

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: 094/2009

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE**

**Beslissing d.d. 22 juli 2010 naar aanleiding van de op 7 mei 2009 ingekomen klacht van**

**A, wonende te B,**

**k l a a g s t e r**

**-tegen-**

**C, huisarts, werkzaam te D,**

**gemachtigde mr. J.J.W. Remme, advocaat te Utrecht,**

## **verweerder**

### **1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE**

**Klaagster heeft een klaagschrift ingediend met bijlagen. Een nadere omschrijving van haar klacht is op 5 juni 2009 binnengekomen. Verweerder heeft een verweerschrift ingediend met één productie. Vervolgens is gerepliceerd en gedupliceerd.**

**Tot slot zijn de van belang zijnde medische gegevens overgelegd. Beide partijen 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 22 mei 2010. Klaagster is niet verschenen, zij heeft een bericht van verhindering gestuurd, en verweerder is verschenen in persoon vergezeld van zijn 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 betreft de broer van klaagster, de heer E, geboren op 13 maart 1935 en overleden op 9 september 2008, hierna te noemen patiënt.**

**Op zondag 7 september 2008 heeft patiënt telefonisch aan klaagster gemeld dat hij krachtverlies in het rechterbeen en in de rechterarm had; hij had zich met veel moeite naar zijn stoel achter zijn bureau gesleept om klaagster te bellen.**

**Volgens klaagster was hij ook gevallen. Klaagster is direct naar patiënt gegaan en heeft 112 gebeld. De ambulance kreeg volgens het verslag van de ambulanceverpleegkundige de melding dat er sprake was van een halfzijdige verlamming en is met spoed (A1) op pad gegaan. Bij aankomst rond 19.00 uur heeft de verpleegkundige, na anamnese en lichamelijk onderzoek, geen neurologische afwijkingen en evenmin hartklachten geconstateerd. Omdat er geen sprake was van een levensbedreigende situatie heeft zij geweigerd patiënt naar een ziekenhuis te vervoeren. Wel zag zij aanleiding om via de huisartsenpost in D de dienstdoende huisarts te bellen, i.c. verweerder, voor een visite diezelfde avond.**

**Over het inkomende telefoontje van de ambulanceverpleegkundige dat door de assistente van de post is aangenomen staat in het waarneembericht van verweerder: “(S) (PAR) : *dhr staat onder controle bij dr (naam), cardioloog. Dhr heeft een slapend re been, alleen bij staan. Been voelt niet koud aan. Bij zitten kan dhr er alles mee. Cardioloog heeft dhr vermeld als hij niet meer kan lopen, dat hij dan 112 moet bellen. Ambulance is nu bij dhr. Maar kunnen dhr niet meenemen omdat er geen oorzaak is. Dhr. is wat duizelig en kortademig. Geen pijn op de borst. Been is nog wat dik na gebruik van prednison. Verschillende rode en paarse plekken op het been. Hulpvraag: graag tel. contact.*”**

**Vervolgens heeft verweerder naar aanleiding van telefonisch overleg met de patiënt in het waarneembericht genoteerd: “(C) *wil opname in zz. Kan niet lopen heeft Kahler krachtsverlies R arm\ambu vond opname niet noodzakelijk.*”**

**Verweerder heeft hierop rond 21.00 uur een visite afgelegd bij patiënt. Over zijn onderzoek noteert hij:**

**“ (O)(VEI) RR 200\100 pols 110 Cor gb P geen crepitaties voeten licht oedeem O2 sat 95%. (E) (VEI) geen spoed indicatie op dit moment (P) (C) morgen cito c dr (naam cardioloog) \ (naam internist) bij wie hij onder controle staat.”**

**Verweerder heeft ter zitting meegedeeld dat C staat voor C, i.c. verweerder.**

**Bij het invoeren van de gegevens van een eerste melding bij de huisartsenpost komt volgens verweerder de voorgeschiedenis van een patiënt er automatisch bij te staan en verweerder is dan ook zoals te doen gebruikelijk met die gegevens naar patiënt gegaan. Verweerder wist derhalve dat patiënt onder meer aan de ziekte van Kahler leed en onder behandeling stond van een cardioloog.**

**In het Overzicht journaalregels van de eigen huisarts staat op 7 september 2008 genoteerd. HAP: *krachtsverlies rechter been, controle eigen specialist.***

**De volgende dag constateerde de geconsulteerde eigen huisarts blijkens zijn Overzicht journaalregels ondermeer : *“toename krachtsverlies rechts, slappe verlamming nu, praat wat moeizaam, droge mond, babinsky rechts, parese been en arm, gelaat geen afwijkingen. hemiparese rechts”*. Patiënt werd onmiddellijk per ambulance naar het ziekenhuis gebracht. Daar concludeerde de neuroloog tot *“een hemibeeld rechts tengevolge van een cerebrale bloeding links”*. Patiënt is daaraan de volgende dag overleden.**

**Klaagster heeft eerder op 30 september 2008 een klacht tegen verweerder ingediend bij de klachtencommissie van de Klachtenregeling eerstelijnsgezondheidszorg D. De commissie heeft de klacht bij beslissing van 23 februari 2009 gegrond verklaard.**

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

**Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven-:**

**- Nalatigheid, namelijk dat hij bij patiënt, bekend met Kahler en hartpatiënt, onvoldoende onderzoek heeft gedaan en daardoor de juiste diagnose heeft gemist waardoor hij patiënt niet diezelfde avond heeft laten opnemen in het ziekenhuis. Verweerder is hierbij voorbij gegaan aan blauwe plekken- en bulten aan de onderarm van patiënt ontstaan door valpartijen, hij is ingegaan tegen het uitdrukkelijke advies van de cardioloog door patiënt niet op te nemen en het is voorts niet begrijpelijk dat hij van oordeel was dat patiënt zich de volgende dag wel met spoed moest melden bij zijn behandelend artsen;**

**- Onheuse bejegening, omdat verweerder misplaatste opmerkingen maakte en het hem aan empathisch vermogen ontbrak.**

#### **4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER**

**Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij de vereiste zorg heeft betracht. Hij licht dit als volgt nader toe. Op zondagavond was hij geïnformeerd over alle relevante gegevens met betrekking tot patiënt. De telefonische anamnese, de uitdraai van de huisartsenpost, vormden voor hem de leidraad. Hij heeft zich zelfstandig een oordeel gevormd. Hij weet niet wat hij precies gevraagd heeft maar hij vraagt doorgaans uit naar aanleiding van zijn onderzoek. De afwijzende houding van klaagster en patiënt hebben de conversatie enigszins beïnvloed. Patiënt zat bij binnenkomst van verweerder aangekleed op de stoel. Hij maakte een coherente indruk en gaf een krachtige handdruk met de rechterhand. Hij zag er niet gezond uit maar leeftijd en co-morbiditeit speelden daarbij een rol. Verweerder heeft patiënt van boven laten uitkleden en heeft hart en longen, bloeddruk en pols gecontroleerd. Er waren alleen klachten over een slapend rechterbeen met tintelingen, geen hoofdpijn en geen spraakstoornissen. Van krachtsverlies aan de rechterarm is niets gebleken, dit is door verweerder per abuis ingevuld. Bij het onderzoek met ontbloot bovenlijf is verweerder niets opgevallen. Blauwe plekken zijn niet gezien maar ook niet gemeld. Patiënt kon beide benen heffen en heeft enkele passen gelopen. Het algemeen oriënterend onderzoek gaf verweerder dan ook geen aanleiding om specifiek neurologisch onderzoek te doen. Ook het**

**ambulancepersoneel, eerder die avond, had net als verweerder geen verlamnings-verschijnselen of tekenen van hemiparese waargenomen. De aanbeveling om de volgende dag de cardioloog en de internist te consulteren getuigt van zorgvuldigheid. Dit geldt ook voor het advies om bij verandering verweerder alsnog te bellen. Verweerder betreurt het overlijden van patiënt en heeft oog voor het verdriet van de familie.**

## **5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE**

**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.**

**Met betrekking tot de klacht over de nalatigheid oordeelt het college als volgt. Bij de melding was sprake van een halfzijdige verlamming, een slapend been met tintelingen en een patiënt die aangaf niet te kunnen lopen. Gelet op deze melding en in aanmerking genomen dat patiënt leed aan de ziekte van Kahler, mocht verweerder in beginsel niet volstaan met de hem bekende anamnestiche gegevens in de door hem meegenomen uitdraai.**

**Het college is het met verweerder eens dat hij niet zonder meer een, volgens klaagster, gegeven advies van de cardioloog diende te volgen maar zich zelfstandig een oordeel moest vormen. Daarbij had hij echter op basis van de door patiënt geuite klachten, ook bij niet direct waarneembare neurologische uitval, onder meer bedacht moeten zijn op een TIA dan wel op een dreigende dwarslaesie als gevolg van een wervelinzakking als complicatie van Kahler.**

**Uit het verslag van verweerder blijkt niet dat verweerder hierover nadere vragen heeft gesteld. Verweerder heeft hierover ter zitting ook niets kunnen aangeven zodat van een voldoende adequate anamnese niet is gebleken. Verweerder heeft hierdoor en op grond van zijn onderzoek geen aanleiding gezien om (nader) neurologisch onderzoek te doen; hij geeft ook aan dat een verwijzing naar de neuroloog niet aan de orde is geweest. Het college is echter van mening dat er, juist op grond van de klachten aan het rechterbeen in combinatie met de ziekte van Kahler, extra redenen waren voor nader neurologisch onderzoek. Verweerder had ondermeer naar de wervels moeten kijken gelet op een mogelijke compressie van het ruggenmerg. Hij had tevens neurologisch onderzoek van de benen dienen te verrichten. Dergelijk onderzoek was in de thuissituatie ook goed uitvoerbaar geweest. Verweerder heeft gesteld dat hij geen uitvalsverschijnselen of hemiparese waarnam maar hij heeft hiervan niets genooteerd. Evenmin is vast te stellen of verweerder patiënt inderdaad de benen heeft laten heffen of hem heeft laten staan of lopen, zoals hij stelt, nu hiervan ook geen aantekening is gemaakt en klaagster dit gemotiveerd heeft betwist. Gelet op het bovenstaande is niet gebleken dat verweerder de vereiste zorgvuldigheid heeft betracht bij zijn anamnese en lichamelijk onderzoek en de klacht is dan ook in zoverre gegrond.**

**Voor het overige is niet van nalatigheid gebleken. Verweerder heeft als te doen gebruikelijk voor de volgende dag of bij achteruitgang van patiënt advies achtergelaten over wie gebeld moest worden. Nu de partijstandpunten over eventuele blauwe plekken op de armen diametraal ten opzichte van elkaar staan is op dit punt door het college niets vast te stellen.**

**Ten slotte kan het college zich geen oordeel vormen over de klacht met betrekking tot de bejegening van patiënt. Hoewel verweerder erkent dat er een gespannen sfeer heerste bij zijn visite, lopen de lezingen van partijen over de feitelijke communicatie te veel uiteen. Van gebrek aan empathisch vermogen van verweerder is niet gebleken. De klacht op dit onderdeel wordt dan ook als ongegrond afgewezen.**

**Ten aanzien van het gedeelte van de klacht dat het college gegrond acht kan een maatregel niet achterwege blijven. Onder de omstandigheden als geschetst is verweerder ver-**

wijtbaar tekort geschoten in het onderzoek van patiënt. Mede omdat verweerder heeft aangegeven lering uit de zaak te hebben getrokken wordt een waarschuwing passend geacht.

## **6. DE BESLISSING**

**Het college waarschuwt verweerder !**

**Aldus gedaan in raadkamer door mr. J.E. van den Steenhoven-Drion, voorzitter,**

**mr.dr. J.C.J. Dute, lid-jurist, en J.M. Komen, dr. R.H. Boerman, J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. B.E.H. Zijlstra-Bauer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 22 juli 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 aangelegenheid 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.