

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2021/3456

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 13 september 2021 binnengekomen klacht van:

A,

wonende te B,

klagers, hierna ook: de kinderen,

gemachtigde: mr. A.H.J. de Kort, werkzaam te Sint Michielsgestel,

tegen

C,

cardioloog,

werkzaam te B,

verweerder,

gemachtigde: mr. H.J.C. Smink, werkzaam te Amsterdam.

1. De procedure

1.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek.

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

1.3 De klacht is op de openbare zitting van 10 mei 2022 behandeld. Daarbij waren de partijen aanwezig. Klagers werden bijgestaan door mr. De Kort, die om medische redenen werd bijgestaan door mr. L. Rovers, en de cardioloog werd bijgestaan door mr. Smink. De gemachtigden hebben pleitnotities voorgelezen en overgelegd.

2. Waar gaat het over?

Klagers zijn de kinderen van de heer D (hierna ook te noemen: de patiënt), die in november 2020 op 64-jarige leeftijd is overleden. Voorafgaand aan zijn overlijden is de patiënt jarenlang onder behandeling geweest bij verweerder. Klagers verwijten verweerder dat hij geen adequate diagnostiek heeft uitgevoerd. Gelet op het zeer hoge risicoprofiel van de patiënt, zijn thoracale klachten en de zorgen van de huisarts daarover heeft verweerder volgens klagers niet voldoende en niet de juiste onderzoeken gedaan. Daarmee is de patiënt een tijdige, levensreddende behandeling onthouden. Ook heeft verweerder het medisch dossier niet goed bijgehouden en de huisarts onvoldoende over de patiënt geïnformeerd.

Het college komt tot de conclusie dat de klacht gegrond is en legt verweerder een waarschuwing op. Het college licht dit als volgt toe.

3. De feiten

3.1 De patiënt heeft in 1995 een hartaanval gehad (myocardinfarct). Sinds 2004 was hij onder behandeling op de polikliniek cardiologie in het E, waar verweerder als cardioloog werkzaam is. In augustus 2012 is de patiënt opgenomen op de afdeling

hartbewaking van het E in verband met een dotterbehandeling (electieve PCI van de LAD, waarbij afsluiting van de eerste diagonale tak). De patiënt had suikerziekte (diabetes mellitus type 2), ernstig overgewicht – een BMI van 38,1 –, hoge bloeddruk en slaapapneusyndroom (OSAS). In 2013 is na klachten van etalagebenen (claudicatio intermittens) een matig perifeer arterieel vaatlijden (PAV) vastgesteld, wat betekent dat sprake was van een vaatvernauwing of afsluiting in de slagader(s) naar het been, en vanaf 2014 had de patiënt tevens klachten die passen bij een stabiele angina pectoris. Sinds 2014 kwam de patiënt tweemaal per jaar bij verweerder, zijn behandelende cardioloog, voor controle op de polikliniek.

3.2 De patiënt komt in september 2017 bij verweerder op een reguliere controle. In november 2017 komt de patiënt op verwijzing van zijn huisarts vervroegd op consult. Ook begin januari 2018 verwijst de huisarts de patiënt naar verweerder. Naar aanleiding van de consulten laat verweerder een MRI-scan maken. Op 16 januari 2018 stuurt verweerder een brief aan de huisarts, waarin hij onder andere schrijft dat de patiënt heel gelokaliseerde thoracale pijn voelt (“messteekjes”) en soms wat druk op de borst, wat verbetert met boeren, en verder: (citatens met inbegrip van eventuele typfouten): “Heeft bij lopen (heel) veel pijn op de borst – (nog steeds) – betert met boeren – niet duidelijk inspanningsgebonden klachten “HuisArts kan niets vinden” Bij controle poli bezoek zijn de klachten minder – de patient legt een relatie tussen optreden van klachten en maaltijden (...) Aanvullend onderzoek MRI Conclusie: (...) Geen ischemie. Conclusie Wij hebben bij deze patient verder onderzoek gedaan wegens atypische thoracale klachten Bij MRI onderzoek zijn er geen belangwekkende bevindingen; meer in het bijzonder zijn er geen tekenen voor myocardischemie. Wij kunnen de klachten van de patient dan ook niet relateren aan cardiale problematiek. Mogelijk zijn slokdarmproblemen onderliggend aan de klachten. Controle over 6 maanden.”

3.3 Op 19 februari 2018 schrijft de huisarts in een verwijsbrief aan verweerder: “Ik zie meneer regelmatig op het spreekuur met druk en pijn op de borst bij koude, volle maaltijd en inspanning, afzakken in rust. Ik vind een en ander toch verdacht voor ap. Status na pci in 2012. Een recente mri was gb. Bestaat er een indicatie voor cag?

Gaarne uw oordeel. Forse lijdensdruk bij meneer. Voorts bekend met DM waarvoor medicatie.” 3.4 Op 22 mei 2018 komt de patiënt op vervolggconsult. Verweerder noteert in het dossier: “In maart geweest maar toen was ik er niet Hetzelfde – is naar KNO geweest – kon niets vinden – moet nu naar MDL. HA denkt dat klachten van hart komen (zie documenten). De laatste tijd weer POB en last in de armen – is moe in de benen en in de gewrichten. Conclusie: Klachten atyp. M.i. nu geen indicatie voor cag.” Beleid: idem verder – (eerder retour indien vaker last of als klachten bij kleinere inspanningen)”

3.5 Vervolgens vinden in oktober 2018 en april 2019 polibezoeken plaats. Over het consult in april 2019 schrijft verweerder in het dossier: “Snijdende - forse pijn in de borst - treedt op bij lopen maar ook in rust - bij elke stap snijdende pijn in de thorax - ook last in de rug pufje onder de tong maakt niets uit (geen verschil) moet minder boeren -Zwaar gevoel in de armen - constant maar verergerend bij inspanning. Klachten zijn deels herkenbaar (maar niet geheel) kan therapie krijgen van reumatoloog duizelig Conclusie: Moeilijk te duiden klachten thoracaal - ?? Angina pectoris component Beleid: C6 weken (en dan heroverwegen al dan niet cag)”

3.6 In juni 2019 komt de patiënt weer bij verweerder, die in het dossier noteert: “Heeft “paniekaanvallen” gehad in de nacht – gevoel van te stikken / heftige pijn op de borst minder hemoptoë -, X thorax goed Blijft erg moe Laatste tijd minder pijn op de borst –

boeren lucht wat op (...) Conclusie: Lijkt wat beter te gaan. Niet echt verdacht voor cardiaal probleem.”

3.7 Hierna heeft de patiënt zich op 14 augustus 2019, 5 juni 2020, 15 juni 2020, 24 juni 2020 en 1 juli 2020 vanwege – onder andere – pijn op de borst opnieuw gemeld bij de huisarts, die de patiënt telkens naar verweerder verwijst. Het dossier vermeldt over een consult in september 2019: “Veel last van spieren - pezen en gewrichten (...). Continu pijn op de borst - schouder - armen Bij elke beweging pijn Krijgt vanmiddag injectie in gewrichten Is gestopt met prednisolon (...) Conclusie: Veel last van spier- geen gewrichtsklachten“. 3.8 In maart 2020 is er een telefonisch consult geweest in verband met Covid-19. Het dossier vermeldt: “heeft pijn continu rechts thoracaal hetgeen verergert bij erop drukken – treedt op in rust en wordt niet erger bij inspanning Daarnaast ok last links thoracaal – messteken. Conclusie: atypische pijn – geruststelling C6m”.

3.9 Op 3 juli 2020 verwijst de huisarts de patiënt naar F. Een cardioloog daar verwijst de patiënt na onderzoek naar het E voor een hartkatheterisatie (CAG), die op 23 september 2020 is uitgevoerd. Uit deze CAG bleek dat sprake was van forse vernauwingen van de kransslagaderen. Op basis van deze uitslag heeft het hartteam in het E de patiënt geaccepteerd voor een CABG-procedure (bypassoperatie) met een zogenaamde wachtlijstindicatie. Dat betekent dat de patiënt op de wachtlijst is geplaatst voor een CABG. Uiteindelijk is de patiënt op 2 november 2020 overleden, voordat de CABG plaats heeft gevonden.

4. De klacht en het standpunt van klagers

De klacht houdt in dat verweerder:

- a) ondanks de duidelijke (thoracale) klachten die wezen op een onderliggend cardiaal lijden, de patiënt onvoldoende onderzocht heeft om de oorzaak van zijn klachten vast te stellen;
- b) ondanks diverse verzoeken van de huisarts geen gericht onderzoek heeft gedaan op mogelijke ischemie van de hartspier door geen CAG/fietstest bij de patiënt te laten doen en in feite inadequate diagnostiek heeft toegepast;
- c) slecht dossier heeft gehouden en drieënehalf jaar lang geen terugkoppeling heeft gegeven aan de huisarts over de medische situatie van de patiënt.

Volgens klagers heeft de patiënt, omdat verweerder ten onrechte geen cardiale klachten vermoedde, veel onnodige bezoeken aan andere specialisten moeten brengen, en zouden zijn overlevingskansen zijn verhoogd als verweerder adequaat zou hebben gehandeld.

5. Het standpunt van verweerder

Verweerder is het niet eens met de klacht. Hij heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

6. De beoordeling

6.1 Het is heel verdrietig voor klagers dat zij hun vader moeten missen. Zijn overlijden is extra wrang voor hen, omdat hij op de wachtlijst stond voor de CABG. Ook verweerder is erg aangedaan door het overlijden van de patiënt, die hij al vanaf 2008 kende.

Maatstaf

6.2 De vraag die moet worden beantwoord is of verweerder de zorg heeft verleend die van hem als cardioloog mocht worden verwacht. Dat is een zakelijke beoordeling. De norm daarvoor is de ‘redelijk bekwame en redelijk handelende’ arts. Het college houdt bij de beoordeling rekening met de wetenschappelijke inzichten op het moment van de zorgverlening. Ook gaat het college uit van de op dat moment geldende

beroepsnormen. Het gaat er dus niet om of verweerder, achteraf gezien, misschien beter of anders had kunnen handelen, maar of hij bij de toen bekende stand van zaken redelijkerwijs heeft kunnen handelen zoals hij heeft gedaan. Verder geeft het college geen oordeel over de gevolgen van eventueel tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen. Klachtonderdelen a) en b) inadequate diagnostiek: onvoldoende onderzoek

6.3 Het college is het met verweerder eens dat de wisselende thoracale klachten waarmee de patiënt zich vanaf 2017 presenteerde overwegend atypisch waren voor cardiale problematiek, gelet op het feit dat de pijn verminderde bij boeren en niet afhankelijk leek van inspanning. Het is echter bekend dat cardiale klachten zich bij patiënten met suikerziekte atypisch kunnen presenteren. Daarbij komt dat de patiënt gezien zijn voorgeschiedenis en lichamelijke conditie een zeer hoog risicoprofiel had. Ook is van belang dat de huisarts de patiënt herhaaldelijk naar verweerder verwees, omdat hij zich ernstig zorgen maakte over het hart van de patiënt. Verder was er geen duidelijke andere oorzaak voor de klachten. Verweerder heeft dan ook terecht een cardiale MRI laten maken, omdat dit een geschikt onderzoek is ter vaststelling van cardiale ischemie. De uitslag daarvan kan echter ten onrechte suggereren dat er geen sprake is van ischemie. Bij deze patiënt met bewezen coronairlijden en andere aanzienlijke risicofactoren, zoals suikerziekte en ernstig overgewicht, had verweerder daarom niet mogen volstaan met het laten verrichten van de MRI, vooral toen de patiënt in april 2019 meldde dat hij constant een zwaar gevoel in de armen had, dat verergerde bij inspanning. Verweerder heeft nog aangevoerd dat na de geslaagde dotterbehandeling in 2012 de thoracale klachten niet verdwenen waren, zodat die klachten niet veel zeiden over de cardiale situatie van de patiënt. Ook het feit dat een pufje onder de tong (nitroglycerine) bij de patiënt niet hielp, droeg bij aan de overweging dat de klachten niet veroorzaakt werden door angina pectoris, zo voert verweerder aan. Al kan het college deze gedachtegang volgen, met een zo hoog risicoprofiel als dat van de patiënt was het zeven tot acht jaar na de dotterbehandeling – toen de patiënt zich frequenter met aanhoudende thoracale klachten bij de huisarts en bij verweerder meldde – ondanks de negatieve MRI uitslag, wel aangewezen om op enig moment (ook) een CAG uit te voeren, de gouden standaard om nieuwe vernauwingen in de kransslagaders vast te stellen, zoals verweerder ook erkent. Verweerder heeft nog naar voren gebracht dat hij bij zijn afweging om geen CAG te doen heeft betrokken dat een CAG gepaard kan gaan met weliswaar zeldzame, maar wel ernstige complicaties, zoals een beroerte, een ernstige bloeding of een hartinfarct. Dit is op zichzelf juist, maar als verweerder om die reden van de CAG heeft afgezien, had hij dit met de patiënt moeten bespreken om gezamenlijk tot een beslissing te komen en daarvan in het dossier een aantekening moeten maken. Niet gebleken is dat hij dat heeft gedaan. Deze klachtonderdelen zijn daarom gegrond.

6.4 Partijen hebben in de stukken en ter zitting nog gediscussieerd over de elektronisch verzonden verwijsbrief van de huisarts van 9 november 2017, waarin hij verweerder zou hebben gevraagd om een CAG of een fietstest. Verweerder heeft in zijn brief aan de huisarts van 16 januari 2018 genoteerd dat die brief niet te vinden is en dat is ook voldoende aannemelijk geworden, omdat ook de huisarts de brief om technische redenen niet meer heeft kunnen openen in Zorgdomein. Het kan verweerder daarom niet worden verweten dat hij niet op de specifieke vraagstelling van de huisarts in die brief heeft gereageerd. Wel heeft de patiënt hem verteld dat de huisarts hem had teruggestuurd voor verder onderzoek en verweerder heeft toen ook de MRI laten maken. Dit was op dat moment een adequaat onderzoek. Het college merkt verder nog op dat verweerder op goede gronden heeft toegelicht dat een fietstest in de situatie van de patiënt geen meerwaarde zou hebben gehad, omdat de sensitiviteit en

specificiteit om ischemie aan te tonen daarvan lager is dan van een MRI.

Klachtonderdeel c) dossier niet goed bijgehouden/huisarts niet geïnformeerd

6.5 Het staat vast dat verweerder de patiënt vanaf 2014 tweemaal per jaar zag en dat hij de huisarts in de periode daarna voor het eerst en voor het laatst op 16 januari 2018 een terugkoppeling van zijn bevindingen heeft gegeven. Verweerder heeft op de zitting verteld dat hij de huisarts alleen informeert bij een nieuwe patiënt, en bij een verandering in het beleid of de medicatie. Als een huisarts om informatie vraagt, schrijft verweerder binnen twee dagen een brief.

6.6 Het college overweegt dat van een specialist redelijkerwijs mag worden verwacht dat hij de huisarts, als degene die de zorg door verschillende artsen coördineert, geregeld op de hoogte houdt, zeker als duidelijk is dat de patiënt ook bij andere specialisten onder behandeling is. Nu de patiënt verweerder bovendien herhaaldelijk op verwijzing van de huisarts bezocht, had van verweerder mogen worden verwacht dat hij de huisarts vaker van zijn bevindingen in kennis zou stellen. Het is gebruikelijk en gewenst dat dit tenminste éénmaal per jaar of uiterlijk om de twee jaar gebeurt, en uiteraard zoveel vaker als daar aanleiding voor is. Het college volgt ook niet het argument van verweerder dat hij niet meer op de verwijzing van de huisarts van februari 2018 hoefde te reageren omdat hij de huisarts op 16 januari 2018 al een brief had gestuurd. Het zou voor de hand hebben gelegen dat verweerder de huisarts zou hebben uitgelegd waarom hij geen reden zag voor het verdere onderzoek waar de huisarts op aandrong. Ook had hij de huisarts in het kader van collegiale samenwerking deelgenoot kunnen maken van zijn bevindingen en overwegingen en de diagnose waaraan verweerder dacht bij de klachten van de patiënt. Ook dit klachtonderdeel is gegrond.

6.7 Voor zover klagers ook hebben willen klagen over het bijhouden van het dossier door verweerder hebben zij die klacht niet voldoende met feiten onderbouwd. Het college gaat er daarom vanuit dat klachtonderdeel c) alleen betrekking heeft op de beperkte terugkoppeling aan de huisarts.

Conclusie en maatregel

6.8 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in al haar onderdelen gegrond is. Gelet op de risico's van onvoldoende onderkende hartproblematiek en het belang van goede communicatie met de huisarts is een maatregel op zijn plaats. Het college vindt een waarschuwing passend. Die is bedoeld als een zakelijke boodschap aan verweerder om meer alertheid aan de dag te leggen bij (zeer)hoogrisicopatiënten die jarenlang onder zijn controle blijven, en om vaker een terugkoppeling te geven aan huisartsen van zijn bevindingen en beleid.

6.9 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal het college bepalen dat deze beslissing zonder vermelding van namen en andere persoonlijke gegevens zal worden gepubliceerd in de Staatscourant en zal worden aangeboden aan het tijdschrift Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Gezondheidszorg Jurisprudentie (GJ). Dit algemene belang is erin gelegen dat artsen mogelijk leerpunten kunnen ontlenen aan deze casus, in het bijzonder de overwegingen onder 6.3 en 6.6.

7. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht gegrond;
- legt verweerder een waarschuwing op;
- bepaalt dat deze beslissing, nadat die onherroepelijk is geworden, zonder vermelding van namen en andere persoonlijke gegevens in de Nederlandse

Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan het tijdschrift Medisch Contact.

Deze beslissing is gegeven door N.B. Verkleij, voorzitter, J.C.J. Dute, lid-jurist, E.A. Dubois, H.J.J. Koornstra-Wortel en M.V. Huisman, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door S.M. Geerding, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 21 juni 2022.