

**Datum uitspraak: 15 maart 2016**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

A,

wonende te B,

klager,

tegen:

C, cardioloog,

werkzaam te B,

verweerder,

gemachtigde: mr. W.R. Kastelein, werkzaam te Zwolle.

**1. Het verloop van de procedure**

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 6 juli 2015
- het verweerschrift met bijlagen
- de repliek met bijlagen
- de dupliek met bijlagen
- de brief met bijlage d.d. 13 november 2015 van de gemachtigde van verweerder
- de brief met bijlage d.d. 23 december 2015 van klager
- de brief d.d. 11 januari 2016 van de gemachtigde van verweerder.

1.2 De partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

1.3 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 19 januari 2016. De partijen, verweerder bijgestaan door zijn gemachtigde,

zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Voorts werd mevrouw D, cardioloog, E te B, als door verweerder opgeroepen getuige gehoord.

## 2. 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 huisarts tegen het einde van de middag bij de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van het G. Blijkens de anamnese van de SEH-arts had F twee dagen ervoor steken op de borst gehad, evenals hartkloppingen en zag hij zwart voor de ogen.

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:

*“SINUS RITME 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, nadat een ECG was gemaakt, op de poliklinische afspraak verschenen. Verweerder, sinds 2005 cardioloog, was de behandelend arts van F. Verweerder 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 linker bundel tak blok (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 hebben plaatsgevonden op 6 april 2011 en 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. Een en ander heeft verweerder aan de huisarts van F meegedeeld bij brieven van 21 en 28 april 2011.

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 aberrante geleiding, gezien enige pre-excitatie. Gezien patiënt klachtenvrij is, wil ik voorlopig expectatief blijven.”*

In de brief van 28 april 2011 staat het volgende:

*“Conclusie: geen aanwijzingen voor cardiomyopathie. Er is een linker bundeltakpatroon zonder dat we aanwijzingen hebben voor onderliggende cardiale evidente pathologie. Gezien het feit dat patiënt klachtenvrij is wil ik voorlopig expectatief blijven.”*

2.5 Bij brief van 13 januari 2014 is F door zijn huisarts verwezen naar de afdeling cardiologie van het G voor een follow-up. Op de verwijsbrief staat het volgende:

*“Follow up onderzoek 2-3 jaar na eenmalige episode borstklachten en ritmestoornis.”*

Opnieuw is F onder behandeling gekomen van verweerder. 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.

De uitslag van het ECG heeft hij opnieuw geïnterpreteerd als een LBTB. 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. Deze onderzoeken vonden plaats op 18 februari 2014. Verweerder heeft de uitslag van de onderzoeken geïnterpreteerd als passend bij een LBTB.

2.6 De uitslagen heeft verweerder op 24 februari 2014 met F besproken. Verweerder heeft op dat moment besloten dat F uit controle kon worden ontslagen zonder verdere behandeling of controle.

Een en ander heeft verweerder aan huisarts H meegedeeld bij brief van 10 maart 2014. Achteraf is gebleken dat F bij een andere huisarts ingeschreven stond. 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 danwel inspanningstest. Mijnerzijds controle alhier afgerond. Patiënt werd gerustgesteld. Geen beperkingen. Geen medicatie-advies.”*

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 100 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 n.p. respectievelijk K, cardioloog. Deze bevinden zich bij de processtukken.

2.12 Verweerder had in 2013 bij een toen vijftienjarige 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.

### **3. De klacht**

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

### **4. 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.

## 5. 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. Het missen van een diagnose behoeft op zichzelf niet tuchtrechtelijk verwijtbaar te zijn, maar dat is wel het geval als vast komt te staan dat de wijze waarop een arts tot de onjuiste diagnose is gekomen in strijd is met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwame beroepsgenoot mag worden verwacht. Het College overweegt tegen deze achtergrond als volgt.

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-entry tachycardiën 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-entry tachycardie. De eerste stap in die evaluatie is het maken van een inspanningsECG.

Interpretatie van het 12-kanaals elektrocardiogram, zoals waarvan hier sprake is, behoort tot de essentie van het vak van cardioloog. Verweerder heeft het typische pre-excitatie beeld 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 verbreed QRS complex – echter ten onrechte geïnterpreteerd als een linker bundeltakblok 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 inspanningsECG, maar wederom of nog steeds vanuit de veronderstelling van een linker bundeltakblok. Dat inspanningsECG liet bij relatief

hoge hartfrequentie (ca. 183/min) geen versmalling van het QRS complex zien. Dit pleit vóór een maligne bundel, maar het inspanningsECG 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 linker bundeltakblok 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, zij het dat het College wel heeft opgemerkt dat er twee brieven van april 2011 gericht aan de huisarts zijn inzake hetzelfde consult, met niet precies dezelfde inhoud en dat de derde brief aan de huisarts door een organisatorische fout aan de verkeerde huisarts is geadresseerd. Hierin ziet het College echter geen tuchtrechtelijke verwijtbaarheid. Dit klachtonderdeel is niet gegrond.

5.4 De conclusie is dat de klacht gegrond is voor zover het het diagnostisch proces betreft (rov. 5.2) en dat deze voor het overige, waaronder inzake de dossiervoering, wordt afgewezen. Verweerder heeft op het punt van de diagnostiek in strijd gehandeld met de zorg die hij ten opzichte van F behoorde te betrachten zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Er is geen aanleiding voor andere kwalificaties dan deze.

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 elektrocardiogram. Het College acht anderzijds ook van belang dat verweerder vanaf april 2015 gedurende enige tijd onder supervisie heeft gewerkt en blijkt



geeft van inzicht in zijn handelen. Dit laatste baseert het College op de verklaring van getuige D, die vanaf mei 2015 enkele maanden toezicht heeft gehouden op het functioneren van verweerder en in het verleden ook betrokken is geweest bij diens werkzaamheden. Een structureel disfunctioneren is niet aan het licht gekomen. Al met al wordt een voorwaardelijke schorsing gedurende één jaar met een proeftijd van twee jaar het meest op zijn plaats geacht. Het College verbindt daaraan de bijzondere voorwaarden als in het dictum vermeld. Deze bijzondere voorwaarden vinden toepassing naast de algemene voorwaarde dat verweerder zich niet opnieuw schuldig maakt aan 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, een en ander zoals bedoeld in artikel 47 eerste lid van de Wet BIG.

5.6 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, op de voet van artikel 71 van de Wet BIG bekend worden gemaakt op hierna te vermelden wijze.

## **6. 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, een en ander zoals bedoeld in artikel 47 eerste lid van de Wet BIG;

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 collegae 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;
- verzoekt de IGZ mee te werken aan genoemde voorwaarden en het College te informeren, indien verweerder een of meerdere voorwaarden niet of niet naar behoren nakomt;
  - bepaalt dat de proeftijd ingaat op de dag van het onherroepelijk worden van deze uitspraak en dat de proeftijd uitsluitend loopt gedurende de periode(n) dat verweerder is ingeschreven in het BIG-register;
  - verklaart de klacht voor het overige ongegrond;
  - bepaalt dat om redenen, aan het algemeen belang ontleend, deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan de tijdschriften Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

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-arts, bijgestaan door mr. E.C. Zandman, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 15 maart 2016.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.