

Persisterende schouderpijn

U zou er nu voor kunnen kiezen om eerst de hieronder afgedrukte uitspraak te lezen en dan pas ons commentaar. De tuchtzaak is ons terecht 'om reden van algemeen belang' (artikel 71 Wet BIG) ter publicatie aangeboden. Dat belang wordt vergroot wanneer u nu eerst even, virtueel, op de stoel van de aangeklaagde huisarts gaat zitten. Had u op zijn plek dezelfde stappen gezet en gelijke beslissingen op dezelfde momenten genomen?

U moet hier nu even stoppen met het verder lezen van dit commentaar, anders mislukt het experiment. Een soort voortgangstoets...

Tja, wat vond u? Nu u weet dat de persisterende schouderpijn van de 76-jarige patiënt geen artrogene of myogene oorzaak had, maar het gevolg was van een gemetastaseerd longcarcinoom, kunt u haast niet meer neutraal en blanco denken. Ook uw leerboek beschrijft immers de schouder- en thoraxpijn als mogelijk anamnesticke aan-



wijzing voor een longtumor. Niet vaak, maar toch. Wij hopen echter vooral dat u zo professioneel, maar ook menselijk bent, om een 'donderslagdiagnose' niet, zoals de aangeklaagde huisarts, even tussen neus en lippen alvast aan de partner

van de patiënt te melden en deze zodoende als brenger van het slechte nieuws inzet. Dat de familie dan in de gordijnen klimt, heeft u in zo'n geval aan uzelf te danken. En als u zich daarna ook zo gekwetst voelt, dat u bij deze terminale patiënt het medische bijltje erbij neergooit, dan bezoedelt u daarmee de artsenstand.

B.V.M. CRUL, arts
MR. W.P. RIJKSEN

Log in en discussieer mee of
bekijk eerdere uitspraken op onze
website: www.medischcontact.nl



Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Amsterdam d.d. 7 november 2006

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 18 oktober 2005 binnengekomen klacht van A, wonende te B, klager, tegen C, huisarts, wonende te D, verweerder.

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van het klaagschrift; het aanvullend klaagschrift; het antwoord; de repliek; de dupliek; de correspondentie betreffende het vooronderzoek; de inlichtingen.

Partijen hebben geen gebruikge maakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord. De klacht is ter openbare terechtzitting van 12 september 2006 behandeld. De partijen waren aanwezig. Klager werd vergezeld door zijn zuster en verweerder werd bijgestaan door mr. E, advocaat te F.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden, kan van het volgende worden uitgegaan:

Klagers vader, G, geboren in 1928 en overleden in 2005, (verder te noemen:

patiënt) was sinds 1999 met polymyalgia rheumatica en sinds 2003 met geheugenstoornissen bekend.

Op 1 november 2004 is de patiënt wegens pijn in het rechterschoudergebied door verweerder gezien. Verweerder heeft lokale drukpijn op de scapula geconstateerd en als werkdiagnose myalgie gesteld, waarvoor hij 'cremor capsici comp' aan de patiënt heeft voorgeschreven.

Op 16 november 2004 heeft verweerder de patiënt wederom op zijn spreekuur gezien daar de klachten niet waren afgenomen. Ook deze keer heeft verweerder de pijnklachten als myogeen geduid en de patiënt diclofenac 50 mg (driemaal daags) voorgeschreven.

Op 3 december 2004 is naar de praktijk gebeld met een verzoek om een verwijzing van klager voor fysiotherapie. In overleg met de praktijkassistente heeft verweerder dit verzoek gehonoreerd.

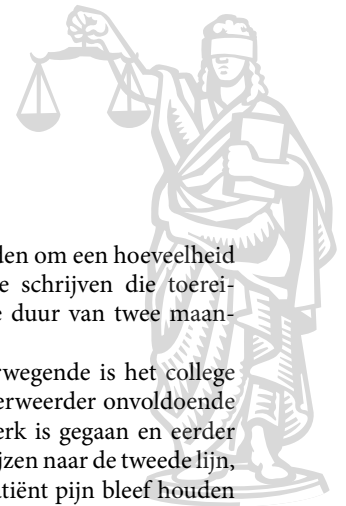
Op 27 december 2004 heeft klager zich wederom wegens de nog steeds pijnlijke schouder gemeld op het spreekuur van verweerder. De patiënt is onderzocht door een coassistent die heeft voorgesteld aan verweerder om een röntgenfoto van de rechterschouder te laten vervaardigen

en de diclofenac te continueren. Als vraagstelling en/of klinische informatie voor de radioloog op het aanvraagformulier staat in het medisch dossier vermeld: *'Al 8 weken continu zeurende pijn net onder rechter scapula. Bekend met reuma. Ondanks fysiotherapie en pijnstilling geen verbetering.'*

Op 3 januari 2005 heeft de patiënt verweerdere spreekuur opnieuw bezocht. Ditmaal wegens een pijnlijke, rode en gezwollen enkel rechts. Verweerder heeft als werkdiagnose artritis van het spronggewricht gesteld. Dit gegeven en het feit dat de röntgenfoto van de schouder geen afwijkingen had laten zien, was aanleiding voor verweerder om laboratoriumonderzoek aan te vragen gericht op reumatische aandoeningen.

Op 11 januari 2005 is de patiënt door verweerder gezien om de uitslagen van de onderzoeken te bespreken.

Behalve een positieve ANA werden geen afwijkende waarden gevonden. Verweerder heeft vervolgens wegens een vermoeden op SLE een laboratoriumbepaling op anti-dsDNA en een röntgenfoto van de wervelkolom aangevraagd. Als



vraagstelling en/of klinische informatie voor de radioloog op het aanvraagformulier staat in het medisch dossier vermeld: 'pijn subscapulaire rechts'.

De uitslag van de radioloog heeft verweerder op 17 januari 2005 bereikt. Deze röntgenfoto liet evenmin afwijkingen zien die de pijnklachten verklaarden.

Op 1 februari 2005 is de patiënt naar verweerders spreekuur gekomen met (nog steeds) heftige pijn in het gebied van de rechterschouder. Daar verweerder een neurogene oorzaak vermoedde, heeft hij klager voorgesteld om een MRI-scan te laten vervaardigen in H te I, daar hij wilde dat het onderzoek snel zou plaatsvinden en hij zelf niet bevoegd is om deze aan te vragen in J. De patiënt is op 7 februari 2005 in H onderzocht en in de loop van de dag is verweerder door de radioloog gebeld met de mededeling dat het skelet van de patiënt 'vol metastasen zat' en dat de primaire tumor nog niet was gelokaliseerd.

In de namiddag van 7 februari 2005 heeft verweerder de echtgenote van de patiënt, die een recept kwam halen voor morfine, ingelicht over de bevindingen van de radioloog. Hij heeft haar voorts medegedeeld dat hij de patiënt, afhankelijk van de uitslag van een nog te verrichten PSA-bepaling, wilde verwijzen naar een internist of uroloog. Hij heeft met haar afgesproken dat hij de bepaling de volgende dag wilde laten doen en dat zodra hij hiervan de uitslag zou hebben, hij bij de patiënt thuis zou langskomen om de situatie met haar en de patiënt te bespreken.

Op 8 februari 2005 heeft klager naar de praktijk van verweerder gebeld. In de loop van de middag heeft verweerder hem teruggebeld. Klager heeft in het telefoongesprek zijn boosheid geuit over de trage diagnostiek en de wijze waarop de echtgenote van de patiënt was ingelicht over de toestand van de patiënt.

Verweerder heeft hem onder meer medegedeeld dat de lange duur om tot de juiste diagnose te komen te maken had met zijn poortwachtersfunctie, in die zin dat er geen duidelijke indicatie was, zoals hoesten, sputum opgeven of vermagering, om te verwijzen naar een specialist.

Verweerder was op 10 februari 2005 wegens werkzaamheden elders niet in de praktijk aanwezig.

Op 11 februari 2005 heeft een collega, aan wie verweerder de begeleiding van de patiënt had overgedragen, op

verzoek van de familie, de patiënt thuis bezocht. Na opname van de patiënt op de afdeling interne geneeskunde en vervolgens op de afdeling oncologie werd de diagnose longcarcinoom met uitzaaiingen in botten en mogelijk ook in bijnier en lever gesteld. Hierop werd van verdere behandeling afgezien.

Op 17 maart 2005 is de patiënt overleden.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

1. in gebreke is gebleven bij het stellen van de (juiste) diagnose;
2. bij herhaling heeft nagelaten om lichamelijk onderzoek te verrichten;
3. heeft nagelaten om met de patiënt en diens naasten te communiceren in het bijzonder toen de infauste diagnose bekend was;
4. geen adequate zorg aan de patiënt heeft verleend na het bekend worden van de infauste diagnose.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

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

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

Ad 1. Vaststaat dat de patiënt in de periode tussen 1 november 2004 tot 1 februari 2005 verweerder een aantal keren met onbegrepen aanhoudende en (uiteindelijk) heftige schouderklachten heeft bezocht. In die periode heeft verweerder weliswaar onderzoek gedaan of laten verrichten en pijnstilling voorgeschreven, maar bij het stellen van de diagnose heeft hij, tussen de verschillende consulten en onderzoeken in, onvoldoende adequaat gehandeld en daardoor onnodig tijd verloren laten gaan. Met name tussen de uitslag van de röntgenfoto op 17 januari 2005 en het consult van 1 februari 2005 heeft hij niets ondernomen terwijl hij nog (steeds) geen verklaring had gevonden voor de (heftige) pijn.

Daarnaast heeft verweerder bij het stellen van een juiste diagnose te weinig oog gehad voor het niet aanslaan van de voorgeschreven pijnstilling. Zo heeft hij op 27 december 2004 in het medisch dossier vermeld dat de pijnstilling geen verlichting gaf. Dit heeft hem er echter

niet van weerhouden om een hoeveelheid diclofenac voor te schrijven die toereikend was voor de duur van twee maanden.

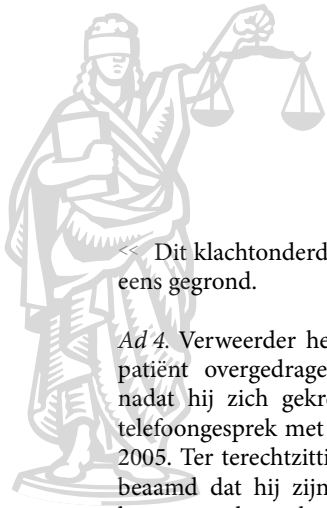
Dit alles overwegende is het college van oordeel dat verweerder onvoldoende voortvarend te werk is gegaan en eerder had moeten verwijzen naar de tweede lijn, temeer daar de patiënt pijn bleef houden en verweerder geen enkel relevant aanknopingspunt had voor een diagnose. Dit klachtonderdeel is derhalve gegrond.

Ad 2. Verweerder heeft ter terechtzitting verklaard dat hij de schouder van de patiënt enkele malen heeft onderzocht. Hij liet de patiënt zich hiervoor niet ontkleden, maar stroopte het overhemd van de patiënt omhoog, zodat het schoudergebied ontbloot was en palpeerde vervolgens de scapula. Naar het oordeel van het college is het echter tijdens een lichamelijk onderzoek bij schouderklachten van belang om de beweeglijkheid van het schoudergewricht en de arm mede te onderzoeken. Een voorwaarde voor een adequaat lichamelijk onderzoek van het schoudergebied is dan ook dat de patiënt geen hinder ondervindt van in de weg zittende kleding.

Dit klachtonderdeel is derhalve eveneens gegrond.

Ad 3. Vaststaat dat verweerder de echtgenote van de patiënt op de hoogte heeft gebracht van de uitslag van de MRI-scan toen zij een recept kwam afhalen op de praktijk. Verweerder heeft ter terechtzitting verklaard dat hij ervan uitging dat zij zelf het slechte nieuws aan de patiënt zou overbrengen en dat hij zodra de uitslag van de PSA-bepaling binnen was een bezoek zou brengen aan de patiënt om met hem de behandelmogelijkheden te bespreken.

Door op deze wijze te handelen, heeft verweerder blijk gegeven van een groot gebrek aan empathie en is hij ernstig tekortgeschoten in zijn zorgplicht jegens de patiënt en diens echtgenote. Verweerder heeft immers de echtgenote van de patiënt onverwachts en onvoorbereid geconfronteerd met bevindingen waaruit zij zonder meer kon opmaken dat haar echtgenoot leed aan een ernstige ziekte. Daarbij acht het college het zeer onzorgvuldig en onjuist dat verweerder het aan de echtgenote van de patiënt heeft overgelaten deze slechte tijding aan haar echtgenoot over te brengen. >>



<< Dit klachtonderdeel is derhalve eveneens gegrond.

Ad 4. Verweerder heeft de zorg voor de patiënt overgedragen aan een collega, nadat hij zich gekrenkt voelde na een telefoongesprek met klager op 8 februari 2005. Ter terechtzitting heeft verweerder beaamd dat hij zijn gekwetstheid heeft laten prevaleren boven de zorg die hij jegens de patiënt diende te betrachten. Het college acht de attitude van verweerder in deze niet professioneel en zelfs laakbaar. Temeer daar het een vertrouwensbreuk tussen verweerder en klager betrof die in beginsel de patiënt niet regardeerde en de patiënt bovendien ernstig ziek was. Daar komt nog bij dat de collega aan wie verweerder de zorg (tijdelijk) overdroeg slechts voor één dag per week werkzaam was in de praktijk en derhalve onvoldoende in staat was om een ernstig zieke patiënt adequaat te begeleiden.

Ook het feit dat verweerder na het overlijden van de patiënt taal nog teken heeft laten horen aan de echtgenote van de patiënt acht het college getuigen van een gebrek aan professionaliteit en invoelend vermogen bij verweerder.

Ook dit klachtonderdeel is derhalve gegrond.

De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in al haar onderdelen gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge art. 47 lid 1 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg jegens de patiënt en diens naasten had behoren te betrachten.

De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor, gelet op de ernst en de aard van de aan verweerder verweten gedragingen, passend.

Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra

zij onherroepelijk is, op na te melden wijze worden bekendgemaakt.

6. DE BESLISSING

Het Regionaal Tuchtcollege

- berispt verweerder.

Bepaalt voorts dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG geheel in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus gewezen op 12 september 2006 door mr. T.L. de Vries, voorzitter, J. van Asma, prof. dr. J.J. de Lange en dr. J.J. van der Sande, leden-arts, mr. A.N.A. Josephus Jitta, lid-jurist, mr. T.H.C. Coert, secretaris, en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 7 november 2006 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris. ■

PRAKTIJKPERIKEL

Neurologie of psychiatrie?



Tijdens mijn coschap neurologie in een perifeer ziekenhuis mocht ik bij hoge uitzondering mee met de consulten die de baas die middag deed. Er zat ook een spoedconsult bij voor een patiënt die was opgenomen op de medium

care. Op de aanvraag stond kort samengevat: 'sinds enkele minuten trekkingen en niet reagerend op aanspreken. DD epileptisch insult?'

We kwamen bij de jongeman aan; ik schatte hem zo rond de dertig jaar. Zijn vrouw stond erbij en keek gelaten toe hoe haar man in bed lag te schokken. De neuroloog pakte zijn tas met benodigdheden, zoals de bekende reflexhamer en het ooglampje.

Op aanspreken reageerde de man niet. Hij opende zijn ogen niet en voerde ook geen opdrachten uit. Intussen werden de schokken steeds erger. Met elke schok kwam de patiënt bijna tot zit.

Bij onderzoek was er een normale pupilreflex en aan de extremiteiten beiderzijds symmetrische, normale reflexen. De voetzoolreflex was plantair.

De situatie zag er op dat moment dreigend uit, daar de score op de Glasgow Coma Scale onder de acht lag. Dit zou betekenen dat de patiënt in een comateuze toestand verkeerde. Om de score te completeren, gaf de neuroloog de welbekende pijnprikkels. Eerst die op het nagelbed. Er was wederom geen reactie: geen pathologische strekking te zien, noch flexie van de armen. Op de achtergrond bleef de vrouw van de patiënt er koeltjes onder.

De neuroloog gaf niet op en diende nog een pijnprikkel toe, ditmaal supraorbitaal - en toch iets 'gemener'. Hierop kwam de patiënt 'plots' bij, schreeuwde 'Auw joh!' en draaide zich gepikeerd om in zijn bed.

Het zal mij benieuwen hoe het de patiënt verder is vergaan. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signalementen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.