

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 1029

**Uitspraak: 20 december 2010**

## HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS- ZORG

### TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 23 februari 2010 binnengekomen klacht van:

A  
wonende te B  
klaagster

tegen:

C  
longarts  
werkzaam te B  
wonende te D  
verweerder  
gemachtigd mr. C.W.M. Verberne te Eindhoven

#### **1. Het verloop van de procedure**

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift en de aanvulling daarop
- het verweerschrift en de aanvulling daarop

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

De klacht is ter openbare zitting van 15 november 2010 behandeld. Klaagster was aanwezig, met haar vader, en verweerder was aanwezig, bijgestaan door zijn gemachtigde, die een pleitnota heeft overgelegd.

#### **2. De feiten**

Het gaat in deze zaak om het volgende:

Klaagster heeft de klacht ingediend als partner van de heer E, geboren op 4 juli 1951, hierna te noemen: patiënt.

Op 13 oktober 2009 zag verweerder patiënt voor het eerst op de polikliniek. Patiënt kwam op verwijzing van de huisarts voor desensibilisatie in het kader van een anafylactische shock volgend op een wespensteek op 18 juli 2009.

Na anamnese en aanvullend onderzoek bleek patiënt in aanmerking te komen voor een rush desensibilisatie, waartoe hij op 27 oktober 2009 werd opgenomen op de (long)afdeling van verweerder. Hij werd volgens protocol behandeld. Op de laatste dag van de desensibilisatiekuur, 29 oktober 2009 werd om 16.45 uur de arts-assistent bij patiënt geroepen omdat hij zich niet lekker voelde en klaagde over keelpijn en rillerigheid. Hij had koorts, 38,7 graden Celsius, en had volgens de documentatie van de arts-assistent koude rillingen. Tensie en pols waren stabiel. Direct aansluitend heeft de arts-assistent overlegd met verweerder, die op dat moment met zijn spreekuur bezig was. Verweerder besloot dat de laatste bij de kuur behorende injectie niet meer gegeven zou worden. Vervolgens heeft hij, aansluitend aan zijn poliklinische activiteiten, om 18.00 uur patiënt in het bijzijn van de arts-assistent gezien. Verweerder tekende in dossier aan: "lijkt griepaal". Op een deel van de afdeling, grenzend aan de kamer waar patiënt lag, was sprake van een kleine uitbarsting van een griepachtig beeld. In overleg met de arts-assistent en patiënt is besloten dat patiënt naar huis mocht, met het bezoek mee. Afgesproken werd dat verweerder patiënt de volgende dag zou bellen, hetgeen verweerder de volgende ochtend ook heeft gedaan. Van klaagster vernam verweerder bij dat telefoongesprek dat patiënt goed had geslapen, maar nog steeds griepelijk was. Afgesproken werd dat verweerder patiënt op 5 november zou zien voor de poliklinische vervolgbehandeling. Daar is hij niet verschenen. Verweerder heeft patiënt niet meer gezien.

Op 6 november 2009 meldde patiënt zich op de SEH met hoge koorts en algehele malaise. Hij werd opgenomen en op 7 november 2009 waren de bloedkweken positief voor staphylococcus aureus. Op 9 november 2009 om 06.35 uur is patiënt overleden. Het obductierapport vermeldt als directe doodsoorzaak een intracerebrale bloeding, ten gevolge van een staphylococcensepsis.

### **3. Het standpunt van klaagster en de klacht**

Op de zitting heeft klaagster duidelijk gemaakt dat zij klaagt over het handelen van verweerder op 29 oktober 2009. Verweerder heeft die dag een onjuiste diagnose gesteld en patiënt ten onrechte zonder bloedkweken te nemen en ondanks de koorts naar huis laten gaan.

Verder vraagt klaagster zich af hoe het toch mogelijk is dat patiënt redelijk gezond het ziekenhuis in ging en vervolgens in dat ziekenhuis is overleden.

### **4. Het standpunt van verweerder**

Het college zal hierna, voor zover nodig, op het verweer ingaan.

### **5. De overwegingen van het college**

Het gaat in deze zaak om de vraag of verweerder op 29 oktober 2009 zorgvuldig heeft gehandeld.

Het getuigde van zorgvuldigheid dat verweerder, toen hij van de assistent-arts hoorde over de situatie van patiënt, met bekwame spoed zelf, in het bijzijn van de arts-assistent,

naar patiënt heeft gekeken. Aan de hand van zijn niet verontrustende (klinische) bevindingen kon verweerder, in samenspraak met de arts-assistent, mede gelet op het heersende griepvirus, tot de werkdiagnose griep komen. Er waren op dat moment geen aanwijzingen die duiden op een bacteriële infectie of andere mogelijke oorzaken van de (griep)verschijnselen. Met name was geen sprake van rillingen, zelfs niet meer van rillerigheid, zoals verweerder onbestreden heeft gesteld. Daarom behoefde verweerder ook geen bloedkweken te laten afnemen. De diagnose is naar het oordeel van het college op zorgvuldige wijze tot stand gekomen; ter zake kan aan verweerder niets worden verweten. Daaruit vloeit voort dat er ook geen bezwaar was om patiënt die dag nog naar huis te laten gaan, zoals in dit soort gevallen niet ongebruikelijk. Het enkele feit van een griep gepaard gaande met een temperatuur van 38,7 vormt onvoldoende reden voor een voortzetting van een ziekenhuisopname. Daarbij komt dat verweerder zo zorgvuldig is geweest om met patiënt af te spreken dat hij de volgende dag zou bellen, hetgeen hij ook heeft gedaan.

De klacht is daarom ongegrond.

Het is alleszins begrijpelijk dat klaagster wil weten hoe dit zo met patiënt is kunnen gebeuren; het college is echter helaas niet in staat daarop een antwoord te geven.

## **6. De beslissing**

Het college:

- wijst de klacht af.

Aldus beslist door mr. H.P.H. van Griensven als voorzitter, mr. F.C.B. van Wijmen als lid-jurist, dr. H.A.M. Sinnige, dr. C.G.W.M. Frenken en dr. P.M. Netten als leden-beroeps-  
genoten, in aanwezigheid van mr. E.M. Suur als secretaris en in het openbaar uitgesproken op 20 december 2010 in aanwezigheid van de secretaris.