

uitspraak tuchtcollege

Tóch geen diverticulose

Een leerzame tuchtzaak. Waarom? Hardnekkig vasthouden aan de eens gestelde diagnose is een bekende valkuil voor artsen. Met oogkleppen op blijf je dan koppig op hetzelfde spoor doorlopen, ook al verandert de situatie van de patiënt. Bijkomende klachten worden afgedaan als irrelevant en de relevante voorgeschiedenis wordt niet meegenomen.

In een notendop gebeurde dat in onderstaande casus: een 70-jarige man met status na broekprothese wordt opgenomen bij een internist-oncoloog vanwege ernstig rectaal bloedverlies. Bij scopie worden (bloedende?) divertikels gezien en diverticulos blijft twee opnames en een bezoek aan de SEH lang de diagnose. De antistolling wordt gestaakt en de steeds heftiger pijn in linkerbeen en onderbuik worden geduid als perifere zenuwprobleem dan wel hyperventilatie.

De aap komt uit de mouw als de man uiteindelijk door een vaatchirurg wordt geopereerd vanwege pijnlijke koude benen en afwezige arteriële pulsaties. Hij blijkt een zeldzame aortosigmoïdale fistel te hebben ten gevolge van de oude vaatoperatie.

De internist krijgt een waarschuwing, omdat hij eerder zijn waarschijnlijkheidsdiagnose had moeten heroverwegen en vaatlijden niet in zijn differentiaaldiagnose had opgenomen. De patiënt volgens de grenzen van de vakgebieden in stukjes hakken, kan gevaarlijk zijn. Dat blijkt.

B.V.M. Crul, arts
mr. W.P. Rijkse

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 1 april 2010
(ingekort door redactie MC)

Beslissing in de zaak onder nummer 2009/046 van A, internist, werkzaam te B, appellant, verweerder in eerste aanleg, raadsman mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht, tegen C, wonende te D, verweester in hoger beroep, klaagster in eerste aanleg.

1. Verloop van de procedure

C, hierna te noemen klaagster, heeft op 7 december 2007 bij het Regionaal Tuchtcollege te 's-Gravenhage tegen A, hierna te noemen de arts, een klacht ingediend.

Bij beslissing van 30 december 2008, onder nummer 2007 T 200, heeft dat college de klacht grotendeels gegrond bevonden en aan de arts de maatregel van waarschuwing opgelegd. (...)

2. Beslissing in eerste aanleg

Het regionaal tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

'2. De klacht

De echtgenoot van klaagster (hierna: patiënt), geboren in 1937, is op zaterdag 13 oktober 2007 met een ernstige darmbloeding met spoed per ambulance naar het ziekenhuis gebracht. Hij was sinds vijftien jaar trombosepatiënt en gebruikte bloedverduunnende middelen. Daar moest hij meteen mee ophouden. Op maandag 15 oktober 2007 vond darm-onderzoek plaats, waarbij buiten enkele uitstulpingen niets werd gevonden. De volgende dag werd hij uit het ziekenhuis ontslagen, hoewel hij aangaf dat hij nog steeds hevige pijn had in de buikstreek. Op 27 oktober 2007 kreeg patiënt weer een erge darmbloeding en werd hij weer met de ambulance afgevoerd. Hij gaf te kennen dat hij ontzettende pijn had in zijn been. Er werden een paar tests gedaan die niets opleverden. Op dinsdag 30 oktober 2007 waren de bloedwaarden nog niet goed. Toch werd hij de volgende dag ontslagen, hoewel hij de pijn in zijn been en zijn buik bleef houden.

Zaterdagavond 10 november 2007 besloten klaagster en haar zoon patiënt

naar de eerste hulp te rijden, omdat de pijn ondraaglijk werd. De dienstdoende arts liet bloed prikken en een foto maken van de longen. Verder onderzoek werd, na telefonisch overleg met de arts, niet nodig geacht. Gezegd werd dat patiënt met dit soort klachten niet naar de eerste hulp moest komen maar naar de huisartsenpost moest gaan. De rode vlek op de linkervoet van patiënt, ter grootte van een bierviltje, werd afgedaan als "een oude blauwe plek". En dit terwijl patiënt aangaf hevige pijn te hebben.

Op maandag 12 november 2007 rond 10 uur 's ochtends kreeg patiënt de derde darmbloeding en werd hij per ambulance naar het ziekenhuis gebracht. De arts bleef maar beweren dat het om een darmuitstulping ging. Hij vond het niet noodzakelijk meteen te opereren. Om 11 uur werd geconstateerd dat het linkerbeen paars aanliep. Toch ging patiënt pas om 18 uur naar de operatiekamer. De arts beschuldigde klaagster er nog van dat zij een dure ambulance had laten komen.

Op maandag 19 november 2007 vertelden de artsen dat patiënt het niet zou gaan redden en dat het geen zin had hem nog eens te opereren. Klaagster kon dat niet accepteren. Uiteindelijk heeft de volgende dag een arts ervoor gezorgd dat patiënt toch kon worden geopereerd in een ziekenhuis in G. Die operatie is succesvol verlopen, al bleek het noodzakelijk het linkerbeen te amputeren wegens afsterfing door onvoldoende doorbloeding. De patiënt heeft nog goed kunnen leven, totdat hij op 17 oktober 2008 plotseling aan een hartinfarct is overleden. (...).

3. Het standpunt van de arts

Patiënt is twee keer opgenomen geweest onder de waarschijnlijkheidsdiagnose rectale bloeding op basis van een divertikelbloeding. Bij een van de opnames klaagde hij over pijnlijke, dan weer gevoelloze benen. Er is toen 's avonds een collega-internist aan het bed gekomen, omdat de familie zeer luidruchtig was en een dokter aan het bed eiste. Deze constateerde geen bijzonderheden. De bloedcirculatie was voldoende. Wel was de bloedbezinking verhoogd. De arts kon dit niet verklaren. Dit heeft hij telefonisch gemeld aan de huisarts. Later kwam patiënt weer op de SEH,

waar de poortarts een rode schijf op de enkel waarnam. Het bloedonderzoek was geruststellend en patiënt werd naar huis gestuurd.

Twee dagen later volgde weer een opname. Toen werd een zeer zieke man gezien met rectaal bloedverlies en pijnlijke koude benen. De chirurg constateerde een vrijwel afwezige doorbloeding van de beenvaten. Patiënt werd later die dag geopereerd. Bij de operatie ontstond een fulminante darmbloeding, veroorzaakt door een verbinding tussen de liesslagader en de darm, een aorto-enterale fistel, die meestal wordt veroorzaakt door een ontsteking ter plaatse van de naad na een vaatoperatie. De prognose hiervan is zeer slecht. De meeste patiënten overlijden.

Terugredenerend zijn alle klachten terug te voeren op de aorto-enterale fistel, die leidde tot bloeding met ernstige vernauwing van de beenvaten. De arts is bij de behandeling van patiënt betrokken geweest tot deze werd overgedragen aan de chirurg. Daarna heeft hij patiënt nog op de afdeling Intensive Care bezocht. Met de besluitvorming op 19 november 2007 heeft hij echter geen bemoeienis gehad. De arts meent zich steeds hoffelijk te hebben gedragen tegenover de familie, hoewel die niet erg beleefd was tegen hem. Omdat de arts van de huisarts had gehoord dat de familie de gewoonte had

om 112 te bellen, heeft hij bij de derde keer dat patiënt op de SEH verscheen hierover een opmerking gemaakt.

4. De beoordeling

4.1. Het college heeft geen bedenkingen tegen het medisch handelen tijdens de eerste opname van 13 tot 16 oktober 2007. Op de rectale bloeding is terecht gereageerd met het stoppen van het bloedverdunnende middel Marcoumar. Bij het darmonderzoek werden divertikels (uitstulpingen) gevonden.

De waarschijnlijkheidsdiagnose dat de bloeding door divertikels werd veroorzaakt, immers een veelvoorkomende oorzaak, leek hierdoor bevestigd. Voor een nader onderzoek bestond toen nog geen aanleiding. Tijdens de opname heeft zich geen nieuwe bloeding voorgedaan. Daarom was het verantwoord patiënt na het darmonderzoek naar huis te laten gaan.

4.2. Uit het medisch dossier, dat ter zitting is overgelegd, blijkt dat patiënt tijdens de volgende opname heeft geklaagd over doofheid van zijn linkervoet en later over zeer heftige pijn in zijn linkerbeen. Tijdens het bezoek aan de SEH op 10 november 2007 heeft patiënt aangegeven veel pijn te hebben in de onderbuik rechts en continu veel pijn in het linkerbeen. Op de linkervoet werd een roodblauwe plek met een doorsnede van 5 centimeter gezien.

Voorts blijkt uit het medisch dossier dat patiënt op 21 november 1991 een vaatoperatie heeft ondergaan waarbij een aortabroekprothese is aangebracht. Deze voorgeschiedenis is bij alle in 2007 gemaakte aantekeningen vermeld. De arts was hiervan dus op de hoogte.

De arts heeft naar eigen zeggen, toen hij op 10 november 2007 telefonisch door de poortarts werd geraadpleegd, de pijn aan het been beschouwd als een afzonderlijke klacht, waarvoor de huisarts kon worden geraadpleegd.

Mede gezien de voorgeschiedenis had de arts echter bedacht moeten zijn op de mogelijkheid dat de pijnklachten verband hielden met vaatproblematiek, omdat het hier ging om een patiënt met een vaatprothese en arteriële insufficiëntie, bij wie kort tevoren de antistollingsmedicatie was gestaakt, waardoor het risico van vaatproblemen was vergroot.

Dat patiënt op 10 november 2007 niet met een darmbloeding naar de SEH kwam, maar met heftige pijn onder in de buik en vooral aan het been, had voor de arts reden te meer moeten zijn een andere diagnose dan divertikels in de darm als oorzaak van de klachten te overwegen. Er had onderzoek moeten worden gedaan naar bloedvaten en doorbloeding. Voor de huisarts lag hier geen taak. De arts heeft te lang vastgehouden aan zijn eerste diagnose en heeft onvoldoende oog gehad voor het ziektebeeld als geheel en de ontwikkeling daarin als gevolg van zijn handelen (i.c. staken antistolling bij ernstige slagaderverkalking). Uit de status blijkt niet dat dit een overweging geweest is in het overleg met de poortarts die door hem gesuperviseerd werd. Dit moet hem tuchtrechtelijk worden verweten.

4.3. De opmerking die de arts op 12 november 2007 tegen klaagster heeft gemaakt, dat het niet nodig was geweest patiënt per ambulance naar het ziekenhuis te vervoeren, duidt erop dat de arts de ernst van de situatie ook toen nog onvoldoende heeft ingezien. De opmerking was op dat moment misplaatst.

4.4. (...)

4.5. De arts is niet verantwoordelijk geweest voor de verdere behandeling van patiënt in het ziekenhuis in H en de besluitvorming op 19 november 2007. Voor zover de klacht mede betrekking heeft op

Noodgeval laat zich niet plannen

Een patiënt is sinds 1980 bekend met chronische idiopathische urticaria. Van een waarnemend huisarts krijgt hij in 2000 een Tavegil-injectie (clemastine). Dat bevalt de patiënt goed omdat het binnen vijf minuten effect heeft, terwijl het bij orale middelen twintig minuten duurt. Vanwege een verhoogd risico op complicaties weigert zijn eigen huisarts Tavegil-injecties te geven; ze zijn bedoeld voor noodgevallen. Ook wil zij niet meewerken aan een voorstel van de psychiater om maximaal vier injecties per jaar toe te staan. De patiënt moet die dan maar in het ziekenhuis gaan halen.



De patiënt dient daarop een klacht in bij het tuchtcollege over de huisarts. De tuchtrechter snapt weliswaar dat het voorstel van de psychiater verwarrend is. Noodgevallen laten zich immers niet plannen en houden zich niet aan een maximaal aantal. Maar de klacht van de patiënt wordt ongegrond verklaard.

De inspectie selecteert en becommentarieert elke week een ongepubliceerde tuchtzaak op medischcontact.nl/tuchtzaken.

die periode zal deze daarom niet worden besproken.

4.6. Uit het voorgaande volgt dat de klacht grotendeels gegrond is. Het college acht de hierna te vermelden maatregel passend.'

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de volgende feiten en omstandigheden.

- De arts is als internist-oncoloog verbonden aan het Ziekenhuis H, verder het ziekenhuis te noemen.
- Bij de echtgenoot van klaagster, I, verder de patiënt, is in 1990 een desobstructie van de distale aorta en iliacale vaten verricht.
- In november 1991 onderging de patiënt een aortabroekoperatie.
- Op zaterdag 13 oktober 2007 is de patiënt met klachten van rectaal bloedverlies per ambulance vervoerd naar de afdeling SEH van het ziekenhuis. Op grond van onderzoek – waaronder een sigmoïdoscopie – en anamnese is de diagnose diverticulose en divertikelbloeding onder antistolling gesteld. De patiënt is opgenomen en mocht op 16 oktober 2007 het ziekenhuis verlaten. De sigmoïdoscopie is uitgevoerd door een maag-, darm-, leverarts.
- Op zaterdag 27 oktober 2007 heeft de patiënt zich met een recidief darmbloeding gemeld bij de afdeling SEH van het ziekenhuis. In de avond is een collega-internist bij de patiënt geroepen in verband met klachten van doofheid van de linkervoet. Conclusie van die collega was dat er geen aanwijzingen waren voor een arteriële afsluiting en dat er geen sprake was van een CVA. Volgens de collega leek er sprake te zijn van een perifeer zenuwprobleem. De differentiaaldiagnose luidde dat de klachten werden veroorzaakt door hyperventilatie.
- In de status staat genoteerd dat de patiënt op 28 oktober 2007 stabiel was, dat het gevoel van doofheid weg was maar dat hij toen nog wel pijn had in het linkerbeen.
- Op 31 oktober 2007 is de patiënt uit het ziekenhuis ontslagen. Afge-

sproken is dat hij verder poliklinisch zou worden gecontroleerd.

- De arts is tijdens beide opnames bij de behandeling van de patiënt betrokken geweest.
- Op zaterdag 10 november 2007 is de patiënt wederom per ambulance naar de SEH van het ziekenhuis vervoerd, ditmaal met klachten van continu veel pijn in de rechteronderbuik en veel pijn in het linkerbeen. Op de linkervoet van klager bevond zich een rode warme plek met een doorsnede van 5 cm. Na telefonisch overleg met de arts is de patiënt met pijnstillers naar huis gezonden. Afgesproken is dat de patiënt met de huisarts moest overleggen als de klachten terugkwamen.
- Op maandag 12 november 2007 kwam de patiënt per ambulance naar de afdeling SEH met rectaal bloedverlies. Patiënt had geen gevoel meer in de benen. De patiënt is overgedragen aan de vaatchirurg die besloot tot operatief ingrijpen in verband met vrijwel afwezige doorbloeding van de beenvaten. Hierna is de arts niet meer bij de behandeling van de patiënt betrokken geweest.
- Tijdens de operatie ontstond een fulminante darmbloeding en werd de diagnose aortosigmoïdale fistel gesteld.
- De patiënt is vervolgens op verzoek van de familie overgebracht naar een ziekenhuis in G alwaar een volgende operatieve ingreep volgde.
- Op 17 oktober 2008 is de patiënt aan de gevolgen van een hartinfarct overleden.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1. In eerste aanleg heeft klaagster de arts verweten dat hij:

- a. ten onrechte is blijven vasthouden aan een foute diagnose.
- b. (...)

4.3. Het Centraal Tuchtcollege onderschrijft het oordeel van het regionaal tuchtcollege dat er geen bedenkingen zijn tegen het medisch handelen van de arts tijdens de opname van de patiënt van 13 tot 16 oktober 2007. Hetgeen het regionaal tuchtcollege

daartoe in de beslissing waarvan beroep heeft overwogen in rechts-overweging 4.1. neemt het Centraal Tuchtcollege hier over.

4.4. Zoals onder de feiten staat vermeld heeft de patiënt zich op 27 oktober 2007 met een recidief darmbloeding gemeld bij de SEH. Tijdens de hierop gevolgde opname heeft hij geklaagd over doofheid van de linkervoet en heftige pijn in zijn linkerbeen. Zo de arts niet reeds op 27 oktober 2007 bedacht had moeten zijn op de mogelijkheid dat er bij deze patiënt sprake was van vaatlijden, was dat zeker het geval toen de patiënt zich op 10 november 2007 weer vervoegde bij de SEH met klachten van pijn in de onderbuik rechts en continu veel pijn in het linkerbeen, en toen op de linkervoet een warme, rode plek met een doorsnede van 5 centimeter zichtbaar was. Het betrof immers een patiënt die zich in een betrekkelijk kort tijdsbestek voor de derde keer en met ernstige klachten meldde bij de SEH, die in 1990 en 1991 gecompliceerde vaatoperaties had ondergaan in het buikgebied en bij wie recentelijk de antistollingsmedicatie was gestaakt, waardoor het risico van vaatproblematiek was vergroot. Dat er op 10 november 2007 niet, zoals op 13 en 27 oktober 2007, sprake was van een darmbloeding maar van klachten van pijn in de buik en benen had temeer reden moeten zijn om de aanvankelijk gestelde diagnose diverticulose te heroverwegen en verder specialistisch onderzoek te laten uitvoeren. Zoals het regionaal tuchtcollege ook heeft overwogen, lag hier voor de huisarts geen taak.

Het voorgaande voert tot de slotsom dat het Centraal Tuchtcollege de arts tuchtrechtelijk aanrekenen dat hij te lang is blijven vasthouden aan de aanvankelijk door hem gestelde diagnose en dat hij – zeker op 10 november 2007 – de mogelijkheid dat er sprake was van vaatlijden niet in de differentiaaldiagnose heeft opgenomen en geen gericht specialistisch onderzoek naar deze mogelijkheid heeft ingezet.

4.5. Dat hij de opmerking over het vervoer van de patiënt per ambulance

naar het ziekenhuis op 12 november 2007 achterwege had moeten laten, ziet de arts naar hij heeft verklaard in. Ook het Centraal Tuchtcollege vindt deze opmerking ongepast, maar maakt de arts daarvan geen tuchtrechtelijk verwijt.

4.6. (...)

4.7. Al het voorgaande leidt tot de slotsom dat klachtonderdeel a. zij het op enigszins andere gronden gegrond is. In zoverre wordt het beroep van de arts verworpen.

(...)

Het Centraal Tuchtcollege acht in verband met hetgeen is overwogen

aangaande klachtonderdeel a. het opleggen van de maatregel van een waarschuwing passend en geboden.

4.8. Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal publicatie van deze beslissing worden bepaald.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

- (...) bevestigt de door het regionaal tuchtcollege opgelegde maatregel van waarschuwing;
 - verworpt het beroep voor het overige.
- (...)

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door mr. E.J. van Sandick, voorzitter, mr. L.F. Gerretsen-Visser en mr. H.C. Cusell, leden-juristen, dr. T.J.M. Tobé en J.S. Pöll, leden-beroepsgeenoten, en mr. C.M.J. Wuisman-Jansen, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 1 april 2010, door mr. A.D.R.M. Boumans, in tegenwoordigheid van de secretaris.



De volledige tekst van deze uitspraak staat op www.medischcontact.nl.

nl. Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

lezersoproep

Wat een bevalling!

Of u nu gepensioneerd psychiater bent of eerstejaars aios orthopedie, u heeft allemaal als (jonge) dokter wel eens moeten assisteren bij bevallingen. Voor sommigen het mooiste op aarde, voor anderen een bezoeking. En voor iedereen zijn er zwangere vrouwen, flauwvallende vaders of bijzondere obstetricki die een onuitwisbare indruk hebben gemaakt.

Half september maakt Medisch Contact een special over voortplanting. Daarin willen wij uw verhaal afdrukken, over die ene bevalling die u altijd is bijgebleven.

Vertel in maximaal 400 woorden waarom juist die gebeurtenis zo bijzonder, grappig of ontroerend was. En laat vooral niet achterwege hoe heldhaftig dan wel onhandig u zelf in die situatie was.

Stuur uw verhaal voor 1 september naar redactie@medischcontact.nl.

De beste bijdragen verschijnen in Medisch Contact of op onze website.

Wij behouden ons het recht voor bijdragen te redigeren en zo nodig in te korten.

beeld: iStockphoto

