

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 1710

Uitspraak: 4 oktober 2017

**HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS-
ZORG**

TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 17 januari 2017 binnengekomen klacht van:

[A]
wonende te [B]
klaagster
gemachtigde [C] te [D]

tegen:

[E]
cardioloog
destijds werkzaam te [F]
verweerder

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift en de aanvulling daarop
- het verweerschrift
- de repliek en de aanvullingen daarop met twee cd-roms
- de dupliek
- het proces-verbaal van het mondelinge vooronderzoek d.d. 11 augustus 2017
- de brief van gemachtigde van klaagster, ontvangen op 22 augustus 2017
- de pleitnotitie van verweerder overhandigd op 4 september 2017.

De klacht is ter openbare zitting van 4 september 2017 behandeld. Partijen waren aanwezig. Klaagster werd bijgestaan door haar gemachtigde.

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende.

Klaagster is bekend met een Hypertrofische Cardiomyopathie (hierna: HCM). Hiervoor is zij van 1994 tot maart 2013 onder controle geweest bij verweerder.

In 1995 tot en met 2002, 2006, 2008, 2012 en 2013 heeft verweerder een echo laten maken. In de laatste echocardiografieverslagen is onder "conclusie" het volgende genoteerd:

Echo 25-09-2006:

"Afwijkende echocardiografie

Hypo tot akinesie anterior, hypertrofisch septum, licht verminderde systolische functie, duidelijk gestoorde relaxatie, gradient outflow tractus bij SR 85/min van 6 mmHg (geen obstructie), geen mitralisklepinsufficiëntie of SAM, VCI wijd en collabeert onvoldoende."

Echo 03-12-2008:

"Afwijkende echocardiografie

Evident hypertrofische linker ventrikel met redelijke systolische functie, hypertrofie het meest uitgesproken thv septum (tot max 16 mm), septum is evident hypokinetisch. Goede rechter ventrikel functie. Gedilateerd linker atrium. Goede functie aortaklep, geen gradient van belang over Ivt/aortakleptraject. Spoortje mitralisklepinsufficiëntie, enige chordale SAM. Spoortje tricuspidalisklepinsufficiëntie. VCI slank en collabeert voldoende."

Echo 03-02-2012:

"Afwijkende echocardiografie

Niet gedilateerde LV. Op PSAX septum (niveau papill spier) oogt hypertrofisch (14 mm) tov overige segmenten. Anteroseptaal hypokinetisch. Redelijke syst. LVfunctie. Niet gedilateerde RV met goede RVfunctie. Royaal LA. Tricuspidale Ao-klep met goede functie. Geringe, eccentriche MI, geen SAM. Geringe TI. VCI slank en collabeert goed."

Echo 04-02-2013:

"Afwijkende echocardiografie

Niet gedilateerde LV, licht hypertrofe LV (septum op PSAX papill. niveau 15mm) met matige systolische LVfunctie (akinesie anteroseptaal en apicaal) en dyssynchron contractiepatroon. Niet gedilateerde RV met goede RVfunctie. Gedilateerd LA. Tricuspidale aortaklep met goede functie. Geen verhoogde grad. LVOT. Geringe eccentriche MI. Spoor TI. VCI slank en collabeert goed."

De ventriculaire ejectie fractie (LVEF) is gemeten in 1995 (78%), 1998 (60%), 2002 (45-55%) en in 2008 (45-55%).

Er is een Holter-ECG gemaakt in 2002 tot en met 2006, 2007, 2011, 2012, 2013, 2014. Eind januari 2014 heeft een spoedopname plaatsgevonden in een ander ziekenhuis in verband met atriumfibrillatie met hoog oplopende ventrikelfrequentie. Bij het op dat moment verrichte echografisch onderzoek werd een transmurale fibrose van grote delen van het septum en de ventrikelwand waargenomen, alsmede hypo- en akinesie van delen van de ventrikelwand, dilatatie van het linker atrium en ventrikel en tenslotte een fors verlaagde ejectiefractie van de linker ventrikel van 32%.

3. Het standpunt van klaagster en de klacht

Klaagster verwijt verweerder dat hij in de periode van 2007 (gelet op de verjaringstermijn) tot 2013 de geleidelijke progressie van haar HCM niet heeft (h)erkend; verweerder heeft een aantal standaard diagnostische tests nooit laten doen, jarenlang geen adequate

medicatie voorgeschreven, belangrijke symptomen miskend en onmiskenbare echografische veranderingen niet opgemerkt.

Ter onderbouwing van haar klacht heeft klaagster nog het volgende aangevoerd.

Verweerder heeft de pijnaanvallen die klaagster had niet serieus genomen.

Verweerder heeft niet alle jaren een echo laten maken. Ook is de ejection fractie niet altijd gecontroleerd. De focus lag op mogelijke ritmestoornissen.

In het echoverslag van 3 december 2008 is al beschreven dat het septum evident hypokinetisch is. In 2012 wordt dat nogmaals gezien, maar in de tussentijd is daar geen onderzoek naar gedaan. Deze verminderde beweeglijkheid van intraventriculaire septum is door verweerder nooit benoemd in zijn brieven aan de huisarts van klaagster. Hierdoor vermoedt klaagster dat verweerder dit nooit heeft gezien.

De cardioloog van het andere ziekenhuis heeft tegen klaagster gezegd dat hij zich rot was geschrokken van de bevindingen. Toen men klaagster onderzocht, bleek een deel van haar hart niet te bewegen. Omdat het waarschijnlijk werd geacht dat deze bevindingen moesten berusten op een groot septaal infarct werd een coronairangiografie verricht. Daarop was echter te zien dat de vaten ruim doorgankelijk waren. Deze cardioloog heeft verweerder andere medicatie voorgeschreven, waaronder bètablokkers.

Klaagster is daarna voor controle weer teruggegaan naar het ziekenhuis waar verweerder voorheen haar behandelend cardioloog was. De arts-assistent aldaar vertelde klaagster dat de vorige echo's ook al slecht waren. Tenminste op de echo's van 2012 en 2013 is een progressief verminderde pompfunctie te zien.

Door cardiologen die zich voornamelijk richten op diagnostiek en behandeling van HCM uit drie universitaire cardiologische centra in binnen- en buitenland is vastgesteld dat er bij klaagster sprake is van aantoonbare progressie van HCM over een periode van meer dan tien jaar.

Klaagster heeft in tegenstelling tot wat verweerder stelt, nooit een excuus ontvangen.

4. Het standpunt van verweerder

Zowel in de periode waar de klacht op ziet als de periode daarvoor heeft klaagster nooit een klacht geuit over haar behandeling. De jaarlijkse en tweejaarlijkse controles hadden een vast stramien: anamnese, lichamelijk onderzoek, ECG, echo en 24-uurs ritmeregistratie. De consulten duurden tien minuten tot een kwartier. Bij herhaling heeft verweerder voorgesteld verder onderzoek te doen door een MRI te maken en genetisch onderzoek (naar een erfelijke vorm van HCM) te doen. Hieraan had klaagster geen behoefte. De klacht berust op een sterk veranderde cardiale situatie in 2014, ongeveer een jaar nadat verweerder is gestopt als behandelaar van klaagster. Tijdens de periode dat verweerder de behandelend cardioloog van klaagster was, vertoonde klaagster een stabiel klinisch beeld. Dit is een klinisch oordeel; verweerder acht de gehele patiënt van belang. De fietstest bleef altijd hetzelfde, ook de echo's toonden geen achteruitgang. Verweerder heeft rekening gehouden met het feit dat het hart altijd groter wordt als mensen ouder worden. De pijn op de borst die klaagster aangaf, is kenmerkend voor HCM. Verweerder heeft bij klaagster geen symptomen of klachten passend bij hartfalen waargenomen en dus ook geen medicijnen toegevoegd aan haar bestaande HCM-medicatie. Vanwege de lage bloeddruk die zou kunnen ontstaan, heeft verweerder geen bètablokkers voorgeschreven. Ook achteraf kan verweerder uit de verkregen gegevens niet opmaken dat er een duidelijke en wezenlijke verandering heeft plaatsgevonden in de laatste jaren dat klaagster patiënt bij hem was. Verweerder acht het waarschijnlijk dat er een type II myocardnecrose bij ritmestoornissen heeft plaatsgevonden.

De gemachtigde van klaagster en verweerder verschillen van mening over de interpretatie van de echo's. Verweerder geeft aan dat het verwarrend is dat bij de herbeoordeling van de laatste drie echo's bleek dat een locale septale afwijking door verweerder achteraf niet adequaat is geïdentificeerd. Verweerder heeft hiervoor bij het mondelinge overleg bij de klachtencommissie zijn excuses aangeboden. Hiermee heeft verweerder overigens niet bedoeld dat hij een fout heeft gemaakt.

Tijdens de mondelinge behandeling van de onderhavige klachtzaak heeft verweerder verklaard dat in de echoverslagen de vraagstelling niet (altijd) is opgenomen. Als je aan het verslag een correctie wil toevoegen, dan moet je de assistent daarop wijzen. Een wijziging of correctie wordt vaak niet in dossier opgenomen.

Verweerder heeft klaagster nooit willen misleiden of zich er makkelijk vanaf willen maken. Verweerder is van mening dat hij klaagster juist met veel voorzorg heeft gecontroleerd.

5. De overwegingen van het college

Het college acht de klacht gegrond en overweegt hiertoe het volgende.

In tegenstelling tot hetgeen verweerder stelt, staat op grond van de overgelegde stukken en het medisch dossier van klaagster vast dat verweerder niet bij alle consulten de door hem genoemde, benodigde onderzoeken heeft laten uitvoeren. Zo heeft verweerder niet voor ieder consult een echo laten maken en evenmin de LVEF laten bepalen.

Op de aanwezige echo's is in 2008 en in verhoogde mate in 2013 een verslechtering te zien. In de echoverslagen wordt in 2008 onder andere beschreven dat het septum hypokinetisch is en in 2013 is vastgesteld dat het septum akinetisch is en dat er sprake is van een dyssynchroon contractiepatroon (van de linker ventrikel). Niet alleen blijkt uit het medisch dossier, waaronder ook de brieven aan de huisarts, niet dat verweerder deze verslechtering heeft geconstateerd en hiernaar heeft gehandeld, verweerder blijft ook achteraf – ten onrechte – betwisten dat er een achteruitgang viel te constateren. Zoals aangegeven staat tevens vast dat verweerder de LVEF niet ieder jaar heeft laten meten. Bij het ziektebeeld van klaagster had verweerder bedacht moeten zijn op een achteruitgang van de ventrikelfunctie. In ieder geval in 2008 was de op dat moment gemeten waarde voor klaagster dermate alarmerend dat verweerder de behandeling direct hierop had moeten aanpassen.

Tenslotte had de in 2013 waargenomen dyssynchronie voor verweerder een alarmsignaal moeten zijn.

Blijkens het voorgaande en de toelichting van verweerder heeft hij zich te zeer gefocust op het mogelijk ontstaan van ritmestoornissen en heeft hij zich te zeer laten (mis)leiden door het klinische beeld. Verweerder heeft de achteruitgang van de hartfunctie onvoldoende opgemerkt, de geleidelijke progressie van HCM bij klaagster gemist, verschillende echo's en de LVEF niet correct geïdentificeerd en de diagnose hartfalen, één van de potentiële "complicaties" bij HCM, gemist. Gezien het ziektebeeld van klaagster acht het college het missen van deze diagnose verwijtbaar. Bij de beoordeling hiervan heeft het college rekening gehouden met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klaagster klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep terzake als norm was aanvaard.

De door verweerder voorgeschreven medicatie was bovendien niet adequaat. Doordat verweerder de diagnose hartfalen niet heeft gesteld, heeft hij de medicatie hier echter niet op kunnen aanpassen.

De maatregel

Nu het college de klacht gegrond acht, zal het college verweerder hiervoor een maatregel opleggen. Het college weegt daarbij mee dat verweerder niet eenmalig, maar gedurende

een periode van zeven jaar bij herhaling alarmsignalen heeft gemist. Verweerder toont daarbij geen inzicht in zijn handelen, maar blijft ook bij het herbeoordelen van alle onderzoeksresultaten vasthouden aan zijn oordeel.

Het college zal verweerder daarom de maatregel van berisping opleggen.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht gegrond;
- legt verweerder de maatregel van berisping op.

Aldus beslist door mr. dr. P.P.M. van Reijssen als voorzitter, mr. L. Ritzema als lid-jurist, dr. C. Keijzer, M.H.M. Bender en H.J.J. Koorstra-Wortel als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van mr. M. van der Hart als secretaris en in het openbaar uitgesproken op

4 oktober 2017 in aanwezigheid van de secretaris.