

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 010/2009

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 4 februari 2010 naar aanleiding van de op 20 januari 2009 ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

**C**, huisarts, werkzaam te D,  
bijgestaan door mr. R. van Dijk, advocaat te Utrecht,

v e r w e e r s t e r

#### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Klaagster heeft een klaagschrift ingediend. Verweerster heeft een verweerschrift ingediend. Zij hebben vervolgens gerepliceerd en gedupliceerd. Beiden hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 19 december 2009, alwaar zijn verschenen klagster, en verweerster bijgestaan door haar gemachtigde.

#### 2. DE FEITEN

Op grond van de stukken waaronder het medisch dossier en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

De klacht heeft betrekking op de medische behandeling van de zuster van de klaagster; E, geboren op 12 april 1941 en overleden op 4 juni 2008, hierna te noemen 'patiënte'. Patiënte stond destijds ingeschreven in de huisartsenpraktijk te D, waar verweerster als huisarts sinds 1 januari 2008 werkzaam is. De praktijk is een duopraktijk met huisarts F. Tevens stond patiënte onder controle van G, internist in het H te D, in verband met anemie en hypothermie bij een myelodysplastisch syndroom. Patiënte is hiervoor diverse keren opgenomen geweest, laatstelijk van 5 maart 2008 tot en met 12 maart 2008. Ook stond patiënte onder behandeling van neuroloog I, werkzaam in het J in verband met onbegrepen polyneuropathie en een afwijkend looppatroon. Het medisch dossier vermeldt een uitgebreide voorgeschiedenis van patiënte: *“myelodysplastisch syndroom, herhaaldelijke anemie, wisselende pancytopenie, diffuus verminderde linkerventrikel functie, mitralisinsufficiëntie, meerdere episodes van hypothermie, hypothyreoidie, manische depressiviteit, carpaal tunnel syndroom OK links, emfyseem, episodes met decompensatio cordis, neurologische problematiek.”*

Op 13 mei 2008 bezocht patiënte huisarts F in verband met kortademigheid en moeheid. Bij onderzoek constateerde hij: *“milt tikt aan demping flank”*. Hij heeft geen plan van aanpak genoteerd.

Op 19 mei 2008 's avonds heeft patiënte telefonisch contact opgenomen met de huisartsenpost (HAP) wegens hevige buikpijnklachten. Patiënte vertelde hiervoor eerder de huisarts bezocht te hebben en liet weten dat er een echo was afgesproken. Patiënte werd geadviseerd paracetamol 1000 mg in te nemen en de volgende dag contact op te nemen met de eigen huisarts.

Later die avond liet patiënte de HAP telefonisch weten dat de pijnklachten na inname van paracetamol verdwenen waren. Ze vroeg zich echter af wat te doen wanneer de pijnklachten zouden terugkomen. Geadviseerd werd te gaan slapen en bij nieuwe pijnklachten wederom paracetamol 1000 mg in te nemen.

Op 21 mei 2008 bezocht patiënte verweerster in verband met aanhoudende buikpijnklachten. Verweerster heeft patiënte onderzocht en vermeldde in het huisartsenjournaal dat de pijn drukkend en krampend van aard was, en erger bij een liggende houding. Verweerster heeft na overleg met internist K2 keer daags ranitidine 150 mg voorgeschreven en 3 keer daags 10 mg buscopan.

Patiënte belde in de nacht van 21 op 22 mei 2008 opnieuw de HAP wegens vreselijke maagpijnklachten waarvoor ze buscopan had ingenomen. Patiënte kreeg het advies ranitidine en paracetamol in te nemen, en terug te bellen wanneer het niet beter zou gaan.

's Morgens bezocht patiënte verweerster omdat de buikpijn matig reageerde op de voorgeschreven medicatie. Verweerster overlegde met internist L en heeft de volgende medicatie voorgeschreven: antagelsuspensie, esomeprazol 1 keer daags 40 mg en duspatal retard 2 keer daags 200 mg. Ook werd er laboratoriumonderzoek verricht met de volgende uitslagen: Hb 6.7, Ht 0.32, Erytrocyten 3.40, Trombocyten 129, Alanineaminotransferase 41 U/L- 40.0.

's Avonds belde patiënte wederom de HAP wegens buikpijnklachten en patiënte kreeg het advies paracetamol in te nemen en de volgende dag contact op te nemen met de eigen huisarts.

Op vrijdagavond 23 mei 2008 nam patiënte om 23:16 uur telefonisch contact op met de HAP in verband met misselijkheid en maagpijnklachten. De HAP adviseerde patiënte extra paracetamol in te nemen.

Zaterdag 24 mei 2008 vond een consult plaats bij de HAP; patiënte was misselijk, moest overgeven en had een opgeblazen gevoel. Dienstdoend arts M heeft haar onderzocht en haar in overleg met de internist ranitidine 2 keer daags 150 mg voorgeschreven en de eerder voorgeschreven Nexium (esomeprazol) gestopt. Ook werd paracetamol 4 keer daags 1 gram voorgeschreven.

Enkele uren na het consult belde patiënte opnieuw de HAP wegens algeheel onwelbevinden en werd besloten patiënte te beoordelen op de SEH. Patiënte werd onderzocht door SEH-arts N, waarna hij overleg heeft gepleegd met internist K. De volgende metingen werden genoteerd: bloeddruk RR 100/75, Temp 34.5, soepele buik. Aanvullend is er een ECG verricht wat niet is beschreven. Een acute opname achtte hij niet noodzakelijk en patiënte werd geadviseerd de afspraak met internist G te vervroegen. Ranitidine is opgehoogd naar 2 keer daags 300 mg.

Zondagavond 25 mei 2008 bezocht patiënte de HAP in verband met buikklachten, dyspnoe en dikke benen. De verslaglegging van dit bezoek vermeldt een '*erg theatrale presentatie. Lijkt toch op heftige cologene spasmen. Vreemd beeld waarvan oorzaak kan variëren van psychogeen tot ALL. Is niet voor nu, wacht op echo deze week, wellicht eerdere analyse c.q. opname door eigen huisarts?*' Arthrotec werd afgesproken 2 keer daags 75 mg.

Om 23.38 uur nam patiënte opnieuw telefonisch contact op met de HAP met de vraag of ze naast de Arthrotec 2 tabletten paracetamol mocht innemen. Dit werd goedgekeurd.

Maandagmorgen 26 mei 2008 om 06.59 uur heeft patiënte wederom telefonisch contact gezocht met de HAP in verband met aanvallen van dyspnoe. De HAP adviseerde 2 tabletten paracetamol in te nemen en contact te zoeken met de eigen huisarts.

Die middag bezocht patiënte verweerster zonder een afspraak te hebben gemaakt. Patiënte gaf buikpijnklachten aan, een drukkend gevoel in de bovenbuik. Verweerster besloot in overleg met internist G patiënte door te sturen naar de SEH en te laten beoordelen door G. Metingen: RR 97/73, HF 84, Saturatie 92 % zonder zuurstof, temp 33.7 C. Er werd opnieuw een ECG gemaakt, wat atriumfibrilleren (AF) liet zien met een ventrikelrespons van 86. Op het ECG van 24 mei (wat niet is beschreven) was achteraf ook AF zichtbaar, en in overleg met cardioloog O werd besloten te starten met Sintromitis. Patiënte werd vervolgens naar huis gestuurd. Er werd een Holter-onderzoek en een echo cor afgesproken en een vervolgspraak op de polikliniek voor over twee tot drie weken.

Een dag later, 27 mei 2008, consulteerde patiënte verweerster opnieuw omdat ze vocht vasthield en niet meer plaste. Verweerster adviseerde patiënte, na lichamelijk onderzoek verricht te hebben, veel te drinken.

Patiënte heeft 's avonds, om 22.18 en 23.27 uur nog twee telefonische consulten gepleegd met de HAP in verband met verminderde urineproductie.

Op 28 mei 2008 bezocht de waarnemer van de praktijk van F en verweerster patiënte thuis in verband met buikpijn, misselijkheid en dyspnoe. Hij heeft haar lichamelijk onderzocht en primperan voorgeschreven. Het huisartsenjournaal vermeldt:

*“ RR 110/60, pols 80 zwak irr, drukpijnlijk epigastrium [...] Gastritis? Dyspepsie? Psychogeen? [...] Nu primperan naast nexium”* .

Patiënte bezocht 29 mei 2008 nogmaals verweerster. Verweerster heeft overleg gepleegd met internist G en cardioloog O en patiënte vervolgens naar de SEH doorgestuurd voor verdere beoordeling.

Metingen: RR 90/62, pols 93, Temp 33.1, AH 12, saturatie 86% zonder zuurstof. ECG liet AF zien met ritme van 96. Geen duidelijke verschillen met een oud ECG. X-thorax gaf een overvullingsbeeld en een echo liet een gestuwde lever met levervenen zien, een verwijde vena cava inferior en een schrompelnier links. De volgende diagnose werd gesteld: ernstige rechts decompensatio cordis met atriumfibrilleren. Op de SEH werd een blaascatheter ingebracht en patiënte startte met Lasix intraveneus. Besloten werd patiënte op te nemen.

Tijdens de opname kreeg patiënte ernstige longembolieën.

Zij is op 4 juni 2008 overleden.

Op 13 juni 2008 heeft er een gesprek plaatsgevonden tussen verweerster en een (andere) zuster van patiënte.

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerster -zakelijk weergegeven- het volgende:

1. dat zij de klachten van patiënte niet serieus heeft genomen, waardoor patiënte zich in de laatste weken van haar leven ernstig in de steek gelaten voelde en zij nodeloos een lijdensweg heeft moeten afleggen;
2. dat zij onvoldoende conclusies heeft getrokken uit de dagelijkse informatie van de huisartsenpost;
3. dat zij geen diagnose heeft kunnen stellen;
4. nalatig is geweest met als gevolg het voortijdig overlijden van patiënte.

### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

Verweerster voert -zakelijk weergegeven- aan dat zij de klachten van patiënte wel degelijk serieus heeft genomen. Zij heeft iedere hulpvraag voldoende uitgediept en op de klachten adequaat gereageerd. Zij heeft ook meerdere keren contact opgenomen met de internist en patiënte ingestuurd naar de SEH. Informatie van haar collega's alsook de voorgeschiedenis van patiënte en de waarneemberichten van de HAP en de SEH heeft zij betrokken bij haar besluitvorming. Zij erkent dat zij de klachten van patiënte niet goed heeft kunnen duiden wegens het gecompliceerde ziektebeeld waarvoor nader specialistisch onderzoek noodzakelijk was. Zij is niet nalatig geweest en niet gesteld kan worden dat patiënte als gevolg van haar handelen is overleden. Verweerster is derhalve van mening dat haar ter zake geen tuchtrechtelijk verwijt treft en dat de klacht als (kennelijk) ongegrond dient te worden afgewezen.

## 5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

### 5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar 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 klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

### 5.2

Voor de beoordeling van de klachten acht het college het volgende van belang. Verweerster heeft patiënte in de periode van 21 mei 2008 tot 29 mei 2008 vijf keer gezien op haar praktijk, op 21, 22 en 26 mei wegens maagklachten, op 27 mei wegens het vasthouden van vocht en niet plassen en op 29 mei wegens ernstige dyspnoe klachten. Daarnaast heeft patiënte zich in die periode vele malen tot de HAP gewend. Klaagster was in maart 2008 opgenomen geweest in verband met anaemie en hypothermie bij onbegrepen neurologisch beeld en nog steeds onder behandeling van de internist, G.

Op 21 en 22 mei heeft verweerster, omdat klaagster nog onder behandeling was van de internist, contact opgenomen met de dienstdoende internist en in overleg medicatie voorgeschreven.

Op 26 mei 2008 was verweerster zoals zij ter zitting heeft verklaard van mening dat patiënte moest worden opgenomen en heeft zij na overleg met G patiënte doorgestuurd naar de SEH om haar te laten beoordelen. G heeft de cardioloog O geconsulteerd in verband met geconstateerde atriumfibrillatie. Er werd besloten te starten met Sintromitis, er werd vervolgonderzoek afgesproken en patiënte werd naar huis gestuurd.

Op 27 mei heeft verweerster patiënte ook richting hart en longen onderzocht zoals zij ter zitting heeft verklaard.

Op 28 mei heeft zij de waarnemer die bij patiënte visite heeft gereden verzocht een volledig lichamelijk onderzoek te doen.

Op 29 mei heeft zij patiënte wederom doorgestuurd naar de SEH om haar te laten beoordelen door de internist G en de cardioloog O.

### 5.3

Hoewel het college met klaagster van mening is dat patiënte niet steeds gehoor heeft gevonden voor haar klachten is het college van oordeel dat, gezien deze feiten en omstandigheden, in ieder geval aan verweerster tuchtrechtelijk geen verwijt kan worden gemaakt.

Zij heeft de klachten van patiënte serieus genomen en waar mogelijk zich ook voorzien van de nodige specialistische kennis. Daarbij is zij niet nalatig geweest.

Dat zij geen diagnose heeft kunnen stellen is haar, gezien de ingewikkelde medische situatie van patiënte, niet te verwijten; ook de andere artsen die hierbij waren betrokken hebben geen andere diagnose dan maagklachten en later atriumfibrillatie kunnen stellen. Ook kan haar niet worden verweten dat zij onvoldoende conclusies heeft getrokken uit de dagelijkse informatie van de HAP, immers heeft de HAP bijna steeds paracetamol voorgeschreven, naast medicatie tegen maagklachten, en patiënte verwezen naar de

huisarts. Op 24 mei is patiënte op instigatie van de HAP beoordeeld door de SEH-arts N die na overleg met de internist een acute opname niet noodzakelijk vond en patiënte adviseerde de afspraak met G te vervroegen. Verweerster heeft daarentegen juist omdat patiënte zich in het weekend van 24 en 25 mei zo vaak tot de HAP had gewend op maandag 26 mei patiënte doorgestuurd naar de SEH om haar te laten beoordelen door de internist G en de cardioloog O.

#### 5.4

Het college zal dan ook de klachten afwijzen. Wel geeft het college verweerster in overweging om vollediger te zijn in haar verslaglegging omdat die nogal summier is en ter zitting bleek dat zij meer heeft gedaan dan zij in het journaal heeft verantwoord.

### 6. DE BESLISSING

Het college wijst de klachten af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. J.E. van den Steenhoven-Drion, voorzitter, mr. W.J.B. Cornelissen, lid-jurist, en dr. R.H. Boerman, J.M. Komen en S. Tiemersma, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. G.E. Bart, secretaris en uitgesproken in het openbaar op 4 februari 2010 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

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 de volksgezondheid, wie de aanleggenheid uit hoofde van de hun 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 Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.