

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 1033

Uitspraak: 24 januari 2011

HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS- ZORG

TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 8 maart 2010 binnengekomen klacht van:

A
wonende te B (C)
klager

tegen:

D
huisarts
werkzaam te E
wonende te E
verweerder
gemachtigd mr. E.P. Haverkate te Utrecht

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift
- het verweerschrift
- de repliek
- de dupliek
- het proces-verbaal van het telefonisch vooronderzoek.

Klager is op 22 november 2010 in het kader van het vooronderzoek telefonisch gehoord. Verweerder is niet bij het telefoongesprek aanwezig geweest, maar heeft de gelegenheid gekregen nog te reageren op het proces-verbaal van het telefonisch vooronderzoek. Van deze gelegenheid heeft verweerder geen gebruik gemaakt.

De klacht is ter openbare zitting van 13 december 2010 behandeld. Partijen waren aanwezig, verweerder werd bijgestaan door zijn gemachtigde.

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende:

Klagers moeder, hierna te noemen: patiënte, was reeds sinds lange tijd patiënte in de huisartspraktijk van verweerder. Op 23 januari 2007 bezocht patiënte verweerder met wisselende pijnklachten aan de vingergewrichtjes en polsen. Verweerder constateerde geen roodheid of zwelling. Op grond van leeftijd en geslacht van patiënte oordeelde verweerder dat de klachten het meest pasten bij artrose. Hij heeft patiënte geadviseerd de handen te sparen en temperatuurwisselingen te mijden.

Op 9 oktober 2007 heeft patiënte verweerder opnieuw bezocht in verband met klachten aan de handen. Verweerder stelde naar aanleiding van een heftiger beeld en op grond van de toen bekende gegevens de diagnose reumatoïde artritis. Desgevraagd verwees hij patiënte naar de reumatoloog.

Op 1 november 2007 heeft de reumatoloog patiënte gezien en stelde de diagnose zeer actieve polyartritis met positieve reumafactor. Behandeling en controle van deze klachten zijn vervolgens geheel overgenomen door de tweede lijn.

Op 28 januari 2008 heeft patiënte verweerder bezocht in verband met hoesten en benauwdheid sinds enkele dagen. In het patiëntendossier staat als mededelingen van patiënte (namelijk achter S) vermeld dat patiënte niet plat kon liggen, geen koorts had en geen verdere bijkomende klachten had. Na onderzoek stelde verweerder de diagnose bronchitis en schreef hij antibiotica voor. Omdat geen verbetering optrad, heeft patiënte op 2 februari 2008 de huisartsenpost bezocht, waarop zij is doorgestuurd naar de SEH van het ziekenhuis ter beoordeling. Patiënte is dezelfde dag opgenomen geweest op de afdeling longziekten waar een pneumonie rechts en een decompensatio cordis is vastgesteld. In verband met het beeld van een septische shock is zij op 3 februari 2008 overgeplaatst naar de afdeling intensive care. Vervolgens is patiënte van 4 februari tot en met 3 april 2008 opgenomen geweest op de afdeling cardiologie onder de verdenking van decompensatio cordis bij een semi-acuut myocard infarct, dan wel myocarditis. Daar is na onderzoek uiteindelijk geconcludeerd dat het beeld meer leek te passen bij een cardiomyopathie dan bij een oud myocardinfarct.

Op 12 januari 2010 is patiënte in verband met decompensatio cordis in het ziekenhuis op de afdeling cardiologie opgenomen, alwaar zij op 31 januari 2010 als gevolg van hartfalen is overleden.

3. Het standpunt van klager en de klacht

Klager verwijt verweerder dat patiënte is overleden mede als gevolg van verweeders ongeïnteresseerdheid en nalatigheid. In het bijzonder verwijt hij verweerder dat deze in 2007 de reuma niet heeft gediagnosticeerd en eind januari 2008 de diagnose bronchitis bij patiënte stelde en na een aantal dagen bleek dat zij een hartinfarct had gehad.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder is van mening dat hem niet verweten kan worden tweemaal een diagnose te hebben gemist. De diagnose reuma is een diagnose die zelden in een eerste contact gesteld kan worden. De klachten en het beeld (geen roodheid of zwelling) pasten, mede gezien de leeftijd en het geslacht van patiënte, het meest bij artrose.

Ook de diagnose bronchitis was volgens verweerder correct; eerst later bleek van een cardiomyopathie. Deze diagnose kan meestal pas in de tweede lijn worden gesteld.

Het verwijt dat verweerder geen interesse in zijn patiënte(n) zou hebben is volgens verweerder evenmin terecht. Verweerder is bij al zijn patiënten zeer betrokken, zo ook bij de moeder van klager.

5. De overwegingen van het college

Met betrekking tot de diagnose ten aanzien van de klachten aan de vingers en polsen van patiënte is het college van oordeel dat verweerder op grond van de anamnese en het onderzoek bij het consult op 23 januari 2007 redelijkerwijs mocht aannemen dat sprake was van artrose. De desbetreffende NHG-Standaard schrijft een röntgenfoto op dat moment niet voor. Naar het oordeel van het college heeft verweerder dan ook niet tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld door geen verder (beeldvormend) onderzoek te (laten) doen. Dat de diagnose later anders is gesteld, kan niet leiden tot het oordeel dat de diagnose van verweerder onzorgvuldig en verwijtbaar onjuist is geweest. Voorts merkt het college op dat het beeld van de patiënt in de loop van de tijd kan veranderen. Toen de klachten aanhielden, heeft verweerder patiënte terecht direct doorgestuurd naar de reumatoloog.

Dit onderdeel van de klacht is derhalve ongegrond.

Ten aanzien van de op 28 januari 2008 gestelde diagnose van bronchitis oordeelt het college als volgt. Patiënte werd opgenomen met een bewezen longinfiltraat. De diagnose bronchitis was op dat moment niet onjuist en pas aanvullende tweedelijnsdiagnostiek (die door verweerder niet kon worden verricht) naar aanleiding van bij de opname zich voordoende aanwijzingen voor decompensatio cordis bracht aan het licht dat sprake was van een longinfiltraat en cardiomyopathie.

Niet gebleken is dat ten tijde van de door verweerder gestelde diagnose aanwijzingen voor decompensatio cordis bestonden, die verweerder tot een dergelijke diagnose hadden moeten brengen. Het college merkt daarbij bovendien op dat cardiomyopathie een chronisch-progressieve ziekte is, en dat de oorzaak van het overlijden van patiënte waarschijnlijk multifactorieel is zodat er geen rechtstreeks verband kan worden aangenomen met de diagnose door verweerder.

Ook dit onderdeel van de klacht is ongegrond.

Met betrekking tot het verwijt dat verweerder zich jegens patiënte ongeïnteresseerd zou hebben getoond overweegt het college dat dit verwijt, gelet op de betwisting door verweerder, niet is komen vast te staan en daarom niet gegrond kan worden verklaard. In gevallen, waarin de lezingen van partijen over de feitelijke gang van zaken uiteenlopen en niet kan worden vastgesteld welke van beide lezingen aannemelijk is, kan een verwijt dat gebaseerd is op de lezing van klager in beginsel niet gegrond worden bevonden. Dat berust niet op het uitgangspunt dat het woord van klager minder geloof verdient dan dat van verweerder, maar op de omstandigheid dat voor het oordeel dat een bepaalde gedraging of nalaten verwijtbaar is, eerst moet worden vastgesteld dat er een voldoende feitelijke grondslag voor dat oordeel bestaat.

Het college betreft hierbij nog de omstandigheid dat patiënte sinds 1992 bij verweerder onder behandeling of controle is geweest en diens handelwijze of vermeende gebrek aan empathie kennelijk onvoldoende aanleiding is geweest voor inschrijving bij een andere huisarts.

6. De beslissing

Het college:

- wijst de klacht op beide onderdelen af.

Aldus beslist door mr. H.P.H. van Griensven, als voorzitter, G.B.W.M. Wensing, dr. E.D.M. Masthoff, als leden beroepsgenoten in aanwezigheid van mr. R. Sanders, als secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 24 januari 2011 in aanwezigheid van de secretaris.