

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2016/018

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 18 januari 2016 binnengekomen klacht van:

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

tegen

C,
arts,
werkzaam te D,
v e r w e e r d e r,
gemachtigde: mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift;
- het aanvullende klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- de op 23 augustus 2016 binnengekomen brief van klaagster met een bijlage.

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

De klacht is op de openbare zitting van 8 november 2016 gezamenlijk en gelijktijdig behandeld met de klachten in de zaken 16/033, 16/034 en 16/036 op de voet van artikel 57 lid 2 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

Partijen waren aanwezig. Klaagster werd bijgestaan door B. Vos, belangenbehartiger van de familie A en verweerder door mr. Nunes.

Beide partijen hebben een toelichting gegeven aan de hand van schriftelijke aantekeningen die aan het college en de wederpartij zijn overgelegd.

Klaagster is in de gelegenheid gesteld om binnen een week na afloop van de zitting schriftelijke stukken met betrekking tot de IGZ, de calamiteitencommissie en de klachtencommissie in het geding te brengen. Deze stukken zijn op 10 november 2016 door

het college ontvangen. Verweerder heeft daarop binnen twee weken kunnen reageren. Deze reactie is op 25 november 2016 binnengekomen.

2. De feiten

2.1 Op maandag 20 mei 2013 (tweede Pinksterdag) is de moeder van klagster mevrouw E, geboren 1949, thuis bezocht door de dienstdoende huisarts van de huisartsenpost F. Hij heeft haar onderzocht en per ambulance verwezen naar de afdeling spoedeisende hulp van het G. Op het overdrachtsformulier heeft hij aangetekend dat patiënte hevige pijn in haar rug had. Als differentiaal diagnose heeft hij vermeld: "Inge-zakte wervel THWK / pleuritis carcinomatosa / aneurysma aortae / longembolie". Patiënte had een pijnscore van zes.

2.2 Verweerder had op 20 mei 2013 dienst als SEH-arts. Hij heeft patiënte direct na aankomst zelf beoordeeld. Daarbij heeft hij kennis genomen van de hiervoor genoemde differentiaal diagnose. In een brief van dezelfde datum aan de huisarts van patiënte schreef hij, na overleg met internist H, onder meer het volgende:

Anamnese:

Vanochtend opgestaan om naar het toilet te gaan. Op dat moment nog geen klachten. Toen patiënte van het toilet wilde opstaan, plots ontstane pijn in de rug. Niet ter plaatse van de wervelkolom, maar de 'strengen ernaast zijn pijnlijk'. Geen uitstraling. Pijn is niet houdings- of bewegingsafhankelijk. Vanochtend paracetamol uitgebraakt. Vanmiddag nog geprobeerd boterham met melk te eten/drinken, direct uitgebraakt. Na diclofenac-zetpil van huisarts, een uur afname van pijnklachten. Vervolgens kwamen de klachten terug. Geen effect op NTG. Na tentanyl kortdurend pijnvrij. Zolang patiënte niet eet is ze niet misselijk. Geen pijn in de buik. Geen dyspnoe, bij diep doorzuchten afname van pijnklachten. (...)

Controles bij binnenkomst (16:53:00 uur):

temp: 36.2°C (Oor), pols: 82 / min Reg., RR re: 188/113 mm Hg. Saturatie zonder zuurstof: 96%.

Lichamelijk onderzoek:

Cor S1S2, geen soufflé

Pulmones vesiculair ademgeruis beiderzijds, geen bijgeluiden

Abdomen levendige, wat hoogklinkende peristaltiek, soepel, enige drukpijn epigastrio

Wervelkolom: geen drukpijn, geen asdrukpijn

Paravertebraal beiderzijds, L>R, tpv overgang thoracale – lumbale wervelkolom drukpijn.

Aanvullend onderzoek:

ECG: storing op basislijn, lijkt sinusritme, 69/min, intermediaire hartas, normale geleidingstijden, geen ST elevatie/depressie

X-thorax:

X-BOZ:

(...)

Conclusie:

C/ myogene rugklachten. Geen bovenbuikspathologie aantoonbaar.

Beleid:

B/ Start tramal 50 mg 3ddl

Patiënte heeft al een afspraak voor iets anders staan morgen bij de huisarts. Zo nodig verder overleg over pijnstilling.

Verweerder heeft in zijn brief ook de laboratoriumuitslagen vermeld. Nadat patiënte weer naar huis is gegaan is verweerder niet meer bij haar behandeling betrokken geweest.

2.3 Patiënte is op 25 mei 2013 andermaal via de huisartsenpost op de afdeling spoedeisende hulp van het G beoordeeld, nu na zelfverwijzing. Aansluitend is ze in het ziekenhuis opgenomen, waar ze op 26 mei 2013 om 11.34 uur is overleden. Er is geen obductie verricht.

3. De klacht en het standpunt van klaagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

- de extreme pijnklachten van patiënte niet serieus heeft genomen.
- patiënte arrogant heeft bejegend en geen begrip heeft getoond voor haar situatie.
- de differentiaal diagnose aneurysma aortae niet goed heeft onderzocht.
- heeft nagelaten om, nadat hij pijnstillers had voorgeschreven en patiënte heeft laten gaan, een afspraak met een specialist te laten maken om patiënte binnen een week weer terug te zien.

Klaagster stelt ter toelichting op de klacht dat de diagnose aneurysma aortae niet is onderzocht, terwijl wel op grond van de röntgenfoto door de radioloog is aangegeven dat er iets niet goed was met de aorta. Er had een scan genomen moeten worden. Verder stelt klaagster dat verweerder patiënte op zeer onbeschofte toon heeft bejegend door te zeggen: "Moet u nu hierom met een ambulance bij ons binnenkomen?". En: "Ja... is het nu een spierkwestie of moeten we nog meer onderzoeken doen?". Patiënte werd behandeld als iemand die zich aanstelde. Door dit onbeschofte gedrag durfde patiënte daarna niet eerder te klagen dan op 25 mei 2013, aldus nog steeds klaagster.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen als volgt bestreden. Hij is totaal vier keer bij patiënte geweest om de anamnese zo compleet mogelijk te krijgen. Volgens verweerder heeft hij patiënte met respect en aandacht behandeld. Bij de eerste beoordeling was zij stabiel, hoewel haar bloeddruk aan de hoge kant was. De tweede keer heeft verweerder, nadat de eerste laboratoriumonderzoeken waren verricht, de anamnese verder uitgediept. Vervolgens heeft hij de uitslagen van de onderzoeken afgewacht. Gezien de stabiliteit van patiënte was er geen acute reden tot verdergaande beeldvorming dan de aangevraagde X-thorax en een X-buikoverzichtsfoto. Nadat de eerste uitslagen van de laboratoriumonderzoeken binnen waren, ging verweerder patiënte opnieuw beoordelen. Zij stond toen in de deuropening en gaf aan veel pijn te hebben. Verweerder heeft toen gevraagd wat ze voelde en of het mogelijk een spierkwestie kon zijn, aangezien zij had verteld dat ze de dag tevoren haar kleinzoon van 17 kilo had opgetild. Niet veel later bleek dat de pijn fors was afgenomen. Toen alle resultaten van het onderzoek beschikbaar waren bleek dat er geen sprake was van noemenswaardige afwijkingen. De bloeddruk was bij meerdere metingen inmiddels normaal en patiënte was vrijwel pijnvrij. Bij telefonisch overleg met internist H, die hoofdbehandelaar was, kwamen verweerder en hij tot de werkdiagnose van myogene rugklachten. Wel moest er op korte termijn een controle plaatsvinden, hetgeen de volgende dag bij de huisarts kon. Verweerder heeft zich bevindingen direct in de hiervoor onder 2.2 geciteerde brief opgetekend en deze brief per e-mail naar de huisarts gezonden.

Verweerder voert aan dat, veronderstellenderwijs ervan uitgaande dat patiënte is overleden ten gevolge van een thoracale dissectie, een dissectie en ruptuur van de thoracale aorta, hij de diagnose dissectie niet heeft overwogen. Evenmin als internist H. De bevindingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek pasten veel meer bij rugklachten dan bij buikklachten. Bij patiënte was niet duidelijk sprake van symptomen die de

meeste patiënten met dissectie hebben: acute thoracale pijn die vaak beschreven wordt als stekend, scheurend of scherp.

Verweerder geeft te kennen dat het hem zeer spijt dat hij onmiskenbaar een diagnose heeft gemist bij patiënte. Hij wijst erop dat hij heeft meegewerkt aan het onderzoek door de calamiteitencommissie van het ziekenhuis en zich ook heeft verantwoord in de procedure bij de klachtencommissie van het ziekenhuis. In het ziekenhuis zijn diverse verbetermaatregelen genomen en verweerder heeft aan nascholing gedaan. Hij heeft aan de familie van patiënte meerdere keren een gesprek aangeboden, maar daar is niet op ingegaan.

5. De beoordeling

5.1 Ter beoordeling van het eerste, derde en vierde klachtonderdeel staat centraal de vraag of het medisch handelen van verweerder tuchtrechtelijk verwijtbaar is. Deze klachtonderdelen zullen hierna gezamenlijk worden behandeld. Bij de hierna volgende overwegingen gaat het college er veronderstellenderwijs vanuit dat patiënte is overleden ten gevolge van een thoracale dissectie, dat wil zeggen een dissectie en vervolgens ruptuur van de thoracale aorta. Niet in geschil is dat deze zeldzame aandoening lastig te diagnosticeren is en dat in dit geval verweerder patiënte zes dagen voor haar overlijden heeft onderzocht en deze diagnose niet heeft gesteld. De afloop van het gebeuren is heel tragisch maar de toetsing van het handelen van verweerder moet plaatsvinden in het licht van wat hem op het moment van zijn handelen bekend was en bekend kon zijn. Daarbij is het feit dat hij een diagnose heeft gemist niet bepalend. Het gaat erom of de wijze waarop hij tot zijn conclusies is gekomen en welke gevolgen hij daaraan heeft verbonden in strijd is met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwaam beroepsgeenoot mag worden verwacht.

5.2 Verweerder heeft patiënte na haar aankomst op de afdeling spoedeisende hulp onderzocht. Hij wist dat zij per ambulance naar het ziekenhuis was vervoerd en beschikte over de differentiaal diagnose van F. Patiënte had een pijnscore van zes en een bloeddruk van 188/113 mmHg. Ze had 60 mcg fentanyl intraveneus toegediend gekregen. Klaagster was bij haar. Lichamelijk onderzoek bij patiënte leverde geen bijzonderheden op. Patiënte gaf voornamelijk rugklachten en bovenbuikklachten aan, waarbij de rugpijn overheerste. Ze had bewegingsdrang. Ze vertelde dat ze de dag ervoor haar kleinzoon had opgetild maar pas op de dag zelf na toiletbezoek in de ochtend plotseling pijn in de rug had gekregen. Bij het onderzoek imponeerde de pijn als koliekachtig. Verweerder heeft laboratoriumonderzoek laten doen en een ECG, een X-thorax en een X-buikoverzichtsfoto laten maken. Bij latere meting van de bloeddruk had deze een normale waarde. Nadat de laboratoriumuitslagen waren binnengekomen bleek dat deze geen bijzonderheden vertoonden. Verweerder is toen naar patiënte toegegaan en trof haar met veel pijn aan. Later bleek de pijn te verminderen. De ECG en de foto's lieten geen bijzonderheden zien.

5.3 Verweerder constateerde dat de röntgenfoto van de thorax geen inzakkingsfractuur of andere evidente afwijkingen vertoonde. Een longembolie en een pleuritis carcinomatosa heeft verweerder op basis van de anamnese, de meetwaarden, het ECG en de thoraxfoto uitgesloten. Ook een aneurysma aortae werd door verweerder onwaarschijnlijk geacht, gelet op de afgenomen anamnese, de onderzoeksuitslagen, het feit dat bij buikonderzoek geen bijzonderheden werden gevoeld en het feit dat patiënte goed reageerde op de pijnstilling. Verweerder heeft niet aan een dissectie gedacht. Patiënte had geen last van een scheurende pijn tussen de schouderbladen. Uiteindelijk

is verweerder na overleg met de dienstdoende internist tot de werkdiagnose van myogene rugklachten gekomen. Omdat patiënte ernstige pijnklachten had toen ze op de afdeling kwam heeft hij een controle op korte termijn wel nodig gevonden. Patiënte had al een controle-afspraak voor iets anders bij de huisarts staan en om pragmatische redenen heeft verweerder gekozen voor een controle bij de huisarts, aan wie hij de brief die hiervoor onder 2.2 is aangehaald, heeft verstuurd.

5.4 Het verwijt van klaagster dat besloten ligt in klachtonderdelen 1, 3 en 4 (dat het medisch handelen van verweerder onvoldoende zorgvuldig is geweest) slaagt. Verweerder heeft naar eigen zeggen ruime ervaring met patiënten met een dissectie. Het is zeer aannemelijk dat patiënte daaraan leed op de dag dat zij door verweerder werd onderzocht en dat zij ernstig ziek was en hevige pijn leed toen zij bij verweerder was. Dat verweerder tot de werkdiagnose van myogene rugklachten is gekomen, bevreemdt het college dan ook. Immers, myogene rugklachten zoals na het optillen van een kleinkind zullen óf direct aansluitend aan het tillen ontstaan, óf de volgende ochtend bij het wakker worden voor het eerst optreden, maar niet acuut in de loop van de volgende dag. De huisarts die verweerder per ambulance had doorgestuurd naar het ziekenhuis had met zijn differentiaal diagnoses duidelijk gemaakt dat hij patiënte ernstig ziek achtte. Dat de verhoogde bloeddruk van patiënte normaliseerde en zij positief reageerde op de pijnstilling middels 60 mcg fentanyl was, mede gelet op de forse hoeveelheid pijnstilling die is gegeven, onvoldoende basis om te concluderen dat er geen sprake was van een vitaal bedreigde patiënte. Ook al vertoonde patiënte niet de kenmerkende symptomen van dissectie, toch had verweerder rekening moeten houden met de mogelijkheid van aandoening van de aorta (dissectie of een aneurysma). Uitwendig buikonderzoek kan dat niet uitsluiten. Verweerder heeft weliswaar naar aanleiding van zijn bevindingen overleg gevoerd met de dienstdoende internist maar heeft in dat gesprek niet gesuggereerd dat aanvullend beeldvormend onderzoek (een echo en/of CT-scan) moest worden gemaakt, hetgeen wel op zijn weg had gelegen. Opvallend is verder dat verweerder de diagnose longembolie heeft verworpen zonder aanvullend onderzoek, te beginnen met het laten bepalen van een D-dimeer. Ook is een standaard thoraxfoto niet het geëigende diagnosticum om een inzakkingsfractuur van een wervel uit te sluiten. De conclusie is dan ook dat aan verweerder een verwijt kan worden gemaakt over zijn medisch handelen en dat het eerste, derde en vierde klachtonderdeel gegrond is.

5.5 Het tweede klachtonderdeel betreft de bejegening van patiënte. Klaagster verwijt verweerder dat hij patiënte arrogant heeft bejegend en geen begrip heeft getoond voor haar situatie. Verweerder voert echter aan dat hij zich niet herkent in het verwijt en dat hij patiënte met respect en aandacht heeft behandeld. Hij heeft wel aan patiënte gevraagd of haar klacht een spierkwestie kon zijn, omdat patiënte had verteld over het optillen van haar kleinzoon.

5.6 Verwijten omtrent inhoud en wijze van mondelinge communicatie laten zich moeilijk op hun juistheid beoordelen door het college, dat van die communicatie immers geen getuige is geweest. De context en inkleding van hetgeen is gezegd kan bepalend zijn voor de betekenis ervan, maar is lastig te reconstrueren. Dat is hier ook het geval. Klaagster en verweerder hebben elk een eigen lezing van de wijze waarop verweerder zich jegens patiënte heeft geuit. Er is geen reden om aan het woord van één van hen meer geloof te hechten dan aan het woord van de ander, zodat niet kan worden vastgesteld of verweerder zich onheus heeft uitgedrukt. Dit gedeelte van de klacht moet dan ook ongegrond worden verklaard.

5.7 De slotsom is dat de klacht ten aanzien van de onderdelen 1, 3 en 4 gegrond is en ten aanzien van onderdeel 2 ongegrond. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet BIG jegens patiënte had behoren te betrachten. Voor de vraag welke maatregel passend is weegt enerzijds zwaar mee dat verweerder door zijn verwijtbaar handelen de diagnose bij patiënte, die ernstig ziek was, heeft gemist. Anderzijds heeft verweerder meerdere malen aan klaagster en haar familie spijt betoond en zijn excuses aangeboden. Hij heeft ook meegewerkt aan het onderzoek van de calamiteitencommissie en aan verbetermaatregelen in het ziekenhuis en zich toetsbaar opgesteld bij de klachtencommissie en het college. Verweerder heeft duidelijk van het tragische gebeuren geleerd. Tot slot weegt mee dat verweerder niet eerder een tuchtrechtelijke maatregel opgelegd heeft gekregen. Deze verzachtende omstandigheden leggen echter minder gewicht in de schaal dan het feit dat verweerder verwijtbaar de diagnose heeft gemist. Alles afwegend komt het college tot de maatregel van berisping.

5.8 Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekendgemaakt.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart klachtonderdeel 1, 3 en 4 gegrond;
- legt aan verweerder de maatregel van berisping op;
- wijst de klacht voor het overige af.

Bepaalt voorts dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus beslist op 8 december 2016 door:

mr. M. van Walraven, voorzitter,

drs. E.P. van Heuzen, J.I. van der Spoel en J. van Asma, leden-arts,

mr. R.E. van Hellemond, lid-jurist,

bijgestaan door mr. J.W. Rouwendal, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter zitting van 11 januari 2017 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG secretaris

WG voorzitter