

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 128/2009

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 14 oktober 2010 aanleiding van de op 31 juli 2009 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, cardioloog, werkzaam te D,

bijgestaan door mr. C.W.M. Verberne, advocaat te Eindhoven,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Klaagster heeft een klaagschrift ingediend. Verweerder heeft een verweerschrift ingediend. Partijen hebben vervolgens gerepliceerd en gedupliceerd. Op verzoek van de secretaris zijn de relevante medische dossiers overgelegd. Beide partijen hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 3 september 2010, alwaar zijn verschenen klaagster in persoon bijgestaan door haar dochter E, en verweerder in persoon bijgestaan door zijn gemachtigde.

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.

De klacht betreft een (andere dan genoemde) dochter van klaagster, F, geboren op 15 augustus 1991, hierna patiënte. Patiënte was in 2007, in verband met recidiverende wegrakingen in behandeling bij de neuroloog in het G. Patiënte was destijds 16 jaar oud. De neuroloog schrijft naar aanleiding van zijn onderzoek aan de huisarts van patiënte bij brief van 16 oktober 2007 -voor zover van belang-: *“De huidige aanval past niet in het kader van epilepsie en doet vanwege de kenmerkend uitlokkende factor schrik, lawaai, pijn, in dit geval een aflopende wekker, denken aan een QT syndroom. Met deze vraagstelling heb ik patiënte dan ook verwezen naar de cardiologen alhier. Ik heb geadviseerd de Depakine medicatie weer af te bouwen.”*

Op het poliklinisch verwijsformulier aangevraagd door de neuroloog bij de cardioloog op 16 oktober 2007 staat: **“Door ‘schrik’ geïnduceerde afwijking, wekker collaps”** De vraagstelling luidt **“QT syndroom ?”**.

Verweerder ziet patiënte vervolgens op 11 december 2007. Verweerder doet verslag aan de huisarts bij -per abuis op 4 december 2007 gedateerde- brief. Hij vermeldt wat betreft de voorgeschiedenis van patiënte dat eerdere EEG's geen specifieke epileptische afwijkingen lieten zien. Verder schrijft hij ondermeer: **“Anamnese: Drie jaar geleden eerste aanval. Bij opstaan toen ‘wegvallen’. Toen voelde ze het niet aankomen. Tegenwoordig nog wel bij opstaan en moet dan eerst rustig op rand van bed gaan zitten. Tijdens wegraking vroeger eerst trekkingen en verkrampingen. Tegenwoordig echter is ze slap en maakt rare geluiden. Snurkende ademhaling en daarna kreunen. Tegenwoordig voelt ze het wel aankomen. (koud en licht in het hoofd). Mogelijk ook snelle hartactie. In oktober een aanval na een afgaande wekker. () medicatie geen. () ECG: sinusritme, 105/min, intermediaire hartas, normale repolarisatie, QT 0.36 s. Holter (13-12-07) () Geen ritme of geleidingsstoornissen. Conclusie : 16-jarige jonge vrouw met wegrakingen. Klachten doen vasovagale reacties vermoeden. Analyse bij neurologie loopt nog. Aanwijzingen voor een ‘long-QT’ syndroom heb ik op het ECG niet, zo ook niet voor een ‘short-QT’ syndroom. Ook komt er in de familie geen acute hartdood voor. Aanvullend werd nog een Holter vervaardigd waarbij geen afwijkingen. Ik gaf patiënte een folder mee van het AMC over flauwvalreacties. Revisie:geen afspraak gemaakt.”**

Verweerder leest op het ECG een QT-interval van 360ms (QT 360 ms) bij een hartfrequentie van 105 slagen per minuut. Uitgaande van deze meting is de voor de hartfrequentie gecorrigeerde QT-tijd in dit geval verlengd, namelijk 476ms. De Qtc-tijd bij vrouwen dient onder de 460 ms te liggen.

Blijkens het aanvraagformulier voor de Holter heeft verweerder een 24-uurs registratie aangevraagd en kruist hij bij de indicatie “wegrakingen” aan. De mogelijke indicatie “QT analyse” heeft hij niet aangekruist. Verweerder heeft de uitslag op 11 januari 2008 telefonisch aan klaagster doorgegeven.

Op 5 oktober 2008 is patiënte opgenomen op de IC na een reanimatie thuis door haar ouders. Zes uur na binnenkomst was er sprake van recidiverende ventriculaire tachycardieën en Torsade de Pointes waarvoor cardioversie/defibrillatie nodig was. Op ECG was de QT-tijd pathologisch verlengd. Patiënte is overgeplaatst naar het H in I voor verdere electrofysiologische behandeling. Ze heeft een Internal Cardioverter Defibrillator (ICD) gekregen. De situatie heeft patiënte zeer aangegrepen maar ze heeft aan een en ander geen neurologische schade overgehouden.

Inmiddels is bij andere familieleden, ondermeer bij klaagster en haar broer, aan de hand van onderzoek vastgesteld dat zij aan het LQT2-syndroom lijden.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij in 2007 niet heeft gezien dat er sprake was van het LQT-syndroom. Zijn nalatigheid, nonchalance en onnauwkeurigheid hebben ernstige gevolgen gehad; hij heeft patiënte en de hele familie in levensgevaar gebracht.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hem geen tuchtrechtelijk verwijt valt te maken. Hij heeft dit als volgt toegelicht.

Hij heeft conform de toen vigerende richtlijnen nauwgezet onderzoek gedaan. Op grond van zijn bevindingen van het ECG kon en hoefde hij indertijd de diagnose van een lang

QT-syndroom niet te stellen. De bij patiënte gemeten QT-tijd is normaal voor een normaal hartritme. Gezien de enigszins toegenomen hartfrequentie had verweerder moeten corrigeren. Of dit tot een andere afweging had geleid betwijfelt verweerder. De slechts licht verlengde (voor de hartfrequentie gecorrigeerde) QTc-tijd vormde op zich onvoldoende aanleiding om de kans op het syndroom hoog in te schatten. In de literatuur ligt toch vooral de nadruk op de familieanamnese en die was negatief nu acute hartdood niet voorkwam. Verweerder weet niet meer of het verhaal van de wekker hem verteld is. Er waren geen wegrakingen bij moeder gemeld. Zelfs na de reanimatie was er bij de eerste ECG's geen sprake van een verlengde QT-tijd of tekenen van ischemie. Verweerder heeft tot slot nog aanvullend Holteronderzoek laten doen. Verweerder heeft nog naar patiënte geïnformeerd in D en aangeboden om met haar te spreken. Verweerder zal zijn werkwijze in die zin aanpassen dat hij een dergelijke uitslag niet telefonisch zal bespreken hetgeen ook hem de mogelijkheid van een tweede moment van informatieverzekering biedt.

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

Het college is van oordeel dat verweerder zich onvoldoende zorgvuldig van zijn taak gekwetend heeft. Verweerder had, mede gezien de gerichte vraagstelling van de neuroloog, op

basis van ECG en de anamnese en zeker in samenhang, onvoldoende zekerheid om het Lang QT-syndroom uit te sluiten.

In de eerste plaats had verweerder de gevonden QT-tijd met de hartfrequentie van patiënte moeten corrigeren. Het staat tevens vast dat de daarbij passende QTc-tijd verlengd was. Reeds afgaande op de meting van verweerder was er sprake van een verlengde QTc-waarde. De hartslag varieerde echter tussen 115 en 105, zodat het meer reëel is van een hartslag van 110 uit te gaan. Daarbij komt dat op het ECG de P-golf al begint voordat de T-golf de basislijn had bereikt, waardoor een QT van 400 ms evenzeer verdedigbaar is. In het meest ongunstige geval resulteren deze twee gegevens in een QTc van 540 ms, hetgeen verontrustend hoog mag heten. Deze bevinding, waarvoor verweerder in elk geval geen verklaring kon vinden in bijvoorbeeld medicijngebruik van patiënte (in casu geen), rechtvaardigt in geen geval verweerders hierboven geciteerde conclusie dat hij op grond van het ECG geen aanwijzingen had voor het Lang QT-syndroom.

Ook de anamnese geeft duidelijk een aanwijzing voor die diagnose. Enerzijds is daar het verhaal van de aanval na het afgaan van de wekker, een omstandigheid die een duidelijke indicatie vormde voor het Lang QT-syndroom. Verweerder stelt dat hij bij zijn onderzoek op 11 december 2007 niet de beschikking had over dit gegeven uit de brief van de neuroloog van 16 oktober van dat jaar. Verweerder had dit echter niet over het hoofd kunnen zien. De wekker wordt ook genoemd op het verwijsformulier waarover hij, zoals hij ter zitting heeft verklaard, beschikte bij zijn onderzoek op 11 december 2007. Bovendien draagt verweerder zelf de verantwoordelijkheid voor een (bovendien tijdige) dossiervoering en hij had deze informatie dan ook in elk geval in de brief van de neuroloog van 16 oktober 2007 kunnen lezen. Ten slotte vermeldt verweerder de wekker zelf bij de anamnese in zijn verslagbrief aan de huisarts. Zo het al juist is dat verweerder dit zich pas later gerealiseerd heeft, dan had hij zijn conclusie op basis daarvan nog kunnen bijstellen. Ook de in de anamnese genoteerde feiten als snurkende en kreunende geluiden en aanvallen op bed zouden eerder kunnen passen bij het Lang QT-syndroom dan bij vasovagale reacties. Nog daargelaten dat de neuroloog dit gelet op zijn specifieke vraagstelling kennelijk niet als een waarschijnlijke diagnose beschouwde. Verweerder had gelet op zijn bevindingen onvoldoende antwoord op de hem gestelde vraag en had als te doen ge-

bruikelijk bij een verlengde QT-waarde patiënte naar een specialistisch centrum moeten doorverwijzen voor nader onderzoek. Bij het Holteronderzoek dat hij nog heeft laten doen had hij in elk geval ook “QT-analyse” kunnen aankruisen, zonder de zoekvraag al te zeer in te perken.

5.3

Gelet op het bovenstaande is de klacht gegrond en moet een maatregel worden opgelegd.

Verweerder heeft op meerdere punten, met name bij de interpretatie van het ECG en de anamnese, zaken over het hoofd gezien die essentieel zijn. Hij heeft er bovendien geen blijk van gegeven dat hij zijn conclusie zou hebben herzien op basis van de hem later of thans bekende gegevens. Op grond hiervan zou aan de ernst van het verwijt geen recht worden gedaan als een lichtere maatregel dan een berisping zou worden opgelegd.

6. DE BESLISSING

Het college berispt verweerder!

Aldus gedaan in raadkamer door mr. A.L. Smit, voorzitter, mr. E.W.M. Meulemans, lid-jurist, en dr. R. Brons, dr. R.H. Boerman en drs. H.A. van Dijk, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. B.E.H. Zijlstra-Bauer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 14 oktober 2010 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, 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 aan-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.