

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2010/301

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE AMSTERDAM

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 28 oktober 2010 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
k l a a g s t e r,

tegen

C,
neuroloog,
wonende te D en werkzaam te E,
v e r w e e r d e r,
gemachtigde mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht.

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;
- het medisch dossier, binnengekomen op 23 juni 2011.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

De klacht is ter openbare terechtzitting behandeld.

Klaagster was met bericht van verhindering afwezig. Zij werd vertegenwoordigd door haar partner F. Verweerder was aanwezig. Hij werd bijgestaan door mr. Nunes voornoemd. Zowel F als mr. Nunes hebben een toelichting gegeven aan de hand van pleitnota's die aan het college en de wederpartij zijn overgelegd.

2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Klaagster is de dochter van G, geboren op maart 1934 en overleden mei 2005, verder te noemen: patiënt.

2.2 Verweerder is als neuroloog verbonden aan het H te E, verder te noemen: het ziekenhuis.

2.3 In de status staat vermeld dat patiënt bekend was met een coloncarcinoom, diabetes mellitus type II, COPD, hyponatriemie, alcoholabusus en polyneuropathie.

2.4 Op 27 januari 2005 is patiënt op verwijzing van de huisarts op de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) gezien wegens wegrakingen. Op het SEH verslag staat onder andere vermeld dat patiënt bij onderzoek niet kon staan en moest worden ondersteund. Als conclusie staat vermeld: "onduidelijke oorzaak voor wegrakingen" en als beleid: "opname neuro". In het dossier staat bij neurologisch onderzoek onder het kopje Benen Staan, lopen vermeld: "lukt niet, moeizaam". Bij aanvullend onderzoek, waaronder een electro-encephalogram (EEG), werden geen bijzonderheden gezien. Op 1 februari 2005 is patiënt uit het ziekenhuis ontslagen. In de ontslagbrief van 2 februari 2005 van verweerder aan de huisarts staat vermeld als conclusie: "Orthostatische hypotensie mogelijk op basis van autonome neuropathie". Verweerder heeft patiënt voor verdere analyse van de klachten verwezen naar de polikliniek interne geneeskunde en geadviseerd patiënt bij aanhoudende invaliderende klachten door te verwijzen naar een collega internist in het I..

2.5 Van 4 tot 18 februari 2005 is patiënt vervolgens opgenomen geweest op afdeling Interne Geneeskunde van het ziekenhuis. In de ontslagbrief van 18 februari 2005 van de internist aan de huisarts staat als conclusie vermeld: "orthostatische hypotensie, waarbij collaps". Er werd een poliklinische afspraak gemaakt voor 3 maart 2005.

2.6 In het poliklinisch dossier staat onder 4 maart 2005 vermeld dat patiënt niet meer kon lopen en dat naar aanleiding daarvan de neuroloog is gebeld voor overleg. Afgesproken werd –na een aanbod van de neuroloog naar de afdeling SEH te komen- dat patiënt met spoed op de polikliniek Neurologie zou worden gezien.

2.7 Op 7 maart 2005 heeft verweerder patiënt vervolgens gezien op zijn poliklinisch spreekuur. Verweerder noteerde onder andere in het poliklinisch dossier: "A/ al maanden achteruit geen kracht benen rugpijn (+)". Als conclusie -na neurologisch onderzoek- staat in het poliklinische dossier vermeld: "1. Polyneuropathie axonaal, senso > motorisch 2. Onverklaard onvermogen te lopen". Een röntgenfoto van de lumbale wervelkolom liet een ingezakte wervel ter hoogte van L1 zien. Patiënt is vervolgens via de afdeling SEH opgenomen op de afdeling neurologie van het ziekenhuis. De arts-assistent neurologie noteerde in het klinisch dossier als anamnese "chron toenemende loopstoornissen, zakt door benen, al mnd rugpijn, urine + def inc".

2.8 Over de op 8 maart 2005 gemaakte MRI van de lumbale wervelkolom noteerde de arts-assistent neurologie in het dossier: "RM niet bedreigd HNP L4-L5".

2.9 De conclusie van het op 9 maart 2005 verrichte electromyografisch onderzoek (EMG) luidde: "Axonale sensomotore polyneuropathie voornamelijk aan de onderste extremiteiten" De diezelfde dag in consult gevraagde orthopeed achtte geen instabiliteit van de wervelkolom aanwezig en gaf toestemming om patiënt te mobiliseren.

2.10 Op 11 maart 2005 noteerde de arts-assistent neurologie in het journaal over het beleid "(...)mobiliseren met FT" en op 15 maart 2005 werd genoteerd: "Werkt niet mee bij verpleging wil alleen met FT mobiliseren". Als beleid werd genoteerd (...) FT spreekt met vpk af wat hij kan wat betreft mobilisatie".

2.11 Op 16 maart 2005 heeft op verzoek van verweerder een collega van hem patiënt neurologisch onderzocht. Over dit onderzoek noteerde hij in het journaal onder andere: " iliopsoas 4/5 quadriceps 5/4- tib.ant. 4-/4 ext.hal. 4-/4 peroneus 4/4+ bij –met uitzondering van en beiderzijds niet opwekbare achillespeesreflex –aan armen en benen duidelijk verhoogd (+2) reflexpatroon met indifferente voetzoolreflex beiderzijds". Op grond van zijn bevindingen bij onderzoek was zijn conclusie: "1) polyneuropathie 2) geen duidelijke verklaring voor door benen zakken." De arts-assistent neurologie noteerde diezelfde dag op het afsprakenblad: "(...)indien dhr goed gemobiliseerd is kan dhr naar huis".

2.12 Op 18 maart 2005 werd door de arts-assistent neurologie in het journaal genoteerd: "loopt kleine stukjes met rollator komt niet v. lig tot zit, bij FT lukt dit wel B/ weekend afwachten hierna kijken of ontslag mogelijk is. (...) FT: nog niet veilig om naar huis te gaan"

2.13 Verweerder is daarna van 19 tot en met 29 maart 2005 afwezig geweest wegens verlof.

2.14 In voornoemde periode werd op 21 maart 2005 onder andere in het journaal genoteerd: "cô goed vannacht gevallen (...) Pat voelt zich minder(...)". Op 22 maart 2005 werd door de arts-assistent neurologie genoteerd: "vanochtend gevallen. Geen pijn kan ene keer wel op benen staan andere keer niet. RR 110/70 T 36 P60 O/ iliopsoas 3/3 quadric 3/3 tibant 3/3 m.ext.h 1/3 peroneus 3/3 FT: krijgt hem niet meer aan 't lopen staan lukt wel waarbij hij veel op armen steunt romp slap indruk dat hij zijn best doet"

2.15 Op 24 respectievelijk 25 maart 2005 staat op het verpleegkundig informatieblad vermeld: "gesprek vrijdag met familie tijdelijk bed verzorgingshuis x lwk geen bijzonderheden x knie geen bijzonderheden verkeerd bed" respectievelijk "Dhr gaat 31/3 naar J Dhr weet dat hij dan 4 uur per dag op moet kunnen zitten, en zelfstandig moet kunnen urineren".

2.16 Op 30 maart 2005 heeft een gesprek met verweerder en de familie plaatsgevonden. Diezelfde dag werd het EMG onderzoek herhaald, waarbij vergeleken met het onderzoek op 9 maart geen wezenlijke verbetering werd gezien.

2.17 Op 31 maart 2005 is patiënt uit het ziekenhuis ontslagen en overgeplaatst naar woonzorgcentrum J. In de ontslagbrief van 5 april 2005 van verweerder en de hiervoor onder 2.14 bedoelde arts-assistent neurologie aan de huisarts staat onder het kopje Decursus vermeld:"(...)Bij neurologisch onderzoek bleek er geen sprake van verminderde spierkracht te zijn.(...). Onder het kopje Advies/Behandeling staat voorts vermeld:

(...) Het verzoek van de familie is om patiënt op te roepen voor een second opinion in het I aangezien er geen duidelijke oorzaak is gevonden voor het door de benen zakken van patiënt." Er werd een poliklinische afspraak met verweerder voor controle gemaakt voor 29 april 2005. Voorts werd door verweerder een ANA-onderzoek aangevraagd, waarvan de uitslag op 12 april 2005 positief was bevonden.

2.18 Op 20 april 2005 heeft verweerder patiënt op verzoek van de huisarts met spoed op de afdeling SEH gezien wegens ondermeer toenemend krachtsverlies in de benen. Bij lichamelijk onderzoek was sprake van ernstig krachtsverlies in de benen en een functiestoornis ter hoogte van de borstwervels beoordeeld als mogelijk berustend op een myelopathie hoger thoracal. Omdat het MRI-apparaat defect was, werd patiënt met spoed overgeplaatst naar het I. Patiënt is op 15 mei 2005 overleden. In de brief van 7 juni 2005 van de neuroloog aan de huisarts staat als conclusie vermeld: "1. Paraneoplastische myelopathie (anti-Hu, anti-CV2 bij kleincellig longcarcinoom) en 2. Recidief coloncarcinoom."

2.19 Bij brief van 29 mei 2006 heeft klagster een vrijwel gelijklopende klacht tegen het ziekenhuis en onder andere verweerder ingediend bij de klachtencommissie van het ziekenhuis. Deze klacht is bij uitspraak van 31 juli 2009 gedeeltelijk gegrond verklaard.

3. De klacht en het standpunt van klagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder is tekortgeschoten in de zorg die hij jegens patiënt had behoren te betrachten. Klagster heeft de volgende klachtonderdelen naar voren gebracht:

1. verweerder heeft in zijn diagnostisch proces ten aanzien van patiënt onzorgvuldig gehandeld;
2. verweerder heeft geen externe second opinion laten verrichten;
3. verweerder heeft klagsters verzoek om een second opinion niet serieus genomen;
4. verweerder heeft na de uitslag van het ANA-onderzoek op 12 april 2005 geen vervolgonderzoek laten verrichten;
5. verweerder heeft 1) een psychogene oorzaak van de klachten van patiënt verondersteld zonder daarover 2) een specialist, zoals een psychiater, te raadplegen;
6. verweerder heeft de klachten van patiënt niet serieus genomen;
7. verweerder heeft als hoofdbehandelaar geen samenhangende zorg ten aanzien van patiënt verleend;
8. verweerder heeft 1) onjuiste en onvolledige informatie aan de verpleegkundigen verstrekt en bovendien 2) geen zicht op deze door hem gegeven instructies gehouden;
9. verweerder heeft onzorgvuldig gehandeld door 1) de beslissing te nemen patiënt over te plaatsen en bovendien hem 2) naar J over te plaatsen;
10. verweerder heeft 1) onjuiste en onvolledige informatie aan J verstrekt en bovendien 2) geen zicht op deze gegeven instructies gehouden.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De overwegingen van het college

5.1 De klachtonderdelen vertonen een zodanige samenhang met elkaar dat die gezamenlijk zullen worden behandeld. De kern van het verwijt is – klachtonderdeel 9 - dat verweerder de beslissing heeft genomen patiënt over te plaatsen, en wel naar J. Dienaangaande wordt vastgesteld dat verweerder als hoofdbehandelaar verantwoordelijk was, en –naar wordt aangenomen met uitzondering van de periode tijdens zijn afwezigheid van 19 tot en met 29 maart 2005- is gebleven, voor het beleid en de behandeling van patiënt.

Verder wordt vastgesteld dat in de decursus negen pagina's -betreffende de periode van 22 tot 30 maart 2005- ontbreken die de afwezigheidsperiode van verweerder grotendeels overlappen. Niet duidelijk is geworden wie verweerder tijdens diens afwezigheid heeft waargenomen. Een en ander is te betreuren, nu het alles behalve waarschijnlijk is dat in de op 22 maart 2005 (zie onder de feiten bij 2.14) geconstateerde verslechtering in de toestand van patiënt in de dagen daarna een zodanige verbetering is gekomen dat ontslag uit het ziekenhuis en overplaatsing naar J verantwoord was.

Verweerder was na zijn afwezigheid weer op 29 maart 2005 terug in het ziekenhuis. Op deze datum moet de (blijvende) verslechtering in de toestand van patiënt zichtbaar zijn geweest. Ondanks dat de familie in een speciaal aangevraagd gesprek met verweerder haar bezorgdheid over het voorgenomen ontslag (opnieuw) had geuit, heeft verweerder ingestemd met de overplaatsing van patiënt. Dat had verweerder niet mogen doen zonder het journaal nog eens te raadplegen. Ook had het op zijn weg gelegen overleg te plegen met de onbekend gebleven collega die voor hem had waargenomen en/of met de onder 2.14. bedoelde arts-assistent, die de ontslagbrief mede heeft ondertekend. Deze personen waren op de hoogte van het beloop van de situatie van patiënt in de achterliggende periode en aldus in staat om verweerder naar behoren te adviseren. Collegiaal overleg is echter gesteld noch gebleken.

Ook had het op verweerders weg gelegen om de behandelend fysiotherapeut te raadplegen. Deze immers had blijkens de aantekening in het journaal (zie hierboven onder 2.12) , nota bene al voordat de verslechtering intrad, de overtuiging dat patiënt nog niet veilig kon worden gemobiliseerd.

Het is, ten slotte, zelfs de vraag of verweerder zich bewust is geweest van de op 22 maart 2005 geconstateerde verslechtering, nu hij in de mede door hem ondertekende ontslagbrief van 5 april 2005 in tegenspraak met de feiten heeft opgemerkt dat bij neurologisch onderzoek geen verminderde spierkracht was gebleken.

5.2 Op een cruciaal moment is beslist dat patiënt het ziekenhuis zou verlaten en naar J zou worden overgeplaatst. Dit was het moment dat, ondanks de verrichte onderzoeken, weliswaar werd uitgegaan van een diagnose bij patiënt (polyneuropathie, poliklinisch dossier dd. 7 maart 2005; zie hiervoor onder 2.7) maar geen afdoende verklaring bestond voor het inmiddels gebleken toenemend krachtsverlies van patiënt. Hoewel er geen aanwijzingen zijn dat verweerder zich bij zijn beleid heeft laten leiden door de veronderstelling dat het bij patiënt ging om een psychogene oorzaak (in zoverre is klachtonderdeel 5 ongegrond), is anderzijds ook niet gebleken dat genoemd krachtsverlies in de benen verweerder tot nadere kritische beschouwing heeft gebracht, noch in de periode tot 19 maart 2005 noch in de dagen vanaf 29 maart 2005 totdat patiënt op 31 maart 2005 is ontslagen. Het college is van oordeel dat verweerder rekening had moeten houden met de mogelijkheid dat de toenemende klachten en beperkingen van patiënt het gevolg konden zijn van nog andere neurologische aandoeningen (zoals een aandoening van

het ruggenmerg) of van niet- primair neurologische aandoeningen (systeemziekten, oncologische aandoeningen).

5.3 Verweerders raadsman heeft tijdens de behandeling ter zitting benadrukt dat de subjectieve klachten van patiënt steeds verschilden van de objectieve bevindingen en dat, na de verschillende onderzoeken, de klachten van patiënt op zichzelf goed verklaarbaar

waren vanuit de reeds bekende polyneuropathie. Niettemin is het college van oordeel dat, hoewel het verweerder volgt in zijn uitspraak dat het, later gebleken, paraneoplastisch syndroom uiterst zeldzaam is en moeilijk te "herkennen", hij rekening had moeten houden met de mogelijkheid dat de toenemende klachten en beperkingen van patiënt op iets heel anders berustten dan deze polyneuropathie, waarbij bovenbeschreven duidelijk verhoogde reflexen aan armen en benen bij de geconstateerde verder motorische achteruitgang ook al een probleem op ruggenmergniveau had kunnen wijzen. Cruciaal in het geheel blijkt echter, dat de beschreven motorische achteruitgang niet is (h)erkend, zodat ook geen verder aanvullend onderzoek meer heeft plaatsgevonden. Overigens werden in de conclusie van genoemde ontslagbrief van 5 april 2005 de klachten over door de benen zakken en polyneuropathie juist ook niet met elkaar in causaal verband gebracht en het door de benen zakken feitelijk als neurologisch niet verklaard beoordeeld.

5.4 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht, op onderdeel 5 na, in al haar onderdelen gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens patiënt had behoren te betrachten.

De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege waarschuwt verweerder.

Aldus gewezen op 1 november 2011 door:

mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter,

D.E. de Jong, G. Tiessens en dr. J.D. Banga, leden-arts,

mr. E.W.M. Meulemans, lid-jurist,

mr. P. Tanja, als secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 1 november 2011 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. J.S.W. Holtrop, voorzitter

w.g. P. Tanja, secretaris