

Datum uitspraak: 27 januari 2009

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

A
wonende te B,
klager,

tegen:

C, longarts,
werkzaam te D,
de persoon over wie wordt geklaagd,
hierna te noemen de arts.

1. Het verloop van het geding

Het klaagschrift is ontvangen op 28 april 2007. Namens de arts heeft mr. E, advocaat te F, een verweerschrift ingediend, waarna repliek en dupliek hebben plaatsgevonden. 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 2 december 2008. Partijen zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. De arts werd bijgestaan door zijn gemachtigde, klager door mr. G, verbonden aan H te I. Deze heeft een pleitnota overgelegd. Voorts is gehoord prof. dr. J, hoofd van de afdeling longziekten van het K.

2. De klacht

Bij klager is in augustus 2002 in het L de diagnose longkanker met metastasen gesteld. Klager is voor verdere behandeling verwezen naar de arts. Het eerste consult vond plaats op 20 augustus 2002. Op 27 augustus 2002 werd een slokdarmechoscopie met punctie door het slokdarmweefsel uitgevoerd. Daarna volgden drie chemokuren. Na de eerste kuur vond de

arts dat het er goed uitzag. Hij beoordeelde de situatie met een verouderd doorlichtingsapparaat, omdat geen röntgenfoto kon worden gemaakt. Na de tweede chemokuur vertelde een collega-arts klager dat de tumor weer in grootte was afgenomen. Na de derde chemokuur had klager op 3 december 2002 een consult bij de arts. Die deelde hem mee dat hij alleen nog een niet genezende bestraling kon aanbieden. Hij sprak over een “stable disease”. Dit werd gebaseerd op de CT-scan die kort tevoren was uitgevoerd. Die conclusie was echter niet zonder meer juist, omdat de eerdere CT-scan, die vóór het begin van de chemokuur was gemaakt, niet aanwezig was. Op de vraag of geen chirurgische ingreep mogelijk was antwoordde de arts: “nee, dan moet de chirurg zo zitten peuteren”. Aan het eind van dit consult deed de arts nog een aanbod dat hij presenteerde als een laatste kans, om door middel van de al eerder uitgevoerde transoesofagale punctie te onderzoeken of de tumor slechts dode cellen bevatte.

Klager greep dit aanbod uiteraard aan en de ingreep is op 11 december 2002 uitgevoerd. Dit gebeurde in een onrustige ruimte waar veel mensen aanwezig waren. Klager kreeg de indruk dat hij voor een onderwijskundig experiment werd gebruikt. Klager voelde zich door de wisselende berichtgeving in verwarring gebracht en besloot daarom een second opinion te vragen in de M. De afspraak werd gemaakt voor 18 december 2002 en direct gemeld aan de arts. Deze belde klager kort daarna op en nodigde hem uit om op 17 december 2002 nog eens te komen praten. Toen kreeg klager alsnog een intensieve bestraling aangeboden. Ook een operatie sloot de arts niet uit. De aanvraag voor intensieve bestraling was zelfs al verzonden. De arts vond dat de second opinion nu wel kon worden afgezegd. Klager wilde die afspraak wel doorzetten, omdat hij steeds meer in verwarring raakte door de wisseling van behandelplannen. In de M was het oordeel dat een operatie moeilijk zou zijn en dat nu radicale bestraling aangewezen was. Dit is op 27 december 2002 schriftelijk meegedeeld aan de arts. Het nut van de punctie werd in de M in twijfel getrokken.

Omdat de radiotherapie binnen zes weken na het einde van de chemotherapie zou moeten beginnen belde klager de afdeling radiologie van het K om informatie over het begin van de therapie. Daar wist men niets van een aanvraag en er kon geen tijdige afspraak worden gemaakt. Klager heeft toen met veel moeite via zijn verzekeraar geregeld dat hij in N tijdig zou kunnen worden bestraald. Toen hij daarop de afspraak in het K wilde afzeggen bleek de bestraling daar toch binnen de zes weken mogelijk te zijn. De bestraling die hij toen

kreeg was echter niet radicaal maar palliatief. Dit bleek later, toen hij uiteindelijk in mei 2008 in O werd geopereerd. Gezien de rapportage van de radiotherapeut-oncoloog van 11 februari 2003, die aan de arts was gericht, moet deze hebben geweten dat de verkeerde dosis werd gegeven (39 Gy in plaats van 60-66 Gy). De arts heeft echter niets gedaan om dit te corrigeren. Klager meent dat de arts hem tijdens de behandeling van zijn ziekte onvoldoende heeft begeleid en hem op 11 december 2002 onnodig, onder onjuiste voorwendsels, heeft onderworpen aan een destijds nog experimentele ingreep.

3. Het standpunt van de arts

Op 20 augustus 2002 toonden beeldvormende onderzoeken afwijkingen in de rechterlong en in de mediastinale klieren. Klager is gevraagd deel te nemen aan twee studies: een Europese studie met betrekking tot de behandeling van de uitbreiding van de mediastinale N2-ziekte, waarbij na een succesvolle chemotherapie werd gekozen voor òf bestraling òf operatie, en een studie waarbij een nieuwe techniek, slokdarmechografie, werd vergeleken met de standaard, mediastinoscopie, voor het stadiëren van mediastinale klieren. Klager heeft in beide onderzoeken toegestemd. Bij mediastinoscopie bleken de N2-klieren inderdaad aangetast. Klager kreeg dus volgens het protocol chemotherapie in drie kuren. Na de eerste chemokuur leek het er op dat verbetering zichtbaar was. Na de tweede kuur bleek uit de thoraxfoto een afname van de laesie in de rechterbovenkwab. Na de derde chemokuur bleek echter dat de CT-scan een onveranderd beeld van het mediastinum liet zien. De arts beseftte dat dit voor klager en zijn familie een grote teleurstelling was en heeft tijdens het consult op 3 december 2002 hieraan in zijn herinnering ook ruim aandacht besteed en getracht uit te leggen hoe dit was te verklaren. Hij heeft ook geprobeerd uit te leggen waarom een operatie niet mogelijk was. De arts ontkent te hebben gezegd wat klager hem in de mond legt. Het punt was niet zozeer dat de operatie voor de chirurg te tijdrovend zou zijn maar dat, gegeven de resultaten van eerder verrichte studies, een genezende operatie niet mogelijk was. Dit was in multidisciplinair overleg besproken. Wel heeft de arts klager geadviseerd een tweede transoesofagale punctie te laten doen om zekerheid te krijgen over de vraag of wellicht het CT-beeld slechts dode tumorcellen weergaf. Hiervan bleek helaas geen sprake. De punctie is uitgevoerd door prof.dr. J. De arts was hierbij aanwezig omdat hij zich bij klager betrokken voelde. De ingreep is zeker niet verricht zonder dat daar een adequate indicatie voor was. Het

onderzoek kan waardevol zijn om de resterende tumoractiviteit cytologisch of histologisch te bevestigen of uit te sluiten en kan dus van invloed zijn op de behandelwijze. De kans dat de cellen zouden worden aangetroffen was klein. Daarom werd het voorstel pas in de loop van het consult op 3 december 2002 ter sprake gebracht. Gezien de uitslag van de punctie kwam klager in aanmerking voor palliatieve bestraling. De gebruikelijke procedure is dat de arts de patiënt aanmeldt bij de afdeling radiotherapie, die dan verder de planning ter hand neemt. Het voorstel tijdens het consult op 17 december 2002, een intensievere bestraling te geven, zal na overleg met de radiotherapeut zijn gedaan. Klagers goede conditie gaf daarbij de doorslag. De arts heeft geen bemoeienis gehad met de planning van de bestraling. Het signaal dat klager niet tijdig zou kunnen worden bestraald heeft hem niet bereikt. De arts heeft niet geweten dat de bestraling in een lagere dosering is gegeven dan was afgesproken. Nadat klager zich onder behandeling van een collega-longarts had gesteld heeft de arts met hem geen contact meer gehad, hetgeen hij achteraf betreurt. De arts herkent zich niet in de verwijten van klager en meent tuchtrechtelijk niet verwijtbaar te hebben gehandeld.

4. De beoordeling

4.1. Het eerste onderdeel van de klacht is dat de arts bij de behandeling van klager een onduidelijk beleid heeft gevoerd, verwarrende adviezen heeft gegeven, de verschillende behandel mogelijkheden niet aan hem heeft voorgelegd en ten onrechte niet heeft toegezien op een goede en tijdige uitvoering van de afgesproken bestraling.

4.2. De gang van zaken tijdens de drie chemokuren acht het College niet verwijtbaar. De arts kan er niet persoonlijk verantwoordelijk voor worden gehouden dat de eerdere CT-scan ontbrak en dat na de eerste chemokuur geen röntgenfoto kon worden gemaakt. Voor de beantwoording van de vraag of de chemokuren succesvol waren geweest was de CT-scan van 28 november 2002 doorslaggevend.

4.3. Die CT-scan wees uit dat bij klager ondanks de chemokuren nog sprake was van aantasting van het mediastinum in stadium IIIA, waarbij volgens de standaard niet wordt geopereerd, maar radiotherapie wordt gegeven. De arts heeft ter zitting verklaard dat hij aanvankelijk heeft gekozen voor een palliatieve, niet curatieve bestraling in verband met de toxiciteits

teit van een radicale bestraling en de geringe kans op een gunstige respons bij klager. Hij ontkent zich daarbij door andere factoren te hebben laten leiden en zich in die zin te hebben uitgelaten. Het College heeft, gelet op deze ontkenning, de gegrondheid van de klacht over de door de arts gebruikte woorden niet kunnen vaststellen.

4.4. De arts heeft ter zitting wel verklaard dat hij zijn redenen om alleen een palliatieve bestraling aan te bieden niet met klager heeft besproken. Dit acht het College onjuist.

Tijdens het consult op 3 december 2002, waar de uitslag van de CT-scan en het vervolgbeleid moesten worden besproken, had de arts klager op duidelijke en volledige wijze moeten inlichten over de verschillende behandelmogelijkheden en de daaraan verbonden voor- en nadelen. De arts had klager de gelegenheid moeten geven zelf te bepalen welke risico's klager bereid was te nemen, voordat hij zijn eigen keuze naar voren bracht. Ook de omstandigheid dat de arts in de loop van het gesprek alsnog de mogelijkheid ter sprake heeft gebracht de juistheid van het CT-beeld te onderzoeken door middel van een tweede slokdarmechografie en punctie, duidt er op dat de beslissing om alleen palliatieve bestraling te geven prematuur was. De conclusie moet dan ook zijn dat de arts klager op 3 december 2002 onvoldoende heeft voorgelicht. Dit moet hem tuchtrechtelijk worden verweten.

4.5. De arts heeft op 17 december 2002 met klager afgesproken dat hij toch een intensieve bestraling (60 tot 66 Gy) zou krijgen. Dit heeft de arts naar eigen zeggen telefonisch doorgegeven aan de afdeling radiotherapie. Vast staat dat de klager desondanks niet met deze dosering maar met de lage, niet curatieve dosering (39 Gy) is bestraald.

Het College is van oordeel dat de arts ook in dit opzicht is tekortgeschoten. De opdracht voor bestraling in de lage dosis van 39Gy was op een eerdere datum schriftelijk doorgegeven aan de afdeling radiotherapie. Die dosering was besproken in het multidisciplinair overleg en gold in het ziekenhuis als de standaard, zo heeft de arts ter zitting verklaard. Juist omdat al een schriftelijke opdracht was gegeven en omdat de gewijzigde dosering afweek van de standaard had de arts er met extra zorg op moeten toezien dat de wijziging op de afdeling radiotherapie bekend was en daadwerkelijk zou worden uitgevoerd. De opdracht daartoe had dan ook niet alleen telefonisch mogen worden gegeven, maar had tenminste ook schriftelijk moeten worden vastgelegd. Door dit achterwege te laten heeft de arts de kans op een onjuiste

dosering onnodig vergroot. Hij heeft daarmee onzorgvuldig jegens klager gehandeld. Dit onderdeel van de klacht is gegrond.

4.6. Het College kan niet vaststellen dat de arts meer had moeten doen om de bestraling tijdig te laten plaatsvinden. Aannemelijk is dat hij niet wist dat zich hier een probleem voordeed. Dit zelfde geldt voor het feit dat de arts de dosering na de brief van 11 februari 2003 niet heeft gecorrigeerd. Niet kan worden vastgesteld dat deze brief de arts (tijdig) heeft bereikt.

4.7. Het tweede onderdeel van de klacht is, dat de slokdarmechografie en punctie op 11 december 2002 zonder goede reden en op grond van een onjuiste argumentatie is uitgevoerd. Ter zitting is voldoende toegelicht dat dit onderzoek, destijds niet meer als experimenteel gold en nuttig was, omdat het van invloed kon zijn op de behandelmogelijkheden. Het College heeft geen reden om aan te nemen dat de ingreep onjuist of ondeskundig is uitgevoerd. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

4.5. Gelet op hetgeen onder de punten 4.4. en 4.8. is overwogen zal de arts een maatregel worden opgelegd. Het College acht de navolgende maatregel passend.

5. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage:

Legt de arts de maatregel op van een waarschuwing.

Deze beslissing is gegeven door: mr. M.A.F. Tan-de Sonnaville, voorzitter, mr. C.C. Dedel-van Walbeek, lid-jurist, prof. dr. R.G. Pöll, A.J.M.F. Janssen en dr. R.W. Koster, leden-artsen, bijgestaan door mr. J.P. Hoogland, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 27 januari 2009.

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 klagster, 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 het Staatstoezicht op 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.