

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 249/2009

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 13 oktober 2011 naar aanleiding van de op 16 oktober 2009 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, huisarts, werkzaam te D,

v e r w e e r s t e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;**
- het aanvullende klaagschrift;**
- het verweerschrift met de bijlagen;**
- de repliek met de bijlagen;**
- de dupliek;**
- het medisch dossier, op 29 augustus 2011 nog aangevuld met een ontslagbrief van 4 augustus 2009.**

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 3 september 2011, alwaar zijn verschenen: klagster en verweerster, beiden in persoon.

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 moeder van klagster, wijlen mevrouw E, geboren op 12 juli 1927, hierna patiënte te noemen. De

klacht is mede ondertekend door de nadien overleden echtgenoot van patiënte, F.

Verweerster is praktijkhouder van een huisartsenpraktijk met nog twee andere huisartsen, G en H.

Uit de voorgeschiedenis van patiënte blijkt dat zij in 1987 een keer is opgenomen geweest in I waarbij geen coronair insufficiëntie werd bewezen. Er werd vele jaren Isordil voorgeschreven. In 2004 werd zij opgenomen wegens een longembolie die werd behandeld met actilyse. De behandeling was gecompliceerd door bradycardie en kortdurende reanimatie. Na de opname in 2004 werd patiënte nog eenmaal in het ziekenhuis door de cardioloog gezien. Nadien werd zij door de praktijk van verweerster, waar zij doorgaans op het spreekuur van een collega van verweerster kwam, nooit naar een cardioloog verwezen in verband met angineuze klachten. Zij werd behandeld voor hypertensie (zij kreeg bètablokkers voorgeschreven en sinds maart 2009 was haar medicatie 1dlt 25 mg Hydrochloorthiazide). Ze had hypercholesterolaemie (totaal cholesterol 7.8, cholesterol/HDL ratio 3,1) en was bekend met regelmatig terugkerende benauwdheid en duizeligheidsklachten. Sinds 1992 maakte patiënte incidenteel gebruik van Nitrospray.

Op 12 juni 2009 heeft verweerster op verzoek van patiënte een visite afgelegd. Het huisartsendossier van die dag vermeldt ondermeer: *“3e dag ziek, pijnlijk op de borstkas, droge mond, geen trek, warm/koud/transpireren, blosjes op de wangen, vanmorgen beschuit eruit, in bed gebleven, pcm genomen, maar geen koorts gemeten. O: helder, pulm: ws rechts crepiteren, verder geen afw te horen. T120/80; cor S1S2 reg geen souffle/76/min T oraal 37.8”* Op basis van de bevindingen is als werkdiagnose pneumonie vastgesteld en is behandeling met antibiotica gestart. Op 15 juni 2009 noteerde verweerster na een afgelegde visite dat patiënte vond dat ze niet snel genoeg opknapt en zich zorgen maakte of ze wel naar een afspraak in het oogziekenhuis kon gaan. Verweerster vond dat patiënte er beter uit zag, met een temperatuur van 37,5 oor, en noteerde verder ondermeer *“pulm nu rechts onder crepiteren, pneumonie DD viraal morgen lab thuis afgesproken”*. Uit het labonderzoek bleek een hoog CRP, hoge bezinking, verhoogd aantal leukocyten. Op 16 juni

2009 werd door verweerster genoteerd dat patiënte was geïnformeerd over de labuitslagen en dat ze opgewekt klonk. Ze had geen koorts en zou bellen bij verslechtering en anders contact de week erna. Op maandag 22 juni 2009 noteerde verweerster na een telefonisch contact dat patiënte prima was opgeknapt maar nog moest herstellen. Ze kon naar de afspraak op oogheelkunde gaan. Patiënte legde de weg erna toe met behulp van rollator of stok weer zelf af. Het labonderzoek zou worden herhaald. Op 9 juli 2009 werd patiënte weer over het labonderzoek ingelicht. De infectieparameters waren gedaald.

Op 12 juli 2009 ging het niet goed met patiënte, ze maakte een hijgend en piepend geluid. De kinderen raadden haar aan om de volgende dag contact op te nemen met de huisarts.

Op 13 juli 2009 is tweemaal contact geweest met de praktijk. Na het tweede contact is er een spoedvisite afgelegd. Verweerster was die dag niet ingepland voor directe patiëntenhulp. Een collega van verweerster noteerde: *“Sinds weken klachten, echter sinds vanmorgen toename. Klam drukkend. Nitro geen effect. Pols 110 irr inequaal Long basaalcrep CVD++/++ ACS?AF? verw cardio”*.

Patiënte werd op 13 juli 2009 in het ziekenhuis opgenomen. De anamnese vermeldt volgens de ontslagbrief van 4 augustus 2009 ondermeer *“Al 2-3 weken niet lekker, dyspnoeïsch, beklemd gevoel op de borst met uitstraling naar de kaken. Nu vandaag heviger pijn, met name om 13u hevige pijn op de borst, gevoel van lamme armen daarbij. Hevig transpirerend. Enkele weken geleden pneumonie gehad, heel beroerd geweest, sedertdien pijn en dyspnoe. Totaal niet klachtenvrij geweest afgelopen weken, wel vermindering na NTG-spray gekregen via de huisarts. Nu vandaag vanaf ongeveer 1300 uur enorme verheviging vd klachten met misselijkheid”*. Uit het lichamelijk onderzoek bleek ondermeer: *“Goed aanspreekbaar, matig ziek, rood gelaat, zwetend, tijdens VT> Bij SR klinisch beter. Tensie 110/55. Vitale dame. RR tijdens VT: rechts 80/50, links 88/53, pols 159/min. Cor: zachte tonen, souffle moeilijk te beoordelen. Pulmones: crepiteren bdz.”*. Het ECG vertoonde tekenen van een infarct. Op de X-thorax was sprake van fors cor en een overvullingsbeeld. De echo van 13 juli 2009: *“gedilateerde linkerventrikel apicaal met akinesie apex, distaal septaal en distaal lateraal en voorwand. Geen thrombus te zien. Wanden dun. Rechterventrikel nor-*

maal. Geen klepafwijkingen.” Bij een tweede echo op 20 augustus 2009 zijn een enorm aneurysma en een extreem slechte linkerventrikelfunctie te zien. Uit de links catheterisatie blijkt onder meer van een afgesloten kransslagader. Er wordt nog een stent geplaatst maar er treedt geen verbetering op voor patiënte. Blijkens de ontslagbrief luidde de conclusie:

“1. Sustained VT's ,mlg bij oud VWI, rustig onder cordarone

2. 13/7/09: Bij CAG eenvatslijden LAD, PCI niet gelukt, no re-flow, oud letsel

3. 12/8/09: PCI LM –CX-MO1: PTCA met stent. Echter gaf dit geen verbetering mbt POB

3. Slechte linkerventrikelfunctie met aneurysmatische voorwand

4. Forward failure waarbij langdurig inotropie afhankelijk.

5. Nierfunctiestoornis bij forward failure.

6. Geen therapeutische opties meer Inotropica wordt iom patiënte niet meer gestart. “

Patiënte werd vervolgens opgenomen in een hospice en overleed op 12 september 2009.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerster -zakelijk weergegeven- dat zij bij de behandeling van patiënte op 12 juni 2009 nalatig, althans onzorgvuldig, heeft gehandeld door haar niet naar het ziekenhuis te verwijzen waardoor patiënte niet adequaat is geholpen en mogelijk daardoor is komen te overlijden en voorts dat zij geen blijk heeft gegeven van belangstelling na de opname van patiënte.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

Verweerster voert -zakelijk weergegeven- aan dat zij ten opzichte van patiënte en klaagster niet tekort is geschoten in de zorg die in de gegeven omstandigheden van haar mocht worden verwacht. Zij vordert een kostenveroordeling van klaagster.

Zij licht haar standpunt toe als volgt. Na 2005 behandelde de collega van verweerster patiënte voor verhoogde bloeddruk en cholesterol. Zij vertoonde geen cardiale problemen en werd niet door een cardioloog behandeld. Ze kon dan ook niet worden getypeerd als een hartpatiënt.

Op 12 juni 2009 was er sprake van een pneumonie. Dit werd bevestigd met de labuitslagen. Er was geen aanleiding om aan acuut hartlijden te denken dan wel nader onderzoek te verrichten. Patiënte knapte na de ingezette behandeling goed op, zoals blijkt uit het verslag van het telefonisch contact op 22 juni 2009. De verergering van de klachten is daarna ingetreden. Over het verdere verloop na opname is verweerster niet geïnformeerd. Verweerster betreurt de afloop voor patiënte.

Verweerster was nadien met vakantie. De collega van verweerster had gedurende de ziekte en het verblijf in het ziekenhuis van patiënte wel contact met de echtgenoot en ook aandacht voor het ziektebeloop van de partner. Er is ook een condoleancekaart gestuurd en de echtgenoot is uitgenodigd voor een gesprek. Het feit dat hiervan geen gebruik is gemaakt en de echtgenoot de praktijk zonder nadere toelichting heeft verlaten en dat er vervolgens een klacht is ingediend vindt verweerster zeer jammer. Zij zou zeker bereid zijn geweest tot een overleg met de familie.

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

Van belang is of het handelen van verweerster op en rond 12 juni 2009 voldeed aan de hierboven geschetste norm. Het college is van oordeel dat verweerster jegens patiënte zorgvuldig heeft gehandeld. In de eerste plaats blijkt niet uit het dossier dat patiënte werd behandeld voor hartklachten en gelet op de presentatie van de klachten op 12 juni 2009 behoefde verweerster daar, in eerste instantie evenmin rekening mee te houden. Verweerster heeft de anamnese afgenomen en heeft vervolgens op basis van hierboven omschreven klachten ondermeer longen, bloeddruk, pols, hartslag en temperatuur onderzocht. Zij heeft naar aanleiding van haar bevindingen beleid ingezet en na 3 dagen heeft zij gecontroleerd en voor de zekerheid labonderzoek afgesproken. De werkdiagnose pneumonie was alleszins verdedigbaar. De labuitslagen bevestigden vervolgens deze werkdiagnose. Patiënte werd nauwlettend gevolgd en zij bleek op te knappen. Ten slotte werd door middel van hernieuwde labuitslagen verbetering aangetoond. Verweerster had dan ook naar het oordeel van het college rond 12 juni 2009 geen aanleiding voor een nader onderzoek naar het hart van patiënte. Op 13 juli 2009 was er sprake van een totaal andere situatie. Er waren immers bijkomende klachten als ondermeer uitstraling naar de kaken en een verhevigde pijn. Tevens had patiënte een versnelde en onregelmatige pols. Het feit dat achteraf bij de opname is gebleken dat het hart van patiënte ernstig beschadigd was mede door een oud infarct, waarvan de exacte datum overigens niet vastgesteld kon worden, neemt niet weg dat verweerster op basis van adequaat onderzoek een alleszins verdedigbare werkdiagnose heeft gesteld, die naderhand ook werd bevestigd door het klinisch beeld en de laboratoriumuitslagen. Op grond van het bovenstaande zal de eerste klacht dan ook als ongegrond worden afgewezen.

Het college is evenmin van oordeel dat verweerster een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt van het feit dat zij niet zelf contact met patiënte of haar familie heeft gezocht na de opnamedatum. Het is als onweersproken komen vast te staan dat de behandelend collega van verweerster meerdere contacten met de echtgenoot heeft gehad waarbij ook naar patiënte is geïnformeerd en waarbij niet gebleken is dat specifiek om contact met verweerster is gevraagd. Verweerster was bovendien in die periode met vakantie. Uit een en ander is niet gebleken dat verweerster in deze anders heeft gehandeld dan in de beroepsgroep te doen gebruikelijk is. Ook deze klacht wordt derhalve als ongegrond afgewezen.

Voor toewijzing van een veroordeling van klaagster in de kosten van verweer bestaat in het tuchtrecht geen rechtsgrond.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. A.L. Smit, voorzitter, mr. E.W. de Groot, lid-jurist, en M.D. Klein Leugemors, dr. P.J.G. Jörning en prof. dr. J.S. Laméris, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. B.É.H. Zijlstra-Bauer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 13 oktober 2011 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 gelegenheid 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.