

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2019.161

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE **voor de Gezondheidszorg**

Beslissing in de zaak onder nummer C2019.161 van:

A., wonende te B., appellant, klager in eerste aanleg,
tegen

I., longarts, werkzaam te F., verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. S. Dik, verbonden aan DAS Rechtsbijstand.

1. Verloop van de procedure

A. – hierna klager – heeft op 2 mei 2018 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen I. – hierna de longarts – een klacht ingediend. Bij beslissing van 23 april 2019, onder nummer 2018/180, heeft dat college de klacht afgewezen.

Klager is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De longarts heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

Het Centraal Tuchtcollege heeft van klager nog nadere correspondentie ontvangen.

De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaak C2019.164 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 5 maart 2020, waar is verschenen de longarts, in persoon en bijgestaan door mr. S. Dik, voornoemd. Klager is met bericht niet verschenen.

Het Centraal Tuchtcollege heeft na afloop van de behandeling ter terechtzitting op 5 maart 2020, na beraadslaging in raadkamer, in het openbaar mondeling uitspraak gedaan. Hetgeen hierna volgt is een schriftelijke uitwerking van die uitspraak.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“2. *De feiten*

Op grond van de stukken kan van het volgende worden uitgegaan:

Klager is vanwege aanhoudende ademhalingsklachten medio 2017 verwezen naar een cardioloog en naar verweerder. Voorafgaand aan het eerste consult bij verweerder op 9 augustus 2017 nam hij kennis van de bevindingen van de cardioloog van 2 augustus. In diens verslag aan de huisarts van de datum staat onder het kopje bespreking: “Een 61-jarige man met roken in het verleden als riscofactor komt met klachten van dyspnoe d’effort en nog scala aan andere dingen die ik niet direct aan elkaar kan rijmen.

Bij ergometrie zien wij een zeer beperkte belastbaarheid zonder dat er ECG veranderingen optreden. Bij echocardiografie is er sprake van een redelijke systolische LV functie zonder belangrijk kleplijden. Hartfalen is er niet maar vraag is of coronairlijden nog een rol kan spelen (cave meervatslijden...). Hiervoor werd een myocardscintigram aangevraagd en daarbij zien wij geen aanwijzingen voor ischemie en een normale ejectiefractie.

Ik besprak deze bevindingen met hem en wij besloten nu eerst analyse van de longarts af te wachten. Indien op pulmonaal vlak geen verklaring zie ik hem nog eens terug.”

In de decursus is op 9 augustus 2017 door verweerder bij conclusie vermeld: “Aspecifieke dyspnoe klachten bij inspanning en bukken. Vooralsnog geen pulmonale oorzaak bij spirometrie en beeldvorming. Met name ook geen aanwijzingen voor diafragma-dysfunctie.”

Er was reeds een thoraxfoto gemaakt, waarvan in de decursus staat vermeld: “Standaard opnamen in twee richtingen. De hartfiguur is binnen de norm en scherp begrensd. Normaal kaliber van de pulmonale vaten en slank mediastinum. De longvelden en sinus pleurae zijn helder.”

De uitslag van het longfunctieonderzoek luidde: “Normale spirometrie. Geen aanwijzingen voor restrictie. Geen obstructie. Geen reversibiliteit. Diffusie laag normaal: DLCO 83%”. Er is een afspraak gemaakt voor aanvullend onderzoek en controle nadien op 20 september 2017.

Vooruitlopend op de afspraak heeft klager verweerder op 19 september 2017 een uitgebreide e-mail met vragen gezonden.

Op 20 september 2017 heeft verweerder onder meer genoteerd: “Een duidelijke pulmonale oorzaak voor zijn klachten vooralsnog niet aangetoond. Met name zijn er geen aanwijzingen voor diafragmadysfunctie (waar hij zelf heilig van overtuigd is) gezien er geen restrictie bestaat, er geen ventilatoire beperking bij de fietstest optreedt en er geen houdingsafhankelijk longfunctieverlies is. Gezien de bevindingen bij de fietstest kan ik (chronische) longembolien niet geheel uitsluiten, dus dit zullen we nog doen met een V/P scan.

Zijn specifieke vraag of er autonome polyneuropathie bestaat kan ik niet beantwoorden, maar er zijn in ieder geval geen aanwijzingen dat dit zijn ademhalingsspieren aantast en ik zie het niet als oorzaak voor zijn dyspnoe klachten.”

Bij brief van 22 september 2017 heeft verweerder de huisarts geïnformeerd. In de brief is vermeld dat klager op verzoek van de cardioloog aldaar een nieuwe afspraak zou maken en dat bij verweerder geen follow-up zou plaatsvinden.

Klager heeft verweerder op 25 september 2017 een uitgebreide e-mail gezonden. Verweerder heeft daarop diezelfde dag geantwoord en klager onder meer het volgende medegedeeld: “Objectief zijn er bij longfunctieonderzoek geen aanwijzingen voor dysfunctioneren van uw middenrif. De ‘aanwijzingen en feiten’ die u aandraagt maken deze conclusie niet anders. Inderdaad is onderzocht of uw middenrif geen hoogstand vertoont, dit gebeurde met de longfoto en er was geen sprake van een hoogstand. Een MRI scan is niet het juiste onderzoek om een dysfunctioneren van het middenrif te onderzoeken en ik zie geen reden om dit onderzoek bij u te verrichten.”

3. De klacht en het standpunt van klager

Klager verwijt verweerder:

- 1. het bewust stellen van een onjuiste diagnose;*
- 2. het bewust achterhouden en manipuleren van de medische gegevens van klager;*
- 3. het bewust opzetten en deelnemen aan een samenzwering/complot, met als doel dat*

klagers klachten en symptomen niet erkend kunnen worden en er geen juiste diagnose kan worden gesteld;

- 4. het bewust aangeven van zeer belastende informatie, met het doel dat derden die klagers medisch dossier in de toekomst doornemen, de indruk krijgen dat hij een verward, psychisch niet in orde en ongeloofwaardig mens is.*

Ter toelichting op de klacht heeft klager onder meer het navolgende aangevoerd.

Klager is op 7 augustus 2013 onzorgvuldig geopereerd door een plastisch chirurg. Tijdens deze operatie zijn er vele zenuwen geraakt, aangetast en beschadigd. Hierdoor zijn neuropathische pijnklachten ontstaan en is er een diffuse polyneuropathie ontstaan/veroorzaakt. Voor deze klachten is klager vanaf februari 2014 bij diverse neurologen en medisch specialisten geweest. Klager is van oordeel dat deze specialisten vanaf december 2014 onzorgvuldig hebben gehandeld, omdat zij bewust en met opzet niet de juiste diagnose willen stellen.

Klager heeft vanaf medio juli 2016 ademhalingsklachten gekregen. Bij normale inspanning in het dagelijks leven heeft klager last van kortademigheid en benauwdheid. De huisarts heeft klager naar verweerder verwezen en daarbij in overleg met klager weinig informatie meegestuurd, zodat verweerder hem met een frisse blik kon beoordelen.

Verweerder was direct erg vijandig en reageerde fel toen klager de middenrifzenuwen ter sprake bracht. Het was duidelijk dat verweerder op de hoogte was gebracht van de eerdere consulten bij andere specialisten. Er hebben veel onderzoeken plaatsgevonden en er is geen verklaring voor de ademhalingsklachten gevonden. Wel zijn de klachten ernstiger geworden. Verweerder heeft geweigerd een MRI te maken.

Het kan niet anders zijn dan dat de ademhalingsklachten veroorzaakt zijn door het niet functioneren van de linker en/of rechter middenrifzenuwen naar de middenrifspier, of door een vorm van autonome polyneuropathie of een andere neurologische verklaring. Verweerder heeft het consult op 25 september 2017 definitief afgesloten. Op 27 september 2017 belde de huisarts klager, omdat verweerder telefonisch met de huisarts wilde overleggen. Inmiddels beschikt klager over het dossier van de huisarts. Daarin wordt vermeld dat verweerder tijdens het telefoongesprek heeft gezegd dat hij zich afvraagt of er psychiatrische pathologie of wanen spelen. Dit staat op pagina 1 van het medisch dossier. Klager vindt het handelen van de huisarts en verweerder heel vreemd en belastend.

Inmiddels zijn de neuropathische klachten door een vierde neuroloog erkend.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Hij heeft daartoe onder meer het navolgende aangevoerd.

Dat verweerder op 9 augustus 2017 vijandig en fel zou zijn geweest herkent hij niet en ligt niet in zijn aard. Klager was ervan overtuigd dat een diafragmadisfunctie als oorzaak van zijn klachten moest worden gezien. Verweerder heeft klager uitgelegd dat daar op dat moment geen aanwijzingen voor waren, maar dat er nog aanvullende diagnostiek moest worden verricht. Verweerder heeft de e-mail van klager van 19 september 2017 voor het consult van 20 september 2017 aandachtig bestudeerd en de vragen in rood beantwoord. Verweerder heeft tijdens het consult de uitslagen van de onderzoeken met klager besproken. De geprinte e-mail met de antwoorden is klager aan het eind van het consult meegegeven. Verweerder heeft getracht klager gerust te stellen in zijn angst en/of overtuiging dat er een aantasting zou zijn van zijn ademhalingsspieren. Het lukte echter niet klager ervan te overtuigen dat er ook andere oorzaken zijn voor kortademigheid.

Op 22 september 2017 heeft verweerder telefonisch de uitslag van de longemboliescan met klager besproken. Die liet geen aanwijzingen voor longembolieën zien. Die dag heeft verweerder ook de huisarts van klager bericht met een kopie aan de cardioloog. Een vervolgspraak was niet nodig c.q. zinvol.

Verweerder heeft de e-mail van klager bewust kort en zakelijk beantwoord om duidelijkheid te scheppen. Klager viel in herhaling en veel van de vragen waren al in eerdere contactmomenten beantwoord. Omdat verweerder verder contact niet zinvol vond heeft

hij aangegeven dat hij het contact afsloot met advies opnieuw contact te zoeken met de huisarts en de suggestie dat klager wellicht naar een neuroloog verwezen kon worden (niet wetende dat klager daar al was geweest).

Verweerder heeft contact gezocht met de huisarts vanwege de zeer ongebruikelijke gang van zaken en om de huisarts te melden dat hij klager het advies had gegeven opnieuw contact met hem te zoeken, wat in de afsluitende brief niet was vermeld. Verweerder voelde aan dat klager in zijn beleving geen afdoende antwoorden op zijn vragen had gekregen en heeft de huisarts uitgelegd hoe het contact met klager was verlopen en hoezeer dit afweek van hetgeen gebruikelijk is. Hij heeft verwijzing naar een neuroloog gesuggereerd en toen de huisarts zei dat dit al gebeurd was, heeft hij als uiting van zijn eigen zoeken naar een differentiaal diagnose geopperd of de klachten, al dan niet ten dele, op het psychische vlak zouden kunnen liggen, zouden kunnen passen bij een waan. Dit telefoongesprek is door verweerder met de beste intenties gevoerd, omdat hij klager graag verder wilde helpen. Het is nooit zijn intentie geweest om klager af te schilderen als verward, psychisch niet in orde en ongeloofwaardig.

Van het stellen van een onjuiste diagnose is geen sprake. Verweerder wilde vanwege de duidelijke lijdensdruk bij klager bijzonder graag een verklaring voor de klachten van klager vinden. Helaas is dat niet gelukt. Het maken van een MRI scan is niet de geëigende methode van onderzoek naar het disfunctioneren van het diafragma.

Verweerder betwist dat sprake is van het achterhouden/manipuleren van medische gegevens. Het is hem niet duidelijk waarop klager doelt. Voor zover klager denkt dat verweerder de door klager geraadpleegde neurologen zou willen beschermen, wijst verweerder erop dat hij pas op 27 september 2017 van de huisarts vernam dat er al neurologisch onderzoek was geweest. Ook betwist verweerder nadrukkelijk dat hij zou deelnemen aan een samenzwering of een complot.

Klager heeft geen verifieerbare medische informatie verstrekt voor zijn stelling dat er door een vierde neuroloog aanwijzingen zouden zijn gevonden voor een (dunnevezel-)neuropathie. Als deze aanwijzingen daadwerkelijk zijn gevonden maakt dit de conclusies van verweerder uit 2017 niet anders. Zelfs met de wetenschap achteraf blijft de conclusie dat er geen aanwijzingen waren voor het disfunctioneren van het diafragma onveranderd.

5. De beoordeling

Het college wijst er bij de inhoudelijke beoordeling 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.

Het college overweegt als volgt.

De gebruikelijke onderzoeken om de middenriffunctie te analyseren zijn thoraxfoto, longfunctieonderzoek (zittend en liggend) en fietsergometrie. Deze onderzoeken zijn blijkens het dossier verricht. De thoraxfoto toonde geen afwijkingen, geen hoogstand van een van de delen van het middenrif. Het longfunctieonderzoek liet geen aanwijzingen zien voor een slecht of minder functionerend middenrif. Bij het inspanningsonderzoek (fietsergometrie) werden geen aanwijzingen gezien voor een ventilatoire beperking, die wel aanwezig zou zijn bij een slecht functionerend middenrif. Verweerder heeft nog verder onderzoek verricht in de vorm van een hyperventilatie provocatie test, die normaal was. Longembolieën zijn uitgesloten via een scan. Het college is met verweerder van oordeel dat verweerder op zijn vakgebied geen diagnose kon stellen bij de klachten

van klager. Een MRI heeft geen meerwaarde om de functie van het middenrif of functionele stoornissen van de longen nader in kaart te brengen. Klachtonderdeel 1 is op grond van het voorgaande ongegrond.

De door klager en verweerder ingediende stukken bevatten – behalve de enkele stelling van klager – geen feiten of aanknopingspunten waaruit zou kunnen worden opgemaakt dat sprake is geweest van het bewust achterhouden of het manipuleren van gegevens of van enige vorm van samenzwering of complot tegen klager met het doel om anderen te misleiden. Het college heeft daarvoor in de stukken geen enkele aanwijzing gevonden, nu het medisch dossier van verweerder volledig is, de klachten en de bevindingen, waaronder uitslagen van onderzoeken daarin correct zijn vastgelegd en de inhoud daarvan naar verwijzers is gecommuniceerd. De klachtonderdelen 2 en 3 dienen dan ook ongegrond te worden verklaard.

Ook klachtonderdeel 4 is ongegrond. Het is bepaald niet ongebruikelijk dat telefonisch overleg plaatsvindt tussen specialist en huisarts wanneer onduidelijkheid bestaat over de oorzaak van de klachten van de patiënt. In zo'n gesprek wordt gezamenlijk nagedacht over mogelijke verklaringen van de klachten en vervolgstappen. Dat daarbij niet alleen gedacht wordt aan orgaanafwijkingen maar ook aan andere mogelijkheden is niet tuchtrechtelijk verwijtbaar.

De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in alle onderdelen kennelijk ongegrond is.

Verweerder kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 Klager beoogt met zijn beroep de zaak in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege voor te leggen en concludeert tot gegrondverklaring van het beroep.

4.2 De longarts heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege heeft kennis genomen van de inhoud van de in eerste aanleg door klager geformuleerde klacht en het daarover in eerste aanleg door partijen gevoerde debat. Het door het Regionaal Tuchtcollege gevormde zaaksdossier is aan het Centraal Tuchtcollege gestuurd.

4.4 In beroep is het debat door partijen nog een keer gevoerd, waarbij door ieder van hen standpunten zijn ingenomen naar aanleiding van de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten en de door dat college gegeven beschouwingen en beslissingen.

4.5 De behandeling van de zaak in beroep heeft geen ander licht op de zaak geworpen. Het Centraal Tuchtcollege kan zich verenigen met de overwegingen en het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege en neemt deze overwegingen en dit oordeel integraal over. Dit betekent dat het beroep moeten worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: E.J. van Sandick, voorzitter; A. Smeeïng-van Hees
en

Y. Buruma, leden-juristen en A.B. Donkers-van Rossum en F.J.J. van den Elshout, leden-beroepsgenoten en E.D. Boer, secretaris.

Uitgesproken ter openbare terechtzitting van 5 maart 2020.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.