het L op 18 april 2011 vanwege een cerebraal vasculair accident (CVA). Op 21 april 2011 was sprake van een totale respiratoire insufficiëntie, terwijl patiënte bovendien werd getroffen door een NORO-virusbesmetting. Het al eerder afgesproken beleid om niet te reanimeren werd gecontinueerd. Op 23 april 2011 werd de non-invasieve behandeling beëindigd en op 24 april 2011 werd patiënte overgeplaatst naar de afdeling longziekten. Verweerder en de intensivist in het L waren van oordeel dat een longtransplantatie vanwege de toestand van patiënte inmiddels was uitgesloten. Patiënte werd op 11 mei 2011 uit het ziekenhuis ontslagen en haar werd geadviseerd voor revalidatie naar N te gaan. Patiënte gaf er de voorkeur aan thuis te blijven.

Op 31 mei 2011 heeft H, internist in het M en lid van het longtransplantatieteam, de mogelijkheid van een longtransplantatie onderzocht. Zijn oordeel was dat patiënte vanwege haar leeftijd en vanwege het CVA daarvoor ongeschikt was. Er is nog besproken of een LRV-ingreep in de nabije toekomst mogelijk zou zijn. H liet weten dat hij daarover niet optimistisch was. Voorts werd besproken dat patiënte voor revalidatie het O zou kunnen bezoeken.

Nadat patiënte thuis was teruggekeerd, werd zij getroffen door ernstige exacerbaties. Op 1 juni 2011 werd zij per ambulance naar het L gebracht. Naast verweerder werd de geriater in consult geroepen. Haar toestand werd als zeer kritisch aangemerkt, hoewel later verbetering intrad. Op 15 juni 2011 werd boezemfibrilleren vastgesteld. Patiënte werd medicatie toegediend voor de bevordering van een adequaat hartritme. Klagers hebben rond de laatstgenoemde datum verzocht dat een andere longarts in het L dan verweerder de behandeling van patiënte op zich zou nemen.

Op 21 juni 2011 is patiënte overgebracht naar het O. In verband met ernstige respiratoire insufficiëntie is zij op 13 juli 2011 met spoed overgebracht naar de intensive care afdeling van het M. Aldaar is zij op xx-xx-xx is overleden.

3. De klacht

Klagers verwijten verweerder in algemene zin dat hij patiënte inadequaat heeft behandeld. Meer specifiek houdt het verwijt het hierna volgende in.

- Verweerder is inactief geweest, hij is niet uit eigener beweging maar steeds pas nadat klagers daarom hadden verzocht opgetreden en heeft getreuzeld met het tijdig nemen van de medisch aangewezen maatregelen, met name een LVR-ingreep onderscheidenlijk een longtransplantatie, als gevolg waarvan patiënte op een gegeven moment niet meer behandeld kon worden.
- Verweerder heeft een niet-reanimatie aantekening in het dossier van patiënte geplaatst en te kennen gegeven dat patiënte in een voorkomend geval niet meer op de intensive care afdeling zou worden opgenomen;
- Verweerder heeft zich ervoor ingezet patiënte, na een verblijf op de afdelingen intensive care en geriatrie, op zijn afdeling op te nemen, terwijl de verpleegkundige geriatrie, anders dan de verpleegkundige longziekten, goed met het delier van patiënte kon omgaan.

4. Het verweer

Verweerder betwist dat de door hem geleverde zorg en de toegepaste behandelingen niet adequaat zijn geweest. In het bijzonder heeft verweerder het volgende aangevoerd.

- Hij heeft veel tijd aan patiënte besteed en een weloverwogen behandeltraject uitgevoerd. Patiënte leed aan een zeer ernstige, progressieve longziekte waarvan zij niet kon herstellen, zodat verweerder slechts kon proberen de ziekteverschijnselen zoveel als mogelijk in te perken. Een LVR-ingreep onderscheidenlijk een longtransplantatie, waren vanwege de medische toestand van patiënte telkens niet mogelijk. Aanvankelijk was haar conditie daarvoor te goed, later was zij daarvoor niet stabiel genoeg; na het CVA kwam zij voor die ingrepen in het geheel niet meer in aanmerking.
- Reanimatie zou medisch gezien niet meer zinvol meer zijn geweest, hetgeen verweerder heeft geprobeerd aan klagers uit te leggen.
- Patiënte is na haar verblijf op de intensive care afdeling voor optimale zorg op de longafdeling geplaatst, meteen toen het plaatsgebrek daar was opgeheven.

5. Beoordeling van de klacht

5.1

Het College beoordeelt de klacht en wat daartegen is aangevoerd mede op basis van de verklaringen van de deskundige en de getuigen. Die verklaringen zijn, voor zover zij betrekking hebben op de vragen welk medisch handelen *lege artis* (volgens de regelen der kunst) telkens was aangewezen en welke beslissingen *lege artis* telkens moesten of konden worden genomen, door partijen niet bestreden en worden door het College onderschreven.

5.2

Vast staat dat patiënte last had van een ernstige luchtwegobstructie en dat zij was ingedeeld in de zwaarste klasse COPD, namelijk klasse IV. Zij had frequent last van exacerbaties en werd daarvoor behandeld met steroïden, antibiotica en luchtwegverwijders. Wat betreft de vraag of verweerder meer had moeten aansturen op een LVR-ingreep, is het volgende van belang. Zoals F heeft uiteengezet, is een LVR-ingreep geen reguliere ingreep die bij iemand zoals patiënte, een bewezen positief effect heeft. De ontwikkeling ervan verkeert nog in de experimentele fase. De ingreep is ook niet gericht op levensverlenging, maar is een uiterste poging om patiënten meer lucht te geven, zo heeft F verklaard. Uit de verklaringen van prof. dr. Hoogsteden en F moet verder worden afgeleid dat patiënte in de periode dat zij werd behandeld door verweerder, niet voor een LVR-ingreep of voor een longtransplantatie in aanmerking kwam vanwege onvol-

doende goed longweefsel, haar type longemfyseem en de frequente exacerbaties. Patiënte zou door een LVR-ingreep juist zeker worden, met een zeer grote kans op onder meer longontsteking. Een longtransplantatie is een zeer gecompliceerde operatie en had het overlijden van patiënte op korte termijn niet kunnen voorkomen, zo is door F en prof. dr. Hoogsteden uiteengezet. Als een patiënt te vroeg op de transplantatielijst wordt gezet, worden hem of haar levensjaren ontnomen, zo hebben zij beiden verklaard. Patiënte kwam niet voor longtransplantatie in aanmerking in verband met ondergewicht, haar leeftijd - zij was 64 jaar toen de vraag naar de mogelijkheid van een longtransplantatie werd overwogen en de grens ligt bij 65 jaar - en osteoporose (botontkalking), wat een groot risico op complicaties met zich zou hebben gebracht. Patiënte zou bovendien te weinig spierkracht hebben gehad om na de operatie weer zelf te gaan ademen, wat zou leiden tot een aanzienlijke kans op complicaties als longontsteking en doorliggen, aldus nog steeds prof. dr. Hoogsteden en F. Later kreeg patiënte, zo hebben zij verklaard, last van hartritmestoornissen en na het CVA was een longtransplantatie uitgesloten.

5.3

Volgens de te dezen toepasselijke Richtlijn Keten zorg COPD en de Zorgstandaard COPD, dient maximale therapie te worden toegepast. Vastgesteld moet worden dat het behandelbeleid van verweerder steeds op stabiliseren van patiënte was gericht. Lettend op de hiervoor besproken verklaringen van prof. dr. Hoogsteden en F, ziet het College geen aanwijzingen om aan te nemen dat verweerder bepaalde behandelingen aan patiënte heeft onthouden of anderszins nalatig is geweest in het behandelen van patiënte. Uit de verklaringen van prof. dr. Hoogsteden en F is af te leiden dat er in de gegeven omstandigheden geen reële andere behandelmogelijkheden voor patiënte bestonden. Het College heeft evenmin aanwijzingen dat de controlefrequentie te laag was, nu een controle slechts nodig is wanneer een verandering in de situatie verwacht kan worden, zoals bij een toename van klachten, het vermoeden dat de therapie niet aanslaat of wanneer het zuurstofgehalte in het bloed te laag is. Patiënte was in het begin stabiel slecht en had driemaal achtereenvolgende dezelfde waarden bij de halfjaarlijkse controles. Toen zich veranderingen in de situatie van patiënte voordeden, heeft verweerder de frequentie van de controles opgevoerd. Er zijn geen aanwijzingen die erop duiden dat verweerder eerder een CT-scan had moeten laten maken of andere onderzoeken had moeten doen of ingrepen had moeten verrichten.

5.4

Het College is van oordeel dat verweerder bij zijn - wijze van - behandeling van patiënte de geldende voorschriften en richtlijnen in acht heeft genomen. Er zijn geen aanwijzingen dat hij in medisch-vakkundig opzicht tekort is geschoten of dat hij heeft getreuzeld met het toepassen van een behandeling, waardoor een aangewezen behandeling van patiënte later onmogelijk werd. Voorts stelt het College vast dat verweerder telkens ruimschoots de tijd heeft genomen om klagers en patiënte te woord te staan. De indruk van klagers dat verweerder geen acht sloeg op hetgeen zij hem onder de aandacht brachten, vindt geen grond in de feiten die in deze zaak naar voren zijn gekomen.

5.5

De conclusie is dat het eerste hiervoor als specifiek aangeduid onderdeel van de klacht ongegrond dient te worden verklaard.

5.6

Of het medisch gezien zinvol was om patiënte na haar opname in het L op 18 april 2011 te reanimeren, is tussen de intensivist en verweerder besproken. Zij waren van oordeel dat het in de situatie waarin patiënte zich toen bevond, wellicht mogelijk zou zijn geweest om zo nodig te intuberen, maar, gelet op hetgeen prof. Hoogsteden heeft verklaard, moet er vanuit worden gegaan dat patiënte toen te weinig spierkracht had om daarna weer op eigen kracht te kunnen ademen. Het College concludeert dan ook dat een eventuele reanimatie om die reden niet alleen medisch gezien niet zinvol zou zijn geweest, maar - in verband met te verwachten complicaties - ook niet verantwoord.

5.7

De conclusie moet dan ook zijn dat de beslissing een niet-reanimatiebeleid te handhaven op goede gronden is genomen en dat het tweede hiervoor als specifiek aangeduid onderdeel van de klacht ongegrond dient te worden verklaard.

5.8

In verband met plaatsgebrek op de longafdeling werd patiënte na haar aanvankelijk verblijf na de opname op 18 april 2011 op de afdeling intensive care, tijdelijk op de afdeling geriatrie geplaatst. Nadat er een plaats op de longafdeling was vrijgekomen, heeft verweerder bewerkstelligd dat patiënte daar werd geplaatst. Deze handelwijze komt het College voor de behandeling van een COPD-patiënt alleszins verantwoord voor. Dat sprake zou zijn geweest van handelen door verweerder in strijd met het belang van patiënte acht het College niet aannemelijk. Daaraan doet niet af dat, zoals klagers hebben aangevoerd, de verpleegkundige geriatrie ook goed met het delier van patiënte kon omgaan.

5.9

Daaruit volgt dat ook het derde hiervoor als specifiek aangeduid onderdeel van de klacht ongegrond dient te worden verklaard.

6. Slotsom

Nu de klacht, zowel in haar algemene zin als in haar specifieke onderdelen faalt, zal deze ongegrond worden verklaard.

7. Beslissing

**Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen:
verklaart de klacht ongegrond en wijst de klacht af.**

Aldus gegeven door:

prof. mr. J.H.M. Willems, voorzitter,
mw. mr. dr. R.H. de Bock, lid-jurist,
dr. C. Halma, lid-geneeskundige,
drs. R. van der Eijk, lid-geneeskundige,
mw. drs. S.C.J. van Hoof, lid-geneeskundige,
bijgestaan door mw. mr. Y.M.C. Bouman, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 4 juni 2013 door mw. mr. J.G.W. Lootsma-Oude Nijeweme, voorzitter, in tegenwoordigheid van voornoemde secretaris.

De secretaris:

De voorzitter:

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, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover 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 Groningen, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.