

uitspraak tuchtcollege

Het gevaar van het eigen gelijk

U hoeft het als behandelaar niet eens te zijn met wat een multidisciplinaire commissie vindt. Sterker nog, de enkeling die durft af te wijken kan van grote waarde zijn. Maar als u afwijkt, is het belangrijk om dit goed te onderbouwen, ook in het dossier. Als u gewoon stug uitgaat van uw eigen gelijk zonder daarvoor ondersteuning te zoeken, is het natuurlijk extra pijnlijk als later uw ongelijk blijkt.

Dat overkwam de uroloog in dit verhaal. Bij een patiënt met prostaatkanker voerde hij een palliatieve TURP uit. De patholoog onderzocht het weefsel en stelde een kleincellig carcinoom van de blaas vast. Een weinig voorkomende diagnose, en de uroloog twijfelde blijkbaar aan de juistheid. Volgens hem was er ook discussie over tijdens de oncologiebespreking, maar daarover staat niets in het verslag. Daarin staat wel ondubbelzinnig genoteerd: kleincellig carcinoom. Advies: chemotherapie.

De uroloog verwees de patiënt echter naar de radiotherapeut, die vervolgens weer terug verwees, omdat er geen goede indicatie voor bestraling was. Patiënt was inmiddels al erg achteruitgegaan en overleed.

Uit alles blijkt dat de arts de PA-uitslag niet geloofde: de verwijzing naar de radiotherapeut, de brief naar de huisarts, de indruk van patiënt en zijn echtgenote dat hij een behandelbare aandoening had. Maar de uroloog kan niet aantonen dat hij om een revisie van het pathologisch onderzoek heeft gevraagd om deze opnieuw in te brengen in de oncologiebespreking. Dat was de koninklijke weg geweest. Hij wordt gewaarschuwd, waarbij het hem zwaar wordt aangerekend dat hij de patiënt niet goed voorlichtte over zijn toestand.

Sophie Broersen, arts
prof. mr. Aart Hendriks

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Eindhoven d.d. 24 januari 2012

(ingekort door redactie MC)

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 20 september 2010 binnengekomen klacht van: A, wonende te B, en de heer C, wonende te D, klagers (...) tegen: E, uroloog, (...).

(...)

2. De feiten

Klagers zijn weduwe, respectievelijk broer van de heer I, hierna te noemen 'patiënt'. Patiënt heeft op 8 juli 2009 in het H-ziekenhuis te F een palliatieve, transurethrale resectie van de prostaatloze ondergaan. Histologisch onderzoek van het weggenomen weefsel bracht aan het licht dat bij patiënt sprake was van een nieuwe tumor. Op 3 augustus 2009 werd patiënt in de oncologiecommissie van het ziekenhuis besproken; op 18 au-

gustus 2009 besprak verweerder het verslag van deze bespreking met patiënt en zijn vrouw, klagster, waarbij verwijzing plaatsvond naar het J. Radiotherapeut K van het J heeft patiënt gezien op 2 september 2009 en heeft patiënt op basis van het dossier en van nadere gegevens op 3 september voor behandeling terugverwezen naar het H-ziekenhuis.

Daarna is de toestand van patiënt snel verslechterd. Patiënt is van 10 tot 18 september 2009 wederom opgenomen geweest en is na ontslag thuis overleden op 20 september 2009.

3. Het standpunt van klagers en de klacht

Klagers verwijten verweerder dat hij patiënt de geëigende behandeling van een kleincellig carcinoom van de blaas heeft onthouden. Tevens verwijten klagers verweerder dat hij verzuimd heeft in het gesprek op 18 augustus 2009 patiënt en klagster mede te delen dat patiënt een nieuwe

tumor had, te weten een kleincellig carcinoom dat zo spoedig mogelijk behandeld diende te worden, en dat de vooruitzichten voor patiënt bepaald niet goed waren.

Ter adstructie stellen klagers – samengevat – het volgende. Patiënt werd in maart 2007 gediagnosticeerd met prostaatkanker. Deze werd medicamenteus behandeld, waarbij de kanker onder controle leek. In 2009 kreeg patiënt last met urineren en besloten werd tot een transurethrale resectie van de prostaat. Volgens het verslag van patholoog G, met uitslagdatum 8 juli 2009, werd uit het pathologisch materiaal geconcludeerd dat er naast het prostaatprobleem ook sprake was van een kleincellig carcinoom van de blaas. Het rapport werd pas op 21 juli 2009 geautoriseerd.

Op een eerder, op 16 juni 2009, gemaakt CT-abdomen en een later, op 30 juli 2009 gemaakte thoraxfoto werden geen uitzaaiingen waargenomen.

In een bespreking van het oncologisch team van het ziekenhuis op 3 augustus 2009 werd de behandeling besproken: geadviseerd werd op basis van het pathologisch onderzoek van het prostaatweefsel – kleincellig carcinoom – chemotherapie met aanvullende bestraling na stadiëring met behulp van CT-scan van buik, borst en hersenen. Verweerder besloot patiënt geen chemotherapie aan te bieden, maar verwees hem voor lokale bestraling door naar het J. Dat blijkt ook uit de brief die hij op 19 augustus 2009 aan huisarts L stuurt. Daarin vermeldt hij ook dat histologisch onderzoek na de resectie liet zien dat het niet ging om een prostaatcarcinoom, maar om een nieuwe tumor, namelijk een urotheelcelcarcinoom. 'In de oncologiecommissie is besproken dat patiënt in principe in aanmerking zou kunnen komen voor een lokale bestraling. Dat is ook de reden waarom hij zat worden doorverwezen naar het J', schrijft verweerder in de brief aan huisarts L, waaraan hij toevoegt dat het prostaatcarcinoom goed onder controle en stabiel is.

/selectie_van_de_inspectie

Arts-assistent niet zomaar alleen laten

Feiten Patiënt had buikpijnklasten bij recente diarree met benauwdheid en pijn op de borst die verergerde bij inademen. De huisarts stuurde hem naar de SEH, waar patiënt werd gezien door een arts-assistent longgeneeskunde. De thoraxfoto toonde een vergroot hart en het ECG ST-elevaties over de onderwand II, III, avF. De patiënt werd overgedragen aan de arts-assistent cardiologie. Zij hoorde een hoogfrequente soufflé aan het hart. Na telefonisch overleg met de cardioloog heeft zij een voorlopige diagnose ('gedilateerde cardiomyopathie met mitralisinsufficiëntie') in het dossier genoteerd en werd patiënt opgenomen ter observatie op de hartbewaking. Op een tweede en derde ECG was een sterk veranderd beeld te zien. Enkele uren daarna kreeg de patiënt een hartstilstand en is overleden. Bij obductie werd een dissectie van de aorta geconstateerd, juist boven de aortaklep met een dwarse scheur. Dit heeft geleid tot een tamponade. De familie van patiënt dient een klacht in tegen de cardioloog, wegens grove nalatigheid.

Overwegingen tuchtcollege De cardioloog had, nadat hij door de dienstdoende arts-assistent cardiologie was gebeld over haar bevindingen, de thoraxfoto en het eerste ECG, naar het ziekenhuis moeten gaan om deze zelf te beoordelen en een verder beleid uit te zetten. Dit gold te meer nadat de dienstdoende arts-assistent na het tweede ECG hem belde en de veranderde uitslag meedeelde. Omdat het een jonge, net afgestudeerde en onervaren arts-assistent betrof en hij de thoraxfoto noch het ECG zelf beoordeeld had, had de cardioloog deze patiënt niet alleen aan de zorg van de arts-assistent over mogen laten. De jonge leeftijd van de patiënt (1971) met pijn op de borst gerelateerd aan inspiratie met een afwijkend ECG en een sterk afwijkende thoraxfoto, had voor de cardioloog aanleiding moeten zijn om naar het ziekenhuis te komen. Verdergaand onderzoek, bijvoorbeeld een echocardiografie had, gelet op de toen bekende gegevens, uitgevoerd moeten worden. Het tuchtcollege berispt de cardioloog.

Relevantie volgens de inspectie In de relatie tussen opleider en arts-assistent wordt het antwoord op de vraag of de supervisor de zorg voor een patiënt aan een assiterend arts kan overlaten in hoofdzaak bepaald door de mate waarin de assiterend arts voor zijn taak is berekend en bekwaam kan worden geacht bepaalde handelingen te verrichten. De inspectie wil nog eens onder de aandacht brengen dat patiënten er altijd op moeten kunnen vertrouwen dat zij in het ziekenhuis op elk moment, ook in avond, nacht en weekend, verantwoorde zorg op specialistisch niveau krijgen. In casu betekende dit dat de cardioloog als opleider zelf naar het ziekenhuis had moeten komen, in plaats van de zorg voor de patiënt over te laten aan de onervaren arts-assistent.

(RTG Zwolle 056/2011)



De inspectie selecteert en commentarieert elke week een ongepubliceerde tuchtzaak. Zie voor de volledige uitspraak:

Selectie van de inspectie



www.medischcontact.nl/selectie_van_de_inspectie

Klagers beschrijven dat ook radiotherapeut K van het J tijdens het consult op 2 september 2009 in de veronderstelling verkeerde dat het bij patiënt om een T4-urotheelcelcarcinoom ging, dat voor bestraling in aanmerking kwam. Bij nadere bestudering van het dossier en na kennisneming van de pathologieuitslag concludeerde hij echter dat bestraling alleen niet de juiste behandeling was en dat chemotherapie, zoals eerder ook door de oncologiecommissie aanbevolen, voor de hand lag. Hij verwees terug naar het H Ziekenhuis. 'Daar wordt nog wel wat getracht maar de ontwikkelingen gaan te snel en I overlijdt op 20-09-2009', aldus het klaagschrift (p.2 bovenaan). Klagers benadrukken dat patiënt en zijn echtgenote tot begin september door de behandelend artsen niet gealarmeerd waren en uitgingen van een behandelbare ziekte. Niettemin hebben zij in die periode diverse malen opgemerkt dat het wellicht opportuun was aan nieuwe beeldvorming te doen. Dat werd door verweerder uiteindelijk niet opportuun geacht aangezien er reeds foto's uit de periode juni/juli en eerder voorhanden waren.

In een gesprek dat klagers op 24 maart 2010 met verweerder hadden hield deze vol zijn diagnose en handelwijze als strikt normaal te beschouwen. Chemotherapie lag niet in de rede – niettegenstaande het advies van de oncologiecommissie – omdat er geen uitzaaingen op de beelden van 16 juni 2009 te zien waren.

'Behandeling had volgens hem dan ook geen zin want hij zou niet kunnen beoordelen of de chemotherapie effect zou hebben door middel van waarneming van regressie van uitzaaingen. Voor het feit dat hij de kleincelligheid van de uitzaaingen niet noemt in zijn eerdere brief aan de huisarts en het J en wel het niet in het PA-verslag voorkomende T4-urotheelcelcarcinoom had hij geen verklaring', aldus het klaagschrift (p.2 derde alinea).

Klagers kwalificeren het gesprek op 24 maart 2010 als heel onaangenaam.

Klaagster werd aangezien voor de dochter van de overledene en verweerder bleek niet precies te weten waar het gesprek eigenlijk over ging, terwijl klaagster in een persoonlijke brief aan verweerder d.d. 23 november 2009 om het onderhoud gevraagd had. Verweerder zat tijdens het gesprek maar te lezen in het digitale dossier, hij wilde geen stukken kopiëren en nam een defensieve en arrogante houding aan. Klagers vonden het gesprek dermate onaangenaam dat zij het gesprek na een halfuur hebben beëindigd.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder betreurt het dat patiënt is overleden en dat klagers het gevoel hebben dat patiënt een adequate therapie is onthouden waardoor zijn levensverwachting is beperkt. Verweerder bestrijdt dat op 3 augustus 2009 in de oncologiecommissie reeds eenduidigheid over de typering van de tumor en overeenstemming over de gewenste therapie bestond. Daar was juist discussie over, maar die wordt in het verslag niet weergegeven. Als het ging om een ongedifferentieerde tumor van prostaat of blaas was het advies van de commissie bestraling, als het ging om een kleincellig carcinoom dan was chemotherapie, gevolgd door bestraling de aanbevolen therapie. Vanwege de onduidelijkheid is tot een revisie besloten waarvan de uitkomst onder andere op 3 september 2009 telefonisch aan dr. K van het J is doorgegeven: op basis van de revisie was komen vast te staan dat de tumor een kleincellig carcinoom was. Verweerder heeft in het gesprek op 18 augustus 2009 met patiënt en diens echtgenote uitvoerig stilgestaan bij de implicaties van een eventuele chemotherapie in relatie tot de daarvan te verwachten revenuen in termen van levensverwachting en kwaliteit van leven. Verweerder heeft toen aangegeven niet direct te willen starten met chemotherapie vanwege het ontbreken van een meetlaesie (een afwijking die voor verdere metingen als uitgangspunt kan dienen), hetgeen vanwege de aanzienlijke

fysieke en emotionele belasting van de chemotherapie een bezwaar is. Verder heeft verweerder aan patiënt aangegeven dat het de vraag zou zijn of hij een chemotherapie zou kunnen verdragen. Verweerder benadrukt dat hij niet voor de patiënt besloten heeft, maar hem wel gewezen heeft op zijn terughoudendheid. Toen kort nadien alsnog duidelijkheid omtrent de typering volgde, heeft verweerder patiënt in overleg met radiotherapeut verwezen naar de oncoloog van het H-ziekenhuis. Al snel daarna was het evenwel te laat om met chemotherapie te starten.

Verweerder heeft patiënt derhalve niet een chemotherapie onthouden. Hij heeft met zijn medisch handelen geen ander doel nagestreefd dan patiënt adequaat te diagnosticeren en te behandelen. Verweerder heeft patiënt behandeld en begeleid met inachtneming van de zorgvuldigheid die van hem als uroloog verwacht mag worden.

Ten aanzien van het gesprek op 24 maart 2010: ook verweerder heeft daaraan geen goede herinneringen. Tijdens het gesprek werd verweerder overvallen door heel inhoudelijke vragen, waarop hij niet was geprepareerd. Hij verkeerde in de veronderstelling dat het klagers te doen was om een algemene toelichting op de vraag hoe het met het verloop van de ziekte van patiënt toch zo snel heeft kunnen gaan. Aangezien hij geen papieren versie van het dossier beschikbaar had moest verweerder voor de beantwoording van de vragen de digitale versie raadplegen. Mede negatief sfeerbepalend was dat klagers verweerder direct de nodige verwijten maakten ten aanzien van het niet geven van chemotherapie.

5. De overwegingen van het college

Voor de beantwoording van de vraag of verweerder tekortgeschoten is in de zorg die hij onder de gegeven omstandigheden aan patiënt had horen te geven, dient het college allereerst nadere duidelijkheid te krijgen over de vraag wanneer is komen vast te staan dat het bij de transurethrale

resectie van de prostaatloge van patiënt op 8 juli 2009 verkregen materiaal wees op een kleincellig carcinoom.

Het pathologierapport – opgemaakt door dr. G en geautoriseerd op 21 juli 2009 – concludeert tot een beeld passend bij een kleincellig carcinoom van de blaas.

Het verslag van de oncologiebespreking d.d. 3 augustus 2009 betreffende patiënt is wat betreft het pathologisch onderzoek van het prostaatweefsel ondubbelzinnig. Genoteerd is een kleincellig carcinoom, voorzien van een uitroep-teken. Het advies is dan ook chemotherapie, gevolgd door een bestraling op de prostaatregio. Verweerder heeft niet met bewijs kunnen staven dat tijdens genoemde oncologiebespreking discussie plaatsvond over de typering van de tumor en over de toe te passen therapie. Waarschijnlijker acht het college dat verweerder van de veronderstelling is uitgegaan dat het om een T4-urotheelcelcarcinoom ging. Dat was al de boodschap in het gesprek van verweerder met patiënt en zijn echtgenote op 30 juli 2009, verweerder bracht het naar zijn zeggen ook in tijdens de oncologiebespreking op 3 augustus (pleitnotities sub 6) en herhaalde deze boodschap in het gesprek met patiënt en zijn echtgenote op 18 augustus 2009. Zo ook in de brief die verweerder op 19 augustus 2009 schreef aan huisarts L. In het verlengde daarvan lag de doorverwijzing van patiënt naar het J voor lokale bestraling.

Verweerder heeft aangegeven dat hij revisie van het pathologisch onderzoek heeft bepleit. Dit verzoek is evenwel nergens gedocumenteerd, noch is de uitkomst in enigerlei vorm schriftelijk vastgelegd. Ook heeft daaromtrent geen nieuwe oncologiebespreking plaatsgevonden.

In het J ging dr. K er in het eerste consult op 2 september 2009 van uit dat sprake was van een T4-urotheelcelcarcinoom. Pas na bestudering van het dossier en na kennis genomen te hebben van de uitkomst van het pathologisch onderzoek is dr. K tot de conclusie gekomen dat eerst

behandeling met chemotherapie aangewezen was. Alles overziende komt het college tot de slotsom dat verweerder te zeer van zijn eigen veronderstelling is uitgegaan en derhalve in professionaliteit tekortgeschoten is. Twijfel bij de interpretatie van een pathologisch onderzoek kan gerechtvaardigd zijn, maar het gaat niet aan dan een eigen beleid te gaan voeren. Het is immers de specifieke taak en deskundigheid van de oncologiecommissie om in multidisciplinariteit de aard van oncologische verschijnselen te beoordelen en op basis daarvan te adviseren. Het had vanwege zijn twijfel in de rede gelegen dat verweerder dan zelf actie had ondernomen om onverwijld een revisie te doen plaatsvinden en het resultaat daarvan opnieuw in de oncologiebespreking te brengen. Daarvan is het college niets gebleken. Integendeel, verweerder heeft in een gesprek met patiënt en zijn echtgenote verzuimd melding te maken van de twijfel over de diagnose en heeft een- en andermaal de indruk gewekt dat het om een behandelbare aandoening ging. Voorts heeft hij de huisarts van zijn eigen veronderstelling in kennis gesteld.

Voor het college weegt zwaar dat klagers aangeven dat patiënt en zijn echtgenote gedurende de gehele periode van juli tot begin september is voorgehouden dat er van acute bedreigingen geen sprake was. Ook in de nazorg is verweerder tekortgeschoten. Na het overlijden van patiënt heeft klaagster verweerder schriftelijk om een gesprek verzocht om nadere tekst en uitleg te geven over het ziekteverloop om zo het beeld van de laatste levensperiode te completeren. Juist omdat het om een gepland gesprek ging, had verweerder dat gesprek beter kunnen voorbereiden en gelet op alle omstandigheden had hij het ook beter moeten voorbereiden. Verweerder heeft aangegeven dat hij wat dat betreft graag de tijd had teruggezet en dat gesprek beter had voorbereid. Nu in de ogen van het college sprake is van een professioneel tekortschieten van verweerder en de klacht in dier voege gegrond zal worden verklaard, heeft het college zich te beraden op de op te leggen maatregel. Het college acht, alles in aanmerking genomen, de maatregel van waarschuwing passend. (...)

6. De beslissing

Het college:

- legt verweerder de maatregel van waarschuwing op;

bepaalt dat deze uitspraak om redenen, aan het algemeen belang ontleend, wordt bekendgemaakt in de Staatcourant en ter bekendmaking zal worden aangeboden aan Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Aldus beslist door mr. H.P.H. van Griensven als voorzitter, prof. mr. F.C.B. van Wijmen als lid-jurist, M. Bonnet, dr. W.F.R.M. Koch en J.N. Voorhoeve als leden-beroeps-genoten, in aanwezigheid van mr. M.E.B. Morsink als secretaris en in het openbaar uitgesproken op 24 januari 2012 in aanwezigheid van de secretaris.



De volledige tekst van deze uitspraak staat op www.medischcontact.nl.

Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

praktijkperikel

Afstaande oorschelpen

Sinds kort wordt op onze HAP gewerkt met het Nederlands Triage Systeem. Belangrijkste reden is natuurlijk de kwaliteit van de triage verbeteren. Groot voordeel is mogelijk ook dat je, omdat alle vragen die de urgentie kunnen beïnvloeden zeker voorbijkomen, tijdens het telefoongesprek ook echt goed kunt luisteren naar wat de hulpvrager nu precies wil, zonder je tijdens het gesprek steeds af te vragen of je niet iets vergeet. Een en ander blijkt om half 4 's nachts toch nog niet mee te vallen...

Jongetje van 10 is al een hele week verkouden. Nu net is hij wakker geworden en geeft aan oorpijn te hebben.

Moeder wil hem een pijnstillertje geven, maar heeft alleen ibuprofen in huis. Toch maar even bellen of dat mag. De assistente gaat keurig haar lijstje af. Het positieve antwoord op de vraag of de oorschelpen afstaan doet haar besluiten patiëntje toch maar meteen naar de post te laten komen.

Een kwartiertje later haal ik een slaperig totaal niet ziek jongetje uit de wachtkamer met aandoenlijke flapootjes.

/praktijkperikel