

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2022/1404

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE

voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2022/1404 van:

A., wonende te B., appellant, klager in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. M. Gümüs te Dordrecht,

tegen

J., longarts, destijds werkzaam te B., verweerster in beide instanties, gemachtigde: D. te B..

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klager - heeft op 19 augustus 2021 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen J. - hierna de longarts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 24 mei 2022, onder nummer A2021/3357 heeft dat College de klacht kennelijk ongegrond verklaard. Klager is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De longarts heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaken C2022/1402, C2022/1403 en C2022/1405 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 10 mei 2023, waar zijn verschenen klager, bijgestaan door zijn gemachtigde, en de longarts (via beeldverbinding), bijgestaan door haar gemachtigde.

D. heeft de standpunten van de longarts toegelicht aan de hand van spreekantekeningen die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“2. Waar gaat de zaak over?

2.1 Klager heeft zich op 11 oktober 2016 met klachten van kortademigheid gemeld bij de Spoed Eisende Hulp (SEH) van het ziekenhuis waar de longarts werkzaam is. In 2010 was in een ander ziekenhuis een diafragma parese (verlamming van het middenrif) aan de linkerzijde vastgesteld, waarvoor destijds geen oorzaak was gevonden.

2.2 Omdat een echo van het middenrif aantoonde dat beide zijden van het middenrif bijna niet bewogen en uit bloedonderzoek bleek dat sprake was van lage zuurstofwaarden en een te hoge koolzuurwaarde, is klager in het ziekenhuis opgenomen voor verder onderzoek en voor ondersteuning van de ademhaling. Er is een röntgenfoto van de borstkas gemaakt, tweemaal een CT-scan, een PET-CT-scan en er is longfunctieonderzoek verricht. Ook is bloedonderzoek gedaan naar de aanwezigheid van een mogelijke virusinfectie. Klager is verder door de neuroloog gezien, die een EMG heeft laten maken. Er is geconstateerd dat het middenrif aan beide zijden te hoog stond (wat een teken is van een dubbelzijdige verlamming), maar daar is geen verklaring voor of oorzaak van gevonden.

2.3 Klager is van 13 tot 16 oktober 2016 opgenomen geweest op de Intensive Care (IC) en van 16 tot 24 oktober 2016 op de verpleegafdeling Longziekten. Op 24 oktober 2016 is klager naar huis ontslagen. De longarts heeft tijdens de opname van klager op de verpleegafdeling enkele dagen de supervisie over de aan klager verleende zorg gehad. In de brief aan de huisarts van 27 oktober 2016 heeft de longarts over de ziekenhuisopname van klager onder meer geschreven (alle citaten zijn inclusief type- en taalfouten):

“49-jarige man presenteert zich op de spoedeisende hulp met dyspnoe en hypoxie, m.n. bij platliggen. Op de thoraxfoto wordt een bilaterale diafragma hoogstand gezien. Op de SEH wordt een echo verricht die geen beweging van beide diafragmata laat zien, passend bij een bilaterale parese. Patiënt wordt opgenomen en klinisch ingesteld op non invasieve beademing. Tijdens opname wordt een uitgebreide analyse omtrent de bilaterale diafragma parese ingezet (zie boven) waaruit tot op heden echter geen oorzaak voor de nieuwe parese bleek. Bij navraag bleek er al langere tijd elders een hoogstand van het diafragma links e.c.l. bekend te zijn. Virologie en microbiologie bleef negatief. Op de CT scan en later PET scan werd een bronchogene cyste rechtsparatracheaal gezien. Na uitvoerig overleg met de radioloog bleek dit geen verklaring voor de parese en beschouwen wij dit als een toevallsbevinding, omdat dit niet de locatie is waar men de nervus phrenicus zou verwachten. Een EMG van de plexus brachialis rechts toont een enkele afwijking wordt gevonden, echter helaas verklaard ook dit de hoogstand niet. Het klinisch instellen op NIV gaat moeizaam, patiënt heeft moeite met het wennen en accepteren van de nieuwe situatie. Patiënt wordt in goede conditie ontslagen en zal poliklinisch worden vervolgd door de longarts, de neuroloog en het centrum voor thuisbeademing. Tijdens opname valt een hoge bloeddruk op waarvoor wordt gestart met perindopril 1dd4mg.”

2.4 Het advies aan klager bij ontslag was om een mogelijk spontaan herstel af te wachten en ondertussen thuis behandeld te worden met ademhalingsondersteuning onder begeleiding van het Centrum voor Thuisbeademing (CTB). Klager is daarbij van november 2016 tot en met april 2017 poliklinisch door de longarts gevolgd op de polikliniek Longziekten in samenspraak met de behandelaars van het CTB. Daarna is de zorg voor klager volledig overgedragen aan het CTB.

2.5 Op 27 januari 2017 is klager door de longarts verwezen voor een second opinion. In de verwijzing heeft de longarts onder meer geschreven:

“Bij patient is sprake van een bilaterale diafragma parese, waarbij links een aantal jaar eerder aangedaan was dan rechts. Hierbij is hij 's nachts, en een aantal uur overdag afhankelijk van non-invasieve ventilatie waarbij hij dan goed gesatureerd en niet-hypercapnisch is. Na uitgebreide analyse door zowel longziekten als neurologie lijkt een post-virale oorzaak het meest waarschijnlijk, waarbij er op het moment van schrijven nog geen enkele verbetering waarneembaar is.

Ook op verzoek van patient wil ik hem verwijzen voor een second opinion ten aanzien van de behandelmogelijkheden voor zijn diafragma dysfunctie met hierbij de vraag of diafragma stimulatie een zinvolle behandeloptie zou kunnen zijn.”

2.6 Op 7 april 2017 heeft de longarts de huisarts onder meer bericht als volgt:

“Ik besprak opnieuw uitgebreid met patiënt dat wij qua dd denken aan den wel een virale oorzaak, dan wel toch een amyotrofische neuralgie, bij uitsluiting van een groot aantal andere oorzaken. Voor beide oorzaken is nu niet een kant-en-klare oplossing en ons advies is om nu expectatief te blijven en op termijn te beoordelen of hij in aanmerking komt voor diafragmachirurgie bij uitblijven van spontane verbetering. In de tussentijd zullen controles door de longartsen van het centrum voor

thuisbeademing worden verricht. Patient geeft aan erg ontevreden te zijn over de gang van zaken, met name het uitblijven van een diagnose of gerichte behandeling frustrereert hem bovenmate.

Echter, hij geeft aan nu geen gebruik te willen maken van een mogelijkheid tot een 2nd opinion bij een collega in het [ziekenhuis], dan wel elders, nadat het verwijzing naar het [ander ziekenhuis] en het ontbreken van behandelopties aldaar hem erg teleurstelden. Verder besprak ik of begeleiding, zowel psychologisch als fysiek, bijvoorbeeld in de vorm van een revalidatie traject geïndiceerd is, echter patiënt voelt daar nu niets voor. In overleg met de artsen van het centrum voor thuisbeademing spraken wij af dat de verder follow up van de diafragma-paralyse en NIV primair bij het CTB zal plaatsvinden. Op dit moment is er geen additionele indicatie voor policonroles Longziekten. (...)"

2.7 Mede namens de behandelend arts van het CTB heeft de longarts klager op 13 april 2017 verwezen naar een diafragma chirurg om te onderzoeken of operatief ingrijpen op dat moment mogelijk en wenselijk was. De arts van het CTB heeft op 12 april 2018 onder meer in het medisch dossier genoteerd:

"Bij chirurg [naam diafragma chirurg] geweest in dec 2017 voor intake. Twijfelt over wat hij moet doen. Heeft bij andere artsen (familieleden/kennissen) overleg gehad omtrent zijn situatie en wacht op meer keuzes en advies omtrent beste keuze. [Naam diafragma chirurg] is hiervan op de hoogte."

Op 28 mei 2018 heeft de arts van het CTB onder meer in het medisch dossier genoteerd:

"Geeft aan voorlopig geen diafragma OK te willen."

2.8 Klager is op 13 februari 2019 in Istanbul geopereerd aan het middenrif. In het medisch dossier is als pre- en post-operatieve diagnose genoteerd: "Disorders of diaphragm" en als uitgevoerde operatie: "Diaphragmatic Evantration Correction Side: Right Incision: Type 1: Open". Uit het operatieverslag blijkt dat een diafragmaplicatie ("diaphragm plication") heeft plaatsgevonden aan de rechterzijde.

2.9 In het medisch dossier is op 22 september 2020 onder meer genoteerd:

"CT thorax blanco 17-9-2020 Forse breuk rechts lateraal in de thoraxwand tussen costa 7 en 8 met hernatie van longweefsel, diafragma en vetweefsel. De breukpoort is in axiale richting ca. 10 cm en in sagittale richting minimaal 9 cm (niet volledig afgebeeld). (...)"

2.10 Op 19 januari 2021 is onder meer in het medisch dossier genoteerd:

"- Chronische hypercapnische respiratoire insufficiëntie bij diafragmasydfunctie rechts bij waarschijnlijk een post-virale oorzaak, dan wel een neuralgie (gezien de geringe plexusleesie)

Status na diafragma-plicatie rechts in een ziekenhuis in G. gecompliceerd door een laterale thoraxwand defect met hernatie van longweefsel, diafragma en mesenteriaal vetweefsel

- Na een intercollegiaal overleg met [naam] cardio-thoracaal chirurg werd besloten om patiënt door te verwijzen naar [naam diafragma chirurg] in (...) voor een hersteloperatie

Het blijkt later dat patiënt deze afspraak heeft afgezegd

Hij wil voor een hersteloperatie na de COVID-19 pandemie teruggaan naar de chirurg in G. die de operatie in 2019 heeft verricht"

2.11 Klager wordt nog steeds door het CTB behandeld en poliklinisch gevolgd.

3. Wat houdt de klacht in?

Klager verwijt de longarts dat zij tekort geschoten is in de nakoming van de behandelovereenkomst met klager. Er is een verkeerde diagnose gesteld zonder

deugdelijk en zorgvuldig onderzoek te doen, in vervolg waarop een verkeerd behandelbeleid is ingesteld.

4. Wat is het verweer?

De longarts heeft verweer gevoerd. Het college zal hierna, voor zover nodig, ingaan op hetgeen de longarts heeft aangevoerd.

5. Wat zijn de overwegingen van het college?

5.1 Het college komt tot de conclusie dat de longarts niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Het college licht dat als volgt toe.

Welke criteria gelden bij de beoordeling?

5.2 Het college stelt voorop dat de vraag die moet worden beantwoord is of de longarts de zorg heeft verleend die van haar mocht worden verwacht. De norm daarvoor is 'de redelijk bekwame en redelijk handelende' longarts. Het college gaat daarbij uit van de geldende beroepsnormen en wetenschappelijke inzichten op het moment van de zorgverlening. Het gaat voorts om persoonlijke verwijtbaarheid van de longarts bij de behandeling van klager. De longarts kan geen verwijt worden gemaakt van (medisch) handelen of nalaten door anderen.

Betrokkenheid van de longarts

5.3 De longarts is betrokken geweest bij de diagnosestelling en de behandeling van klager in het ziekenhuis. Daarna heeft zij klager nog poliklinisch begeleid tot en met april 2017, toen klager met ademhalingsondersteuning thuis behandeld werd.

De uitgevoerde onderzoeken

5.4 Uit het medisch dossier blijkt dat de betrokken behandelaars zeer uitvoerig onderzoek hebben gedaan naar de klachten waarmee klager zich op 11 oktober 2016 op de SEH heeft gemeld en naar de mogelijke oorzaak daarvan. Alle beschikbare middelen, zoals bloedonderzoek, longfunctieonderzoek, echo van de diafragma, CT-scan(s) en een PET-scan zijn daarbij gebruikt. Ook de neuroloog is in consult geroepen. Die heeft een EMG laten maken. Van de uitgevoerde onderzoeken kan naar het oordeel van het college beslist niet worden gezegd dat deze onvoldoende, onvolledig of ondeugdelijk zijn geweest. Het feit dat er uiteindelijk geen (duidelijke) oorzaak voor de verlamming van het middenrif bij klager is gevonden, maakt dat niet anders. Het is nu eenmaal niet altijd mogelijk om ondubbelzinnig vast te stellen wat de oorzaak is van een middenrif verlamming. Het college is van oordeel dat bij het verrichten van onderzoek naar de klachten van klager en de oorzaak van die klachten geen sprake is van enig tuchtrechtelijk verwijtbaar tekortschieten van de longarts.

De diagnose

5.5 Op basis van de uitgevoerde onderzoeken is als diagnose gesteld dat bij klager sprake was van een dubbelzijdige verlamming van het middenrif. In 2010 was in een ander ziekenhuis al vastgesteld dat toen sprake was van een linkszijdige verlamming van het middenrif, waarvoor men destijds (evenmin) de oorzaak heeft kunnen vaststellen. Een eenzijdige verlamming van het middenrif hoeft geen benauwdheidsklachten op te leveren. In dat geval is een specifieke behandeling niet nodig. In 2016 had klager echter wel aanzienlijke benauwdheidsklachten. Het onderzoek wees uit dat nu niet alleen aan de linkerzijde (nog steeds) sprake was van een verlamming, maar ook aan de rechterzijde.

5.6 Klager stelt dat de gestelde diagnose niet juist is, omdat de chirurg in E. in 2019 zou hebben geconstateerd dat slechts sprake zou zijn van een eenzijdige verlamming. Het college kan dat aan de hand van de G.-se medische gegevens uit het dossier niet vaststellen. In G. is in ieder geval de rechtszijdige verlamming vastgesteld, die in 2016 ook door de behandelaars in Nederland (voor het eerst) is gediagnosticeerd. Daarvoor is klager in 2019 in G. ook geopereerd. Over de linker zijde wordt in de G.-se

medische gegevens geen (duidelijke) melding gemaakt, terwijl de linkszijdige verlamming in Nederland reeds twee maal, namelijk in 2010 en in 2016 was vastgesteld. Het college is van oordeel dat de G.-se medische informatie de stelling van klager over een verkeerde diagnose niet bevestigt, terwijl het dossier daarvoor ook geen andere aanknopingspunten biedt. Tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen of nalaten door de longarts kan het college niet vaststellen.

De behandeling

5.7 Ook de behandeling van klager vanaf zijn ontslag uit het ziekenhuis is naar het oordeel van het college volgens de geldende normen geweest. Er was sprake van een dubbelzijdige verlamming van het middenrif (dubbelzijdige hoogstand van het diafragma), waarvoor geen duidelijke oorzaak is gevonden. In zo'n situatie is het gebruikelijke beleid om (met ademhalingsondersteuning) gedurende 1 tot 2 jaar af te wachten en te bezien of er spontaan herstel optreedt. Omdat spontaan herstel mogelijk is enerzijds en operatief ingrijpen risico's met zich meebrengt en zeker niet altijd resultaat oplevert anderzijds, wordt niet snel besloten tot operatief ingrijpen.

5.8 Het college begrijpt dat het voor klager lastig is geweest (en nog steeds zal zijn) om met de situatie om te gaan en dat klager heeft gezocht naar mogelijkheden om toch actief (en dus niet door afwachten) iets aan zijn klachten te doen. Het college ziet ook dat de longarts heeft geluisterd naar klager en zijn onvrede met de situatie serieus heeft genomen. Zij heeft constructief meegedacht met klager door hem voor een eerste second opinion te verwijzen naar een specialist in een ziekenhuis. Toen deze second opinion geen openingen bleek te bieden heeft ze met klager bekeken welke alternatieven hem mogelijk nog konden helpen. Uiteindelijk heeft zij, mede namens de behandelend arts van het CTB, klager nog verwezen naar een expert op het gebied van diafragma operaties. Van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen of nalaten door de longarts is naar het oordeel van het college geen sprake geweest.

Conclusie

5.9 De conclusie is dat de klacht kennelijk ongegrond is."

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 Klager beoogt met zijn beroep zijn klacht in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege voor te leggen en concludeert tot gegrond verklaring van het beroep.

4.2 De longarts heeft gemotiveerd verweer gevoerd en concludeert tot verwerping van het beroep.

4.3 In beroep is de schriftelijke klacht over het beroepsmatig handelen van de longarts en is het door de longarts gevoerde verweer tegen naar aanleiding van haar professioneel handelen geformuleerde klacht nog een keer aan de tuchtrechter ter beoordeling voorgelegd. Het Centraal Tuchtcollege heeft kennis genomen van de inhoud van de in eerste aanleg geformuleerde klacht en het daarover in eerste aanleg door partijen gevoerde debat. Het door het Regionaal Tuchtcollege gevormde zaaksdossier is aan het Centraal Tuchtcollege gestuurd.

4.4 In beroep is het debat door partijen schriftelijk nog een keer gevoerd, waarbij door ieder van hen standpunten zijn ingenomen naar aanleiding van de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten en de door dat College gegeven beschouwingen en beslissingen. Tijdens de mondelinge behandeling op 10 mei 2023 is dat debat voortgezet.

Het beraad in raadkamer na de behandeling in beroep heeft het Centraal Tuchtcollege

niet geleid tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het College in eerste aanleg.

4.5 Het Centraal Tuchtcollege voegt hier nog het volgende aan toe. Uit de stukken en de verklaringen tijdens de zitting in beroep is gebleken dat klager verbetering van zijn situatie heeft ervaren door de operatie in G.. Anders dan klager lijkt te betogen, betekent dit alleen niet dat de longarts tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. In overleg met een andere longarts is klager juist, in afwijking van het uitgangspunt om bij een verlamming van het middenrif gedurende één of twee jaar te bezien of er spontaan herstel optreedt, al snel verwezen naar artsen in H. en I. om te bezien of zij klager verder konden helpen. De longarts heeft hierbij nadrukkelijk oog gehad voor de klachten van klager. De keuze van klager om zich door deze artsen niet te laten behandelen (opereren) kan de longarts niet worden verweten. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de longarts niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld.

4.6 Dit betekent dat het beroep zal worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: E.J. Daalder, voorzitter; Y. Buruma en H. de Hek, leden-
juristen en K.W. van Kralingen en M.J. Overbeek, leden-beroepsgenoten en M. van Esveld, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 7 juni 2023.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.