



NIET -
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/
AFGEWEZEN

Neuroloog stelt onterecht MS vast

Een neuroloog stelde de diagnose multiple sclerose (MS) bij een vrouw. Jaren later werd bij een second opinion duidelijk dat dat niet klopte. De vrouw leed jaren onder de wetenschap dat zij een mogelijk invaliderende ziekte zou hebben.

De eerste neuroloog, die MS niet als aandachtsgebied had, ging vooral af op het verslag van een MRI-scan. De radioloog – die neuroradiologie niet als aandachtsgebied had – schreef: 'uitgebreide witte stoflaesies, zeer waarschijnlijk in het kader van demyelinisatie'. Desondanks voldeed

de vrouw niet aan de criteria die voor MS worden gebruikt, voor zowel de radiologische als de klinische kenmerken. In de vijf jaar dat hij haar daarna onder controle had, overwoog hij de diagnose nooit, terwijl daar wel aanleiding voor was. Al met al vindt het tuchtcollege dat er sprake is van een ernstige medische fout. Mede omdat de neuroloog inzicht toont, zijn handelen heeft veranderd en excuses heeft gemaakt, legt het tuchtcollege een waarschuwing op.

Aanvullend onderzoek heet niet voor niets aanvullend. Als de bevindingen

ervan niet passen bij het klinische beeld, is het de moeite waard om nog eens met een frisse blik naar dat aanvullende onderzoek te kijken. In dit geval was overleg met een neuroradioloog wellicht verhelderend geweest. Meer in het algemeen geldt: maak gebruik van de expertise van uw collega's. U kunt niet overal expert in zijn.

Sophie Broersen, arts/journalist
Anneloes Rube, jurist KNMG

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Amsterdam d.d. 11 juli 2017 (ingekort door redactie Medisch Contact)

Beslissing naar aanleiding van de op 28 december 2016 binnengekomen klacht van A, wonende te B, klagster, tegen C, neuroloog, werkzaam te B, verweerder, gemachtigde mr. C.J. de Wever, verbonden aan VvAA Rechtsbijstand te Utrecht.

01

De procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift;
- het aanvullende klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- de op 9 maart 2017 binnengekomen stukken van verweerder (medische informatie);
- de op 24 mei 2017 binnengekomen stukken van verweerder (medische informatie).

Partijen hebben geen gebruikgemaakt van de hun geboden

mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord. De klacht is op een openbare zitting behandeld.

Partijen waren aanwezig. Klagster werd vergezeld door haar moeder. Verweerder werd bijgestaan door mr. De Wever voornoemd.

02

De feiten

1. Verweerder is sinds 1989 werkzaam als neuroloog. Klagster bezocht verweerder voor het eerst op 7 december 2010. Zij werd door de huisarts naar de neuroloog verwezen in verband met hoofdpijn sinds enkele maanden.
2. Ruim tien jaar daarvoor (in 1999) was klagster door een andere neuroloog gezien in verband met kortdurende uitval van het gezichtsvermogen van het rechteroog.
3. In het kader van de hoofdpijnklaachten werd een CT-scan van de hersenen gemaakt, deze toonde witte stofafwijkingen, mogelijk van vasculaire origine. Vervolgens werd een MRI-scan gemaakt waarop uitgebreide witte stofafwijkingen werden beschreven, 'zeer waarschijnlijk passend bij demyelinisatie'. Daarop werd nader

aanvullend onderzoek verricht middels VEP (met als uitkomst: niet afwijkend) en liquoronderzoek (met als uitkomst: licht verhoogde IgG-index).

4. Met betrekking tot de hoofdpijnklaften stelde verweerder de diagnose chronische spierspanningshoofdpijn en verwees hij klaagster naar de hoofdpijnpolikliniek. Op grond van de MRI-afwijkingen, in combinatie met de doorgemaakte visusklachten tien jaar daarvoor, stelde verweerder de diagnose multiple sclerose en bleef hij patiënte poliklinisch volgen. Een controle-MRI-scan een halfjaar later toonde een onveranderd beeld.
5. Gedurende de verdere follow-up door verweerder (tot 2016) zijn er geen nieuwe opflakkingen van MS bij klaagster opgetreden. Verweerder had in de periode 2011-2016 gemiddeld twee keer per jaar contact met klaagster: één keer telefonisch en één keer via een consult.
6. Op verzoek van klaagster heeft op 22 juni 2016 een second opinion plaatsgevonden op de polikliniek neurologie van het D. De conclusie hiervan luidt:
'Patiënte werd besproken in het multidisciplinair overleg waarin de MS-neurologen en een neuroradioloog participeren. De klachten werden als niet-specifiek voor demyelinisatie geduid. In combinatie met de MRI-beelden werd de diagnose MS onwaarschijnlijk geacht. Er zijn echter wel duidelijk wittestofafwijkingen, maar deze hebben een meer vasculaire aard en wellicht dat verdere analyse in die richting een verklaring oplevert.'
7. Klaagster staat ten tijde van de zitting niet meer onder behandeling van verweerder.

03

De klacht en het standpunt van klaagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

1. in 2011 ten onrechte de diagnose MS heeft gesteld;
2. te kort is geschoten in de begeleiding van klaagster in de periode 2011-2016, met name een te passieve vervolgbehandeling heeft ingesteld.

04

Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

05

De beoordeling

5.1 Ter toetsing staat of verweerder 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 door klaagster klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard.

Klachtonderdeel 1

5.2 Kern van het eerste klachtonderdeel is dat verweerder in 2011 de juiste diagnose heeft gemist en ten onrechte bij klaagster de diagnose MS heeft gesteld. Op zichzelf behoeft het missen van de juiste diagnose niet doorslaggevend te zijn voor het slagen van de klacht. De klacht is pas gegrond, als komt vast te staan dat de wijze waarop verweerder tot de onjuiste diagnose is gekomen in strijd is met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwame beroepsgenoot mag worden verwacht. Bij de beoordeling daarvan wordt rekening gehouden met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klager klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard.

5.3 Klaagster bezocht verweerder in 2010/2011 vanwege hoofdpijn. Er was op dat moment geen sprake van klachten of verschijnselen die passen bij de ziekte multiple sclerose. Ruim tien jaar daarvoor had patiënte mogelijk wel neurologische klachten gehad. De geconsulteerde neuroloog was destijds van mening dat die klachten niet pasten bij een eerste manifestatie van MS.

5.4 Ten tijde van de beoordeling door verweerder bestonden er binnen de neurologie algemeen geaccepteerde criteria voor het stellen van de diagnose MS. Deze criteria werden opgesteld in 2001 en zijn gereviseerd in 2005 en 2010. Het betreft de zogeheten 'McDonald Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis'. Dit betreffen klinische en radiologische criteria.

5.5 Volgens de klinische criteria moet er (voor de diagnose MS) sprake zijn geweest van een of meerdere aanvallen van neurologische verschijnselen (passend bij MS) gedurende ten minste 24 uur. Een dergelijke aanval heeft patiënte blijkens de overgelegde medische informatie nooit gehad. Daarnaast moeten er (in het geval van een enkele aanval) afwijkingen zijn bij neurologisch onderzoek. Die had patiënte niet.

5.6 Vervolgens brengen de radiologische criteria (in het geval van een enkele aanval) mee dat de MRI-scan moet voldoen aan een

aantal specifieke criteria om als ‘positief’ aangemerkt te kunnen worden. Dat was bij klaagster, afgaand op de beschrijving van de MRI-scan, niet het geval. Tot slot moet er in de loop van de tijd sprake zijn van nieuwe verschijnselen of nieuwe MRI-afwijkingen. Dat was bij klaagster evenmin aan de orde.

5.7 Op grond van het bovenstaande voldeed patiënte niet aan voornoemde McDonald-criteria voor het stellen van de diagnose MS. De diagnose MS had in 2011 dan ook niet gesteld mogen worden door verweerder. Het college heeft de indruk gekregen dat verweerder te veel gewicht heeft toegekend aan het verslag van de MRI-scan (*‘uitgebreide witte stoflaesies, zeer waarschijnlijk in het kader van demyelinisatie’*), terwijl het klinisch beeld van patiënte onvoldoende paste bij MS. De MRI-scan is niet door een radioloog met aandachtsgebied neuroradiologie beoordeeld noch is de MRI door verweerder aan een neuroradioloog voorgelegd.

5.8 Het bovenstaande brengt mee dat het eerste klachtonderdeel gegrond is.

Klachtonderdeel 2

5.9 Ten aanzien van het klachtonderdeel of verweerder is tekortgeschoten in de vervolgbehandeling van klaagster (in de periode 2011-2016) overweegt het college als volgt. MS is binnen de neurologie niet het aandachtsgebied van verweerder. Hij heeft niet aan de diagnose MS getwijfeld en hij heeft de casus niet voorgelegd aan collega's binnen of buiten de vakgroep, met meer expertise op dat gebied. In de vier jaar follow-up (waarin verweerder klaagster ten minste jaarlijks zag) zijn er bij klaagster nooit nieuwe verschijnselen van MS opgetreden. Ook een tweede MRI-scan (een halfjaar na de eerste) liet geen nieuwe afwijkingen zien. Dit had in die jaren moeten leiden tot heroverweging van de diagnose door verweerder.

5.10 Dit klemmt temeer nu ter zitting is gebleken dat klaagster in die jaren ernstig heeft geleden onder de (achteraf foutieve) diagnose MS en onder de daarmee gepaard gaande dreiging van invalidering, hetgeen een grote impact heeft gehad op het persoonlijke en professionele leven van klaagster. Verweerder had eerder professionele twijfels moeten plaatsen bij de door hem in 2011 gestelde diagnose MS. Pas toen patiënte in 2015 verzocht om een second opinion bij een andere neuroloog, heeft verweerder haar daartoe doorverwezen.

5.11 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens klaagster had behoren te betrachten.

De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend. Het college is van oordeel dat verweerder een ernstige medische fout heeft gemaakt. De wijze waarop verweerder tot de onjuiste diagnose MS is gekomen is in strijd met de zorgvuldigheid die

van een redelijk bekwame beroepsgeenoot mag worden verwacht. Ten onrechte heeft verweerder bij het stellen van de diagnose niet de klinische en radiologische criteria gevolgd die zijn neergelegd in de *‘McDonald Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis’*. Deze waren destijds (en zijn nog steeds) in de beroepsgroep ter zake als norm aanvaard. Het vervolgens jarenlang niet heroverwegen van de diagnose MS, terwijl daar voldoende medische grond toe bestond, acht het college eveneens klachtwaardig. Daar staat tegenover dat verweerder inzicht heeft getoond in het foutieve van zijn medisch handelen, hij er ter zitting blij van heeft gegeven nu anders te handelen, onder meer door vaker patiënten in teamverband te bespreken, en dat hij zijn excuses heeft aangeboden aan klaagster.

Om redenen aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekendgemaakt.

06

De beslissing

Het college

- verklaart de klacht gegrond;
- legt op de maatregel van waarschuwing. (...)

Aldus beslist op 30 mei 2017 door mr. W.A.H. Melissen, voorzitter, dr. W.J.W. Bos, drs. P.C.L.A. Lambregts en drs. J.H.J. Klaver, leden-artsen, mr. dr. E. Pans, lid-jurist, bijgestaan door mr. G.H. Felix, secretaris, en in het openbaar uitgesproken ter zitting van 11 juli 2017 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris. ■

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

● Huisarts verwijst te laat door naar SEH

Klager was meerdere keren met spraakuitval en duizeligheid op het huisartsensprekuur gekomen. Uiteindelijk werd klager verwezen naar de SEH. Daar bleek dat een tumor in het hoofd zat. In twee aparte klachtprocedures verwijt klager de huisarts en de huisarts in opleiding dat zij klager te laat hebben doorverwezen naar het ziekenhuis. Het college verklaart de klacht tegen de huisarts in opleiding ongegrond. Maar de huisarts had doortastender moeten zijn en een verwijzing 'met verkorte toegangstijd' behoren te realiseren, dan wel telefonisch overleg met de neuroloog moeten voeren toen klager voor de vierde keer binnen zes weken met klachten van duizeligheid kwam, alsmede met een lijst van andere klachten. De huisarts krijgt een waarschuwing.

RTG Amsterdam, 5 september 2017

● Behandeling Amerikaanse toerist laat te wensen over

Klager woont in het buitenland (VS). Verweerder is een huisarts die zich richt op expats. Klager zag verweerder voor beenklachten na een vlucht naar Nederland. Klager zegt dat verweerder weinig tot geen lichamelijk onderzoek heeft uitgevoerd bij hem. Verweerder heeft klager een aantal medicijnen voorgeschreven (prednisolon, oxycodon en een maagbeschermer). Verweerder heeft niet gevraagd naar de psychische voorgeschiedenis van klager en heeft geen informatie verstrekt over de bijwerkingen van prednisolon, hetgeen een zorgvuldige beroepsuitoefening bij deze medicatie wel vereist. Verder vindt het college dat het inscannen van de in een notitieboekje gemaakte aantekeningen niet als zorgvuldige dossiervorming kan worden aangemerkt. Tot slot verwijt het college verweerder dat zijn praktijk niet goed bereikbaar is en dat niet is geregeld dat telefoontjes van patiënten worden genoteerd, zodat zij zo nodig kunnen worden teruggebeld. Het college legt de huisarts een berisping op.

RTG Amsterdam, 5 september 2017

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 aangetekend.



PRAKTIJKPERIKEL

ALS HET MAAR GLIJDT...

Onze praktijk werkt aan een accreditatietraject. Met onze deelname aan onderzoek, zorgprojecten en opleiding op verschillende niveaus zou ik kunnen zeggen dat we in de loop der jaren altijd al kritisch zijn geweest en 'verbeteren' hoog op het lijstje staat.

Nu het praktijkteam ook met het Lean-voorraadbeheer besmet is, kan ik zelfs zeggen dat de la van mijn spreekkamer een weerspiegeling van mijn eigen OCD-karakterkenmerken is geworden. Glunderend van trots wordt het getoond door een van de assistentes aan de pre-auditeur. Maar wat schetst onze verbazing: de vaseline wordt afgekeurd, zo ook het glijmiddel. Er moet naast de aanvankelijke houdbaarheid zelfs rekening gehouden worden met het moment van openen. Huh? Weet de beste man wel waar we dit spul voor gebruiken? In het ergste geval schift er iets en heb ik een olieachtige substantie te pakken; en verontreiniging in de loop van de tijd? Op huisbezoeken pak ik desnoods een pakje

boter uit de koelkast, als het maar glijdt. En in de vele kieren van het lichaam waar ik het voorrecht heb mij te mogen begeven, doet steriliteit er niet bepaald toe.

Zijn we met protocollen over knoeien van fenol, het gebruik van veilige naalden, het dagelijks bijhouden van een koelkastlijstje ons doel met accreditatie niet een beetje voorbijgeschoten? Ik vraag me af hoe we in de afgelopen jaren onze praktijk hebben kunnen draaien, zonder iatrogene infecties of prik-accidenten...

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl