

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2010-090

### Datum uitspraak: 3 mei 2011

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

**A**,  
wonende te B,  
klaagster,

tegen:

**C**, huisarts,  
wonende te D,  
de persoon over wie geklaagd wordt,  
hierna te noemen de arts.

### 1. Het verloop van het geding

Het klaagschrift met bijlagen is ontvangen op 18 mei 2010. De arts heeft op de klacht gereageerd, waarna partijen hebben gerepliceerd, respectievelijk gedupliceerd. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de gelegenheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord. De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare zitting van 8 maart 2011. Partijen zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Klaagster werd vergezeld van haar zus E. De arts werd bijgestaan door mr. S. Slabbers, als advocaat verbonden aan DAS Rechtsbijstand te Amsterdam.

### 2. De feiten

2.1 Klaagster is de dochter van F, hierna 'patiënte' te noemen. Patiënte was bekend met een forse hypothyreoïdie, een gestoorde glucosetolerantie bij forse adipositas (120-130 kg), een slechte mobiliteit bij adipositas en diverse operaties (status na THP beide zijden en recidiverende luxaties THP links waarvoor meerdere revisies hebben plaatsgevonden).

2.2 Patiëntes huisarts hield praktijk te G. De arts heeft op 1 januari 2007 deze praktijk overgenomen. De arts heeft patiënte voor het eerst gezien in juni 2009.

2.3 Op maandag 25 januari 2010 is telefonisch contact opgenomen met de huisartsenpraktijk van de arts, omdat patiënte sinds zaterdag 23 januari 2010 pijn in de rechter lies had, waarvoor de weekendarts reeds Ibuprofen had voorgeschreven. De arts legde diezelfde dag een huisbezoek af. Na lichamelijk onderzoek ter plaatse van de lies en

heup verwees hij patiënte voor een röntgenfoto van de heup, omdat de arts dacht aan een luxatie van de heup of een overbelasting. De daags erna gemaakte röntgenfoto toonde geen afwijkingen. Op dinsdag 26 januari 2010 is de uitslag aan patiënte doorgebeld en schreef de arts haar Diclofenac voor. De pijn verdween hierna..

2.4 Op woensdag 27 januari 2010 ontwikkelde patiënte klachten in de linker lies. De arts heeft op 29 januari 2010 een visite afgelegd. De arts trof patiënte zittend in de huiskamer. Ook klaagster was aanwezig. Patiënte maakte, naast haar klachten in de linker lies, melding van een periode van langdurige obstipatie en een hoest. De arts heeft patiënte lichamelijk onderzocht ter plaatse van de linker heup, linker been, longen en buik. De arts stelde de diagnose heupluxatie en obstipatie. De arts verwees patiënte naar het ziekenhuis voor een röntgenfoto van de linkerheup en een overzichtsfoto van de buik. De arts ging niet in op het verzoek van klaagster om opname van patiënte. Patiënte is diezelfde dag met haar echtgenoot naar het H gegaan, alwaar de röntgenopnames zijn gemaakt. De röntgenfoto's lieten opnieuw geen afwijkingen zien. Patiënte is daarop heengezonden.

2.6 Op zaterdag 30 januari 2010 verslechterde de toestand van patiënte en heeft een andere dochter van patiënte de huisartsenpost gebeld. De waarnemend arts heeft een visite afgelegd en stelde de diagnose decompensatio cordis, waarvoor hij Lasix voorschreef. Patiënte heeft voorts diezelfde dag de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van het H bezocht in verband met een hoofdwond na een val later die dag. Patiënte is na onderzoek in het ziekenhuis heengezonden.

2.7 Op maandag 1 februari 2010 werd de huisartsenpraktijk geconsulteerd door Thuiszorg, met de mededeling dat het niet goed ging met patiënte; zij at en dronk nauwelijks, was benauwd en bleef op bed liggen. Thuiszorg vroeg om een opname van patiënte. De arts heeft patiënte onderzocht en stelde de diagnose pneumonie. De arts heeft patiënte, na overleg met een longarts, verwezen naar het H voor een onderzoek door de longarts. Het H heeft patiënte vervolgens laten opnemen voor onderzoek.

2.8 Op dinsdag 2 februari 2010 is patiënte naar de afdeling Intensive Care overgebracht in verband met een sepsis. Zij is die avond om 18.00 komen te overlijden. Uit het obductieverslag blijkt van een purulente pericarditis passend bij stafylokokken aureus sepsis.

### **3. De klacht**

Klaagster verwijt de arts dat hij patiënte onvoldoende heeft onderzocht, geen juiste diagnose(s) heeft gesteld en patiënte niet eerder heeft laten opnemen. Voorts verwijt klaagster de arts dat hij haar onheus heeft bejegend op zowel vrijdag 29 januari 2010 als na het overlijden van patiënte.

### **4. Het standpunt van de arts**

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

### **5. De beoordeling**

5.1 Het College heeft begrepen dat de klacht van klaagster enerzijds ziet op de bejegening van klaagster zelf en anderzijds ziet op het handelen van de arts aangaande

de moeder van klaagster. Voor zover de klacht betrekking heeft op de moeder van klaagster wordt klaagster als een rechtstreeks belanghebbende in de zin van artikel 65, eerste lid, Wet BIG aangemerkt.

### *Onderzoek, diagnosestelling en indicatiestelling voor opname*

5.2 Het College wijst er allereerst op, dat het er bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen 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.

5.3 Tegen die achtergrond ligt ter beantwoording de vraag voor of de arts op de verschillende - onder de feiten vermelde - momenten nalatig is geweest ten aanzien van het afnemen van de anamnese en het (lichamelijk) onderzoek van patiënte, de diagnosestelling en de indicatiestelling voor opname. Het College is van oordeel dat dit niet is gebleken en motiveert dat als volgt.

5.4 De dag dat patiënte bij de praktijk melding maakte van pijn in de *rechter* lies (op 25 januari 2010) heeft de arts aanstonds een visite afgelegd en patiënte onderzocht. Er zijn geen aanwijzingen dat de anamnese en het onderzoek onvolledig zijn geweest of dat de arts anderszins symptomen ten onrechte niet heeft opgemerkt. Gezien de medische voorgeschiedenis van patiënte - waarvan onbestreden vast staat dat deze bij de huisarts bekend was ondanks zijn korte ervaring met patiënte - mocht de arts ervan uitgaan dat de pijnklacht in de rechter lies veroorzaakt werd door een luxatie van de heup of van een overbelasting. De arts heeft juist gehandeld door in aansluiting daarop een röntgenfoto te laten maken. Ook de voorgeschreven medicatie is gezien de aard van de klacht en de uitslag van de röntgenfoto juist te noemen.

5.5 Nadat patiënte melding maakte van pijn in de *linker* lies heeft de arts patiënte op 29 januari 2010 wederom gezien en onderzocht. Er zijn opnieuw geen aanwijzingen voor de veronderstelling dat het onderzoek van patiënte die dag onvolledig is geweest: de arts is benevens diens onderzoek van de linkerheup, ingegaan op de obstipatieklachten en op het verzoek van patiënte om naar haar longen te luisteren. Niet is komen vast te staan dat patiënte klachten had, die er op wezen dat er mogelijk meer aan de hand was, althans dat mogelijk sprake was van pericarditis of een stafylokokkeninfectie en dat opname in het ziekenhuis geïndiceerd was, zoals klaagster heeft gesteld. Klaagster heeft immers niet weersproken dat de voornaamste symptomen, zoals pijn op de borst en (hoge) koorts, niet aanwezig waren, terwijl de heupklacht, de obstipatie of het hoesten op zich, noch bij elkaar genomen, een aanwijzing vormden voor een pericarditis of stafylokokkeninfectie of redenen waren voor opname van patiënte. Hierbij verdient nog aandacht dat de pijnklachten eerder (op dinsdag 26 januari 2010) na gebruik van Diclofenac waren verdwenen. Nu de klachten ten opzichte van woensdag niet waren veranderd, kan in het midden blijven of de arts één of twee dagen eerder had moeten onderzoeken.

Of patiënte bij onderzoek door de arts al dan niet heeft aangegeven dorst te hebben of benauwd te zijn, kan eveneens in het midden blijven. Enerzijds is dorst op zich is geen aanwijzing voor een pericarditis of stafylokokkeninfectie, terwijl anderzijds de arts

bij longonderzoek heeft vastgesteld dat de longen schoon waren. Dat patiënte verward was, zoals klaagster heeft gesteld, kan het College niet vaststellen, gezien de betwisting op dit punt. De juistheid van de diagnostiek, alsmede de afwezigheid van alarmerende symptomen wordt overigens ondersteund door het feit dat ook in het ziekenhuis op 29 januari 2010 geen reden werd gevonden voor opname van patiënte, hetgeen verwacht had mogen worden, indien patiënte, zoals klaagster heeft gesteld, zo ziek was dat uitblijven van een opname onverantwoord was.

5.6 Aan het voorgaande doet voorts niet af dat een collega van de arts de dag erna, zaterdag 30 januari 2010, de diagnose decompensatio cordis stelde. Immers, zoals is overwogen zijn er geen aanwijzingen dat patiënte reeds op vrijdag een zodanig zieke indruk maakte dat opname en/of nader onderzoek geïndiceerd was. Klaagster heeft bovendien ter zitting bevestigd dat het ziektebeeld van patiënte zaterdag aanmerkelijk was verslechterd ten opzichte van vrijdag. Overigens heeft op 30 januari 2010 noch de waarnemend huisarts noch het personeel bij de SEH reden gezien voor opname van patiënte.

5.7 Tot slot zijn er geen aanwijzingen dat de arts op maandag 1 februari 2010 niet gehandeld heeft, zoals van hem verwacht had mogen worden. Nadat hij vernam dat de situatie van patiënte dat weekend aanmerkelijk was verslechterd, heeft hij patiënte diezelfde dag onderzocht. Gezien zijn bevindingen ten aanzien van de gezondheidstoestand op dat moment, heeft hij juist gehandeld door patiënte onder verdenking van een pneumonie direct in te sturen. Het valt de arts andermaal niet te verwijten dat hij ook op 1 februari 2010 niet de diagnose pericarditis of stafylokokkeninfectie heeft gesteld. Dit wordt ondersteund door de bevindingen van de artsen in het H bij opname van patiënte op maandag 1 februari 2010, beschreven in het overgelegde medisch dossier van patiënte. Hoewel in het ziekenhuis is vastgesteld dat patiënte zo ziek was dat opname geïndiceerd was, is ook in het ziekenhuis niet aanstonds gedacht aan een stafylokokkeninfectie en dacht men, evenals de arts die ochtend, aan een pneumonie. Dat de gezondheidstoestand van patiënte kort erna ernstig verslechterde en tot haar overlijden op 2 februari 2010 heeft geleid, is bijzonder betreurenswaardig, maar valt de arts niet te verwijten. Er was sprake van een ernstige infectie met een kort, doch agressief, beloop.

5.8 Het voorgaande brengt met zich dat het eerste klachtonderdeel ongegrond is.

### *Bejegening*

5.9 De arts heeft zowel in zijn schriftelijk verweer als ter zitting erkend dat de communicatie tussen klaagster en de arts bij de ontmoeting op vrijdag 29 januari 2010 niet goed is verlopen. Terwijl de arts patiënte trachtte te onderzoeken, probeerde klaagster de arts duidelijk te maken wat haar moeder mankeerde. De arts voelde zich onder druk gezet, terwijl klaagster op haar beurt een gevoel van machteloosheid en radeloosheid ervoer en zich door de arts onbegrepen voelde. Het College is van oordeel dat de communicatie bezien dient te worden tegen de achtergrond van de situatie en heeft daarom begrip voor zowel de houding van de arts als voor de houding van klaagster. Daarbij zij wel opgemerkt dat het op de weg van de arts lag zijn professionele houding te bewaren en klaagster duidelijk te maken dat opname alleen geïndiceerd was bij een medisch probleem en hij om die reden (tevens) een inschatting probeerde te maken of er een medisch dan wel zorgprobleem was.

5.10 Na het overlijden van patiënte heeft klaagster de arts een brief gezonden, waarin zij haar ongenoegen uitte over de gang van zaken. Opnieuw staat niet ter discussie dat het gesprek dat naar aanleiding van de brief volgde onprettig is verlopen. In het midden kan blijven wie verantwoordelijk was voor de onprettige sfeer: het lag opnieuw op de weg van de arts om het gesprek in goede banen te leiden, ook al voelde hij zich aangevallen of anderszins niet op zijn gemak.

5.11 Het College rekent de arts het verloop van beide gesprekken aan, echter zonder hem daarvan een tuchtrechtelijk verwijt te maken. Het klachtonderdeel is daarom ongegrond. Wel gaat het College er van uit dat de arts van zijn ervaring op dit punt heeft geleerd en zulks voortaan in praktijk brengt.

## **6. De beslissing**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage beslist als volgt:

wijst de klacht af.

Deze beslissing is gegeven door: mr. M.A.F. Tan-de Sonnaville, voorzitter, mr. R.P. Wijne, lid-jurist, M. Keus, A.J.M.F. Janssen en dr. I Dawson, leden-artsen, bijgestaan door mr. A.F. de Kok, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 3 mei 2011.

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, voorzover de klacht is afgewezen, of voorzover 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

's-Gravenhage, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.