



NIET -
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/
AFGEWEZEN

Cardioloog interpreteert ecg onjuist

Een 15-jarige jongen komt op de SEH na een aanval van steken op de borst, palpitaties en een (bijna-)wegraking. Later op de poli interpreteert de cardioloog het ecg niet goed. Hij gaat er verder om onduidelijke redenen van uit dat er geen sprake is geweest van hartkloppingen. Al met al komt hij niet tot de juiste diagnose, ook niet bij latere controle. Als de jongen 19 jaar oud is, collabeert hij tijdens college. Hij overlijdt na een lange reanimatie, waarbij de conclusie is: ventrikelfibrilleren waarschijnlijk secundair aan Wolff-Parkinson-White. Verschrikkelijk verhaal. Voor de jongeman en zijn omgeving, maar ook voor de cardioloog. Het is voor hem de tweede keer dat een jong iemand die onder

zijn zorg viel, overlijdt, na een fout bij het interpreteren van de ecg's. Hij trekt zich zijn tekortkomingen aan, laat zich bijscholen, werkt enige tijd onder supervisie, en er vindt aanvullend onderzoek plaats naar de gang van zaken op de afdeling. Gezien de ernst van de fouten, krijgt hij een voorwaardelijke schorsing opgelegd, met een lijst aan voorwaarden waaraan hij moet voldoen. De nadruk ligt daarbij op betere interpretatie van ecg's.

Hopelijk is er ook nog wat aandacht voor de anamnese. Wie weet wat een rustig gesprek met de jongen, waarbij goed was doorgevraagd, had opgeleverd. Misschien had de cardioloog dan meegekregen dat er wel degelijk sprake

was geweest van hartkloppingen, en had hij het ecg misschien anders geïnterpreteerd. Het is een van de eerste lessen die jonge artsen leren: luister goed naar het verhaal van de patiënt. Niet vergeten.

Sophie Broersen, arts/journalist
Diederik van Meersbergen, jurist

De dokter en de klacht

DINSDAG 15 NOVEMBER 2016
15.30 - 20.30 UUR
THEATER DE FLINT AMERSFOORT

AANMELDEN:
MEDISCHCONTACTLIVE.NL

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag d.d. 15 maart 2016 (ingekort door redactie Medisch Contact)

Het college heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van A, wonende te B, klager, tegen C, cardioloog, werkzaam te B, verweerder, (...).

01

Het verloop van de procedure

(...)

02

De feiten

2.1 Klager is de vader van F (hierna: F), geboren in 1996 en overleden in 2015.

2.2 Op 18 maart 2011 meldde F zich op verwijzing van zijn huis-

arts tegen het einde van de middag bij de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van het G. (...)

Op het formulier 'speciële anamnese' is daarvan de volgende aantekening gemaakt:

'A/ 2 dg geleden i/d middag op de fiets plots stekende pijn retrosternaal + hartkloppingen. Nog nooit eerder gehad. Daarna zwart voor de ogen, is gaan zitten, trok weg. Wel zweten N- V- roken- drugs- alcohol- fam: geen HVZ

afwijkend hartfilm bij STAR

Nu géén klachten'

Op de SEH is F getrieerd voor de cardiologie en gezien door een arts-assistent interne. Er is bloedonderzoek gedaan, een thoraxfoto gemaakt evenals een ecg. Op het ecg staat de volgende automatische beoordeling:

*'SINUSRITME MET SINUSARITMIE MET KORT PR-INTERVAL
TYPE B WOLFF-PARKINSON-WHITE PATROON
GEEN VERDERE INTERPRETATIE MOGELIJK
ATYPISCH ECG'*

De uitslag van het ecg is als volgt op het formulier 'speciële anamnese' genoteerd:

'ECG/SR 68/min QRS verlengd@LBTB

Korte PQ tijd'

Op de (slecht leesbare) doorslag van het SEH-formulier staat:

'Anamnese: 2 dg geleden stekende pob

Onderzoek: gb (...)

ECG: LBTB (...)

Naar aanleiding van de uitslagen van deze onderzoeken heeft de arts-assistent interne overlegd met de dienstdoende cardioloog. Besloten is F naar huis te laten gaan en terug te laten komen voor een poliklinische afspraak en nadere analyse.

2.3 Op 30 maart 2011 is F (...) op de poliklinische afspraak verschenen. Verweerder, sinds 2005 cardioloog, (...) heeft de anamnese afgenomen, de (slecht leesbare) doorslag van het SEH-formulier bekeken evenals het die dag gemaakte ecg. Dit ecg heeft hij vergeleken met het op de SEH gemaakte ecg. De automatische beoordeling bovenaan het ecg heeft verweerder niet bekeken. Verweerder heeft het formulier 'speciële anamnese' niet tot zijn beschikking gehad.

Verweerder heeft het beeld op de ecg's geïnterpreteerd als een linkerbundeltakblok (LBTB).

Hij heeft het volgende in het poliklinisch verslag genoteerd:

'ivm steken borst →

RR 111/63 GB

ECG LBTB! (...)

A/Nu geen steken meer drugs- collaps-

Sport GB R/- Roken - (...)

/ECG SR LBTB

X thorax GB

C/LBTB'

Verweerder heeft nader onderzoek geadviseerd in de vorm van een echocardiografie en fietsergometrie. Deze onderzoeken (...) lieten geen andere afwijkingen zien. Verweerder heeft in de onderzoeksresultaten geen aanwijzing gezien de diagnose LBTB te veranderen.

2.4 De uitslag heeft verweerder aan F op het poliklinisch bezoek van 13 april 2011 meegedeeld. Verweerder heeft op dat moment besloten dat F uit controle kon worden ontslagen en dat hij over enkele jaren terug kon komen voor controle. (...)

In de brief van 21 april 2011 staat het volgende:

'Conclusie: we hebben hier te maken met een patiënt met atypische pijn op de borst klachten met bij toeval eigenlijk een geconstateerd LBTB met een korte PR-tijd en mogelijk tekenen van enige pre-excitatie. Van belang is te vermelden dat er eigenlijk helemaal geen palpatieklachten zijn. Ik denk dat we kunnen stellen dat we bij toeval een beeld hebben van verbreding van het QRS-complex. Hetgeen we kunnen duiden, gezien de configuratie, als een LBTB-patroon. Mogelijk ook deels te verklaren door aber-

rante geleiding, gezien enige pre-excitatie. Gezien patiënt klachtenvrij is, wil ik voorlopig expectatief blijven.' (...)

2.5 Bij brief van 13 januari 2014 is F door zijn huisarts verwezen (...) voor een follow-up. Op de verwijsbrief staat het volgende: 'Follow-up onderzoek 2-3 jaar na eenmalige episode borstklachten en ritmestoornis.'

(...) Verweerder heeft F op 5 februari 2014 op de polikliniek gezien, nadat een ecg was gemaakt. De verwijsbrief van de huisarts heeft hij niet gezien.

(...) Hij heeft het volgende in het poliklinisch verslag genoteerd: 'Gaat goed Geen klachten!

Collaps - VWO

Sport GB (...) Boksen

ECG SR LBTB (...)

Verweerder heeft besloten aanvullend onderzoek te verrichten in de vorm van een echocardiogram en een fietsproef. (...) Verweerder heeft de uitslag van de onderzoeken geïnterpreteerd als passend bij een LBTB.

2.6 (...) Verweerder heeft op dat moment besloten dat F uit controle kon worden ontslagen zonder verdere behandeling of controle.

(...) In de brief staat het volgende:

'Conclusie: we kunnen stellen dat hier sprake is van bij toeval ontdekt LBTB, zonder dat hier aanwijzingen zijn voor onderliggende cardiale problematiek bij echo dan wel inspanningstest. Mijnerzijds controle alhier afgerond. Patiënt werd gerustgesteld. Geen beperkingen. Geen medicatieadvies.'

2.7 Op 8 mei 2015 is F tijdens college gecollabeerd en van zijn stoel op de grond gevallen. Omstanders zijn gestart met reanimatie. De ambulance is gebeld; het ambulancepersoneel heeft na aankomst de reanimatie overgenomen. Er was op dat moment sprake van ventrikelfibrilleren. F is vervolgens overgebracht naar het E te B. Daar is na anderhalf uur reanimatie besloten om deze te staken. F is om 11.56 uur overleden.

In de specialistenbrief staat bij 'conclusie' het volgende:

'19-jarige jongeman met witnessed out-of-hospital cardiac arrest o.b.v. ventrikelfibrilleren, waarschijnlijk secundair aan WPW-syndroom, bij structureel normaal hart. Overleden op 8 mei 2015 om 11.56 uur na een langdurige reanimatie.'

2.8 Verweerder heeft daags erna van de gebeurtenis vernomen en is van zijn vakantieadres naar Nederland gekomen. Op 11 mei 2015 is de gebeurtenis als calamiteit bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg gemeld. Verweerder heeft voorts twee brieven aan klager gestuurd (18 en 26 mei 2015) waarin hij hem uitnodigt voor een gesprek en zijn medeleven heeft geuit.

2.9 Verweerder heeft vanaf mei 2015 enkele maanden onder supervisie gewerkt van het E te B in de persoon van D. D heeft bekeken of 'de situatie op de afdeling Cardiologie veilig was voor

patiënten'. Dit was volgens haar het geval. Er heeft tevens een onderzoek plaatsgevonden van statussen van jonge patiënten die behandeld zijn door de cardiologen van het G. Hierin zijn geen fouten in diagnostiek en behandeling naar voren gekomen. Ditzelfde geldt voor de honderd onderzochte statussen van door verweerder behandelde patiënten.

2.10 Verweerder heeft zich laten bijscholen op het gebied van de kindercardiologie en in het bijzonder de diagnose Wolff-Parkinson-White. Hij werkt sinds augustus 2015 in het I te B.

2.11 Zowel op verzoek van klager als op dat van verweerder zijn partijdeskundigenrapporten opgemaakt door J, cardioloog niet-praktiserend respectievelijk K, cardioloog. Deze bevinden zich bij de processtukken.

2.12 Verweerder had in 2013 bij een toen 15-jarige patiënte de verkeerde diagnose gesteld door een misinterpretatie van de ecg-beelden, naar aanleiding waarvan haar ouders een tuchtklacht hebben ingediend bij dit college. Verweerder krijgt hiervoor bij uitspraak van vandaag een berisping.

03

De klacht

Klager verwijt verweerder professionele slordigheid, onzorgvuldige dossiervorming en medische onbekwaamheid en stelt dat F als gevolg van deze nalatigheid is komen te overlijden.

04

Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft erkend de diagnose Wolff-Parkinson-White gemist te hebben. Verweerder betwist echter dat hem slordigheid, onzorgvuldige dossiervorming en medische onbekwaamheid kan worden verweten.

05

De beoordeling

5.1 De vraag die centraal staat is of verweerder een verwijt kan worden gemaakt van het feit dat hij de diagnose Wolff-Parkinson-White heeft gemist en de daarbij behorende nadere evaluatie en eventueel behandeling niet heeft ingesteld. (...)

5.2 De oorzaak van de ziekte van F is gelegen in een extra verbinding tussen de hartboezems en de hartkamers (bundel van Kent) waardoor de elektrische prikkel op twee manieren vanuit de boezems de kamers kan bereiken: de normale via de AV-knoop en de bundel van His, en een abnormale via de bundel van Kent. De hiervoor (zo) kenmerkende ecg-afwijkingen waren ook duidelijk bij F aanwezig: de sterk verkorte PQ-tijd en het verbrede QRS-complex door de pre-excitatie. Behalve dat er een kans is op het ontstaan van zogenoemde re-entrytachycardiën is er een kleine kans op het bestaan van een maligne bundel. Deze kan aanleiding zijn tot ontstaan van ventrikelfibrilleren (vrijwel steeds met dodelijke afloop) indien boezemfibrilleren ontstaat.

Het passende beleid zou zijn geweest vast te stellen of er sprake was van zo'n maligne bundel, ook al waren er geen klachten van re-entrytachycardie. De eerste stap in die evaluatie is het maken van een inspannings-ecg.

Interpretatie van het twaalfkanaals elektrocadiogram, zoals waarvan hier sprake is, behoort tot de essentie van het vak van cardioloog. Verweerder heeft het typische pre-excitatiebeeld van F op de ecg's gezien, getuige ook zijn brief van 21 april 2011 aan de huisarts. Hij heeft het beeld – de pre-excitatie met een bijpassend breed QRS-complex – echter ten onrechte geïnterpreteerd als een linkerbundeltakblok en de korte PQ-tijd als behorend bij dit blok. Een verklaring hiervoor heeft verweerder niet en kan ook het college niet construeren of begrijpen. In dit geval zijn de ecg's (over)duidelijk. Reeds het enkele feit dat pre-excitatie wordt gezien, had verweerder tot de juiste diagnose, of op zijn minst tot aarzeling, moeten brengen. Dit betekent ook dat verweerder vervolgonderzoek had moeten instellen. Verweerder heeft dat weliswaar gedaan in de vorm van een inspannings-ecg, maar wederom of nog steeds vanuit de veronderstelling van een linkerbundeltakblok. Dat inspannings-ecg liet bij relatief hoge hartfrequentie (ca. 183/min) geen versmalling van het QRS-complex zien. Dit pleit vóór een maligne bundel, maar het inspannings-ecg is niet met die vraagstelling beoordeeld en de juiste conclusie is daarom niet getrokken. Verweerder heeft zijn oorspronkelijke diagnose dan ook niet verlaten, deze niet kritisch bekeken en daardoor niet in het vizier gekregen dat F kampte met een potentieel levensbedreigende aandoening.

Ditzelfde geldt voor de beoordeling in 2014. Spijtig genoeg heeft verweerder de verwijzing van de huisarts gedateerd 13 januari 2014 (waarin melding was gemaakt van hartritmestoornissen) niet gezien en heeft hij andermaal de pre-excitatie om onverklaarbare redenen geduid als een linkerbundeltakblok en opnieuw onderzoeken ingesteld die hem tot dezelfde conclusie brachten. Verweerder had deze misinterpretatie van het ecg noch in 2011 noch in 2014 mogen maken. Deze is hem tuchtrechtelijk verwijtbaar. Dit klachtonderdeel is dan ook gegrond.

5.3 Anders dan klager stelt, is de dossiervoering niet ondermaats, (...). Dit klachtonderdeel is niet gegrond. (...)

5.5 Het college acht een zware maatregel passend. De reden hiervoor is enerzijds gelegen in de ernst van het verwijt dat verweerder kan worden gemaakt, en anderzijds in het feit dat verweerder in een tijdbestek van enkele jaren bij twee aan zijn zorg toevertrouwde patiënten fouten heeft gemaakt die op hetzelfde (essentiële) deelgebied van de cardiologie liggen, te weten de interpretatie van het elektrocadiogram. Het college acht anderzijds ook van belang dat verweerder vanaf april 2015 gedurende enige tijd onder supervisie heeft gewerkt en blijk geeft van inzicht in zijn handelen. (...) Een structureel disfunctioneren is niet aan het licht gekomen. (...)

06

De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag beslist als volgt:

- verklaart de klacht gegrond voor zover het het diagnostisch proces betreft (rov. 5.2);
 - schorst de inschrijving van verweerder in het BIG-register voor de duur van één jaar;
 - bepaalt dat deze schorsing voorwaardelijk is en niet ten uitvoer zal worden gelegd, tenzij:
verweerder zich voor het einde van een proeftijd van twee jaren na het onherroepelijk worden van deze beslissing schuldig maakt aan enig handelen of nalaten in strijd met de goede zorg die hij als cardioloog behoort te betrachten, dan wel in strijd met het belang van de individuele gezondheidszorg(...) en/of verweerder een of meerdere van de volgende bijzondere voorwaarden niet is nagekomen:
 - a. - dat hij gedurende de proeftijd op aanwijzing van en onder toezicht van een door de IGZ aan te wijzen supervisor werkt;
 - dat deze supervisie ten minste is gericht op de interpretatie van ecg's en op regelmatig overleg met collega's bij het interpreteren van ecg's;
 - dat de supervisor de IGZ binnen drie maanden na het einde van de proeftijd informeert dat verweerder deze voorwaarde is nagekomen;
 - b. - dat hij gedurende de proeftijd nascholing volgt met speciale aandacht voor electrocardiografie en ritme- en geleidingsstoornissen en dat hij de daarbij behorende examens met goed gevolg aflegt;
 - dat hij de IGZ binnen drie maanden na het onherroepelijk worden van deze uitspraak informeert over de keuze van de te volgen cursussen;
 - dat hij aan het einde van het nascholingstraject de IGZ informeert over de door hem behaalde resultaten door overlegging van bewijzen van deelname en certificaten;
- (...)

Deze beslissing is gegeven door mr. L.J. Sarlemijn, voorzitter, mr. dr. R.P. Wijne, lid-jurist, dr. R.W. Koster, dr. B. van Ek en dr. J.P. van der Sluijs, leden-artsen, bijgestaan door mr. E.C. Zandman, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 15 maart 2016. (...)■

web

De volledige tekst van deze uitspraak staat op medischcontact.nl/tuchtrecht. Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

Voor meer uitspraken zie tuchtrecht.nl.

OPVALLENDE UITSPRAKEN

● Rapport BMA-arts voldoet niet

Het regionaal tuchtcollege had geoordeeld dat een advies uitgebracht door een verzekeringsarts werkzaam bij het Bureau Medische Advisering (BMA) onzorgvuldig was, in de zin dat dit op diverse punten niet voldeed aan de criteria opgesteld door het Centraal Tuchtcollege waaraan een door een arts op te stellen rapport moet voldoen. Hoewel het Centraal Tuchtcollege concludeert dat de meeste grieven van de arts in beroep slagen, komt ook het CTG tot de conclusie dat haar advies niet de (juiste) feiten en omstandigheden vermeldt waarop het berust, alsmede dat het rapport gebreken vertoont in de uiteenzetting van de gronden waarop de conclusies steunen. De arts had ook nagelaten om bij de behandelaars te informeren of de noodzakelijke derde operatie die klager moest ondergaan, inmiddels had plaatsgevonden. Hoewel op andere gronden, blijft de waarschuwing daarom in stand.

CTG, 7 juni 2016

● Orthopedisch chirurg trekt lering uit fouten

Een orthopedisch chirurg was aangeklaagd vanwege een links-rechtsverwisseling bij een operatie aan de voorste kruisband. De Inspectie voor de Gezondheidszorg verwijt de arts dat hij als operateur niet zorgvuldig had gehandeld en de richtlijn Het Peroperatieve Traject niet zorgvuldig had gevolgd. Hij heeft de time-outprocedure onjuist toegepast en een onveilige werkwijze gevolgd. Het regionaal tuchtcollege had een berisping opgelegd. Het Centraal Tuchtcollege houdt de maatregel in stand ondanks dat 'de arts zich na het vaststellen van de verwisseling zeer professioneel en verantwoordelijk heeft opgesteld door zich persoonlijk intensief in te spannen voor de nazorg voor de betrokken patiënt en voor de organisatie. Daarbij heeft de arts zich toetsbaar en reflectief opgesteld en heeft hij actief bijgedragen aan verbetermaatregelen in het ziekenhuis.'

CTG, 7 juni 2016

Elke week selecteren KNMG-juristen opvallende uitspraken in het gezondheidsrecht. Een volledig overzicht kunt u vinden op medischcontact.nl/recht. Tegen uitspraken van regionale tuchtcolleges kan tot zes weken na de uitspraak nog hoger beroep worden aangekend.

