

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 180/2008

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 27 mei 2010 naar aanleiding van de op 26 augustus 2008 ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a a g s t e r ,

-tegen-

**C, internist, werkzaam te D, bijgestaan door mr. J.C.C. Lee-
mans, werkzaam bij Das Rechtsbijstand,**

verweerder.

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Klaagster heeft een klaagschrift ingediend. Verweerder heeft een verweerschrift met bijlagen ingediend. Klaagster heeft gerepliceerd onder toezending van bijlagen en verweerder heeft gedupliceerd, eveneens onder toezending van bijlagen. Op verzoek van het college is het medisch dossier uit het ziekenhuis E overgelegd. Beide partijen hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De klacht is behandeld ter openbare zitting van 3 april 2010, waar klaagster met haar broer, de heer F (hier verder 'patiënt' te noemen), is verschenen. Verweerder is verschenen, bijgestaan door zijn gemachtigde. De zaak is gelijk behandeld met de klacht welke klaagster tegen de heer G, orthopedisch chirurg in E en eveneens behandelaar van patiënt, heeft ingediend. In die zaak zal afzonderlijk uitspraak worden gedaan.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken, waaronder het medisch dossier en het verhandelde ter zitting, dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Patiënt was sinds 1998 bij verweerder onder behandeling wegens een SLE-nefritis, klasse VII.

Patiënt reageerde goed op behandeling met Prednison, waardoor de SLE-nefritis redelijk goed onder controle kon worden gehouden, maar er bestond wel een chronisch nierfalen. Patiënt werd in eerste instantie om het half jaar en later om de vier maanden door verweerder ter controle gezien.

In 2001 was er sprake van een reactivatie van de SLE. Deze werd wederom met Prednison behandeld. In verband met het langdurig Prednisongebruik kreeg patiënt Fosamax en calciumpreparaten ter voorkoming van (verdere) en bestrijding van bestaande osteoporose.

In verband met pijnklachten aan de linkerheup heeft de huisarts op 13 maart 2006 een röntgenfoto laten maken. De huisarts heeft patiënt vervolgens verwezen naar de orthopedisch chirurg. Deze zag patiënt voor het eerst op 28 maart 2006. Bij lichamelijk onderzoek constateerde de orthopedisch chirurg een normale heupflexie van 130°, endorotatie in de linkerheup was licht beperkt. Er was geringe drukpijn op het linker os pubis. Het röntgenonderzoek van 13 maart 2006 liet aanwijzingen zien voor een oude os pubis fractuur aan de linkerzijde. De conclusie van de orthopedisch chirurg was dat de fractuur was ontstaan op basis van osteoporose na langdurig prednisongebruik. Er werd door hem gekozen voor een conservatief beleid, waarbij patiënt de heup volledig mocht belasten op geleide van pijn. Als de klachten na drie tot vier weken niet verminderd waren kon patiënt een nieuwe afspraak maken.

Patiënt deed tijdens een consult bij verweerder - waar hij kwam voor de controle met betrekking tot de SLE- nefritis en de nierinsufficiëntie - op 4 april 2006 voor het eerst melding van heupklachten.

Vanwege persisterende pijnklachten aan de linkerheup heeft de huisarts op 13 november 2006 opnieuw een röntgenfoto laten maken. De radioloog heeft daarvan het volgende verslag gedaan: *“ in vergelijking met 13 maart zijn er nu vrij forse lytische ophelderingen zichtbaar in de ramus ossis pubis superior aan de linkerzijde en hier is ook een fractuur nu bij te zien. Er is duidelijke dislocatie. De heupgewrichten zelf zien er normaal uit.”* De radioloog heeft deze uitslag doorgebeld aan de huisarts die patiënt vervolgens opnieuw heeft doorverwezen naar de orthopedisch chirurg. Deze zag patiënt op 21 november 2006 op zijn spreekuur. Patiënt had - volgens

de orthopedisch chirurg - dezelfde klachten als in maart. Vanwege de toegenomen osteolyse werd door hem een botscan aangevraagd om andere problematiek te evalueren of uit te sluiten. De botscan is op 6 december 2006 gemaakt. Omdat patiënt op 5 december 2006 een afspraak bij verweerder had heeft de orthopedisch chirurg een brief aan de huisarts van patiënt alsmede aan verweerder geschreven, gedateerd 23 november 2006, waarin voor zover hier van belang onder meer is geschreven:

“[...]Het laatste jaar is patiënt 4 kg afgevallen en weegt nu 64 kg.

Recente röntgencontrole liet nog steeds een status na os pubis fractuur zien, maar er werden nu ook wat cysteuze ophelderingen gezien. Daarom spoedverwijzing naar orthopedie.

[...]

Beleid: ter uitsluiting van andere botpathologie is een skelet scintigrafie aangevraagd. Controle nadien.

Ik begrijp dat patiënt over tien dagen het spreekuur van collega C, internist, bezoekt. Misschien kan hij zich ook wat in het probleem verdiepen.

[...]”

Voordat de botscan is gemaakt, zag verweerder patiënt op 5 december 2006 op het spreekuur, voor wederom een controle consult. Het gewicht van patiënt was toen 62 kg. Verweerder noteerde in zijn brief van 13 december 2006 aan de huisarts, waarvan een kopie aan de orthopedisch chirurg werd gezonden, onder meer naar aanleiding van de anamnese: ***“patiënt maakt het goed. Er zijn geen klachten. Hij doet zijn uiterste best om zo gezond mogelijk te leven. Klachten op orthopedisch gebied zijn vanuit internistisch standpunt niet te verklaren.[...]”***

Bij ***“conclusie”*** noteert verweerder:

“redelijk acceptabele en stabiele nierinsufficiënte stadium 4.

SLE rustig.

Hypercholesterolomie

secundaire hyperparathyreoïdie. “

Er werd een controle over vier maanden afgesproken.

**De conclusie van de botscan d.d. 6 december 2006 luidde:
“De afwijking ter plaatse van het linker os pubis past bij status na fractuur. De afwijking ter plaatse van de twaalfde rib past bij een fractuur, echter een metastase is niet uit te sluiten. De afwijking ter plaatse van het rechter sacro-iliacale gewricht past bij overbelasting. De overige afwijkingen passen bij degeneratief gewrichtslijden.”**

**Op 2 januari 2007 kreeg patiënt deze uitslag meegedeeld. De orthopedisch chirurg concludeerde dat de afwijkingen van het os pubis en de twaalfde rib pasten bij een oude fractuur en heeft patiënt uit de behandeling ontslagen. De orthopedisch chirurg schreef aan de huisarts en (in kopie) aan verweerder in zijn brief van 4 januari 2007 onder meer
“[...]**

Botscan: afwijkingen in het bekken die passen bij een status na een fractuur in het os pubis.

Concluderend zijn de klachten in de linker heupregio mijns inziens posttraumatisch van aard door de anatomische veranderingen van het os pubis fractuur.

Beleid: ik kan verder niets meer voor patiënt betekenen en ik heb hem uit de behandeling ontslagen.”

Op 10 april 2007 heeft patiënt weer een consult bij verweerder. En heeft hij - zo blijkt uit de status van verweerder - de heupklachten (wederom) ter sprake gebracht. Patiënt woog toen 61,5kg. Op 23 juli 2007, op 22 oktober 2007 en op 17 december 2007 waren er controle afspraken bij verweerder. Patiënt woog toen respectievelijk 59, 57 en 57 kg. In november 2007 is in verband met te verwachten nierdialyse er een CAPD katheter ingebracht. Blijkens de decursus heeft patiënt ook op 17 december 2007 melding gemaakt van pijnklachten in de linkerlies. Verweerder heeft deze klachten op basis van het onderzoek en oordeel van de orthopeed toegeschreven aan de oude breuk.

Tijdens een consult in maart 2008 verzoekt patiënt verweerder om een verwijzing naar de reumatoloog. Naast deze (niet spoed, maar 'gewone') verwijzing wordt ook meer diagnostiek ingezet vanwege de inmiddels opvallende verdere gewichtsdaling in de vorm van een gastroscopie en coloscopie.

Op 14 april 2008 is patiënt gezien door de reumatoloog. Uit MRI onderzoek komt dan naar voren dat er sprake is van een groot proces in de linker bekkenhelft.

Na overleg door de reumatoloog met verweerder en de orthopedisch chirurg is er voor gekozen patiënt door te verwijzen naar een academisch centrum alwaar eventueel na vaststelling van de PA diagnose ook een orthopedische ingreep zou kunnen gebeuren. De reumatoloog verzocht, bij brief van 7 mei 2008, H (I te J), met kopie aan onder meer verweerder, onder vermelding van de bevindingen van de reumatoloog, patiënt met spoed te zien. Als bijlage stuurt hij onder meer de brief van verweerder van 11 januari 2008 mee. In die brief heeft verweerder (uitgebreid) verslag gedaan van voorgeschiedenis, anamnese, laboratoriumonderzoek, bespreking en conclusie.

In mei 2008 werd patiënt gezien door professor H in het I. Zijn conclusie was dat er sprake is van een enorme tumor linker bekkenhelft bij waarschijnlijk al lytische laesie in november 2006 in het linker os pubis. Er blijkt sprake te zijn van een gemetastaseerd niercelcarcinoom.

De behandeling hiervan heeft vervolgens verder plaatsgevonden in J. In oktober 2008 is in het ziekenhuis te K de CAPD katheter verwijderd.

Patiënt is sinds augustus/september 2008 uitbehandeld. Behandeling is nog slechts palliatief. Ter zitting bleek dat de metastasen bij patiënt inmiddels/thans inactief zijn, waardoor patiënt gelukkig nog, in betrekkelijk goede doen, de zitting kon bijwonen.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij door onzorgvuldig handelen en te laat ingrijpen de levenskansen van patiënt in zeer ernstige mate heeft geschaad en een aanvaardbaar niveau van kwaliteit van leven aan patiënt heeft ontnomen. Hij heeft de klachten van patiënt onvoldoende serieus genomen en heeft patiënt onnodig lang laten lijden.

Verweerder heeft ondanks de zichtbare achteruitgang (gewichtsverlies, heftige pijnen, pijn bij urineren, pijn bij verliggen en wegvallen van mobiliteit) geen aanleiding gezien om patiënt door een andere specialist te laten onderzoeken. Hij heeft zich laten leiden door het advies van de orthopedisch chirurg en heeft zijn eigen beoordelingsvermogen als arts terzijde gezet.

Verweerder heeft geen poging ondernomen om het wantrouwen bij patiënt weg te nemen. In juli 2008 was hij nog steeds de behandelend internist en dus verantwoordelijk voor een goede afhandeling en voorlichting aan patiënt. Hierin is hij ernstig te kort geschoten.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij van mening is dat hij steeds een consistente en zorgvuldige handelwijze heeft nagestreefd en de klachten van patiënt serieus heeft genomen. De uitgebreide zorg rond de SLE en de voorbereiding op nierfunctievervangende behandeling heeft in alle contacten op de voorgrond gestaan. Ten aanzien van de klachten van de heup heeft verweerder voor zover die werden geuit consequent terug verwezen naar de orthopedisch chirurg. Het uiteindelijke beloop en de diagnose zijn helaas anders gebleken dan door hem in het licht van de toen bestaande gegevens werden geïnterpreteerd. Hij betreurt het dan ook ten zeerste voor patiënt en zijn familie dat deze ernstige diagnose werd gesteld.

Op het verweer wordt voor het overige zo nodig hierna ingegaan.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2

Verweerder, die patiënt al vanaf 1998 in behandeling had, en hem twee en later driemaal per jaar zag, kan feitelijk als hoofdbehandelaar van patiënt worden aangemerkt. Nadat patiënt in januari 2007 door de orthopedisch chirurg uit behandeling was ontslagen heeft patiënt meermaals bij verweerder geklaagd over de pijn in zijn linkerheup en toegenomen beperkingen, al zijn patiënt en verweerder het niet eens over de mate waarin daarover is geklaagd. Deze aanhoudende klachten en daarnaast het toenemende gewichtsverlies had er toe moeten leiden dat verweerder de regie had genomen en allereerst patiënt zelf eens had onderzocht in de buik/heupregio, vervolgens hetzij contact met de orthopedisch chirurg had moeten opnemen dan wel patiënt nadrukkelijk had moeten terugverwijzen naar de orthopedisch chirurg. Het enkel 'adviseren' van patiënt de orthopedisch chirurg wederom te consulteren was daartoe niet voldoende nu verweerder wist dat de orthopedisch chirurg patiënt uit behandeling had ontslagen en verweerder zelf bij vervolggconsulten heeft kunnen constateren dat patiënt het - volgens verweerder gegeven - advies kennelijk niet had opgevolgd. Overigens is in het ongewisse gebleven of verweerder patiënt wel heeft geadviseerd om naar de orthopedisch chirurg terug te gaan. Patiënt heeft dat bestreden, evenals zijn zwager die in ieder geval twee maal bij een consult met verweerder aanwezig was, terwijl in het poliklinisch dossier ter zake geen enkele aantekening is gemaakt.

Het college vindt het overigens niet getuigen van professioneel handelen dat verweerder patiënt heeft verwezen voor gastroscopie en coloscopie zonder een voorafgaand basaal lichamelijk onderzoek verricht te hebben. Bovendien heeft hij nagelaten patiënt in verband met de aanhoudende pijnklachten te onderzoeken en/of terug te verwijzen naar de orthopedisch chirurg.

De klacht is derhalve voor zover het betreft het onzorgvuldig handelen gegrond.

Voor zover de klacht is gericht tegen het geven van onvoldoende voorlichting aan patiënt in of omstreeks juli 2008 zal de klacht ongegrond worden verklaard. Middels de brief van de reumatoloog van 7 mei 2008 met als bijlage de brief van 11 januari 2008 van verweerder, had een voldoende overdracht naar het I plaatsgevonden. Nu verweerder via de huisarts heeft geprobeerd in contact met patiënt te komen doch van de huisarts hoorde dat patiënt niet meer door artsen van de E behandeld wilde worden, rustte op verweerder geen verdere verplichtingen meer.

Nu de klacht deels gegrond wordt verklaard, zal het college een maatregel opleggen. Het college acht een waarschuwing passend. Ingevolge artikel 71 van de wet BIG bepaalt het College op gronden ontleend aan het algemeen belang dat deze beslissing zal worden bekend gemaakt op de wijze zoals hieronder vermeld.

6. DE BESLISSING

het college:

-waarschuwt verweerder!

-bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekend gemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. E.W. de Groot, voorzitter, mr. dr. Ph. S. Kahn, lid-jurist, en dr. P.H. Wiersma, A.M. Rijken en J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. K.M. Dijkman, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 27 mei 2010 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. K.M. Dijkman, secretaris.

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 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 gelegenheid 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 Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.