

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 283/2011

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 20 december 2012 naar aanleiding van de op 14 november 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,

k l a g e r

-tegen-

**C**, huisarts, werkzaam te B,  
bijgestaan door mr. V.C.A.A.V. Daniëls, vervonden aan VvAA rechtsbijstand te Utrecht,

v e r w e e r d e r

#### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek;
- het schrijven namens verweerder van 14 augustus 2012 voorzien van bijlagen;
- het medisch dossier van de D betreffende na te noemen patiënt.

Partijen hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

#### 2. DE FEITEN

Op grond van de stukken waaronder het door verweerder overgelegde huisartsenjournaal, het medisch dossier van na te noemen patiënt 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 behandeling van de vader van klager, E, geboren op 1 oktober 1923 en overleden op 15 april 2012, verder patiënt te noemen, door verweerder. Patiënt heeft zelf de klacht nog ingediend.

Patiënt woonde vanaf september 2010 in een appartement bij het verpleeghuis F in B. Hij was bekend met onder andere chronische lymfatische leukemie, een buisprothese van de aorta, decompensatio cordis met astma cardiale en een opname op de intensieve care afdeling na een liesbreukoperatie.

Patiënt kwam voor het eerst bij verweerder op het spreekuur op 26 november 2010 vanwege benauwdheidsklachten. Bij lichamelijk onderzoek vond verweerder crepitaties in de longen, rechts basaal. Verweerder gaf patiënt een kuur doxycycline.

In januari, februari en maart 2011 hebben contacten plaatsgevonden met de praktijk van verweerder vanwege maagzuurklachten.

Op 1 april 2011 heeft verweerder patiënt weer gezien vanwege benauwdheidsklachten. Bij lichamelijk onderzoek vond verweerder beiderzijds basaal lichte crepitaties. Verweerder noteerde: "toch benauwdheid uit de luchtwegen, cor?maag?". Verweerder gaf patiënt een kuur doxycycline en tiotropium.

Op 19 april 2011 schreef verweerder vanwege aanhoudende benauwdheid en crepitaties in de linker bovenkwab van de long een aanvullende kuur amoxicilline/clavicaanzuur voor.

Het volgende consult vond plaats op 26 april 2011. Patiënt was nog steeds benauwd, bij beluisteren hoorde verweerder lichte crepitaties over de longen en op de thoraxfoto waren tekenen van overvulling te zien. Verweerder schreef furosemide 20 mg. voor.

Op 28 april 2011 heeft verweerder de dosering furosemide verdubbeld. Op 2 mei 2011 noteerde verweerder dat patiënt aanzienlijk meer lucht had en dat hij ook weer kon liggen zonder benauwdheid.

Na het stoppen van de furosemide werd patiënt weer toenemend kortademig en op 12 mei 2011 schreef verweerder patiënt burinex voor.

Het volgende consult vond plaats op 14 juni 2011. Verweerder noteerde:

S: Gaat stuk beter, inde ochtend wel droge mond met opgeven van rommel.

O: Basaal lichte crepitaties lijkt meer sprake van COPD op dit moment. Enkels slank.

E: R91.00 chronische bronchitis

P: atrovent proberen bumetanide voor 2-3/week"

Dit ging enkele weken goed tot patiënt op 12 juli 2011 weer op consult kwam en aangaf dat hij toch weer toenemend kortademig was. Verweerder heeft daarop de bumetanide tijdelijk verhoogd.

Verweerder heeft op 26 juli 2011 een visite afgelegd. Patiënt lag toen in bed. Hij had pijn in de rug, geen koorts en het bewegen was pijnlijk. Lokale warmte was verlichtend. De urine was niet opgevangen.

Bij lichamelijk onderzoek vond verweerder drukpijn in de onderrug, kloppijn in de flanken, een soepele buik, geen drukpijn en in de longen basaal lichte crepitaties, passend bij COPD. De enkels waren mooi slank.

Verweerder kwam tot de werkdiagnose urineweginfectie waarvoor verweerder ciproxin voorschreef.

Op 29 juli 2011 heeft patiënt een recept Zaldiar gekregen in verband met toenemende pijn.

Op 1 augustus 2011 vond een consult plaats bij een waarnemer van verweerder. Patiënt gaf aan dat hij nog niet lekker was, de pijn bleef aanhouden en de duizeligheid en dat hij snel buiten adem was. Besloten werd eerst bloed te prikken.

Verweerder legde op 5 augustus 2011 weer een visite af bij patiënt. Het ging toen wat beter met patiënt. Hij was nog wel snel moe en hij kon niet in bed liggen omdat hij dan benauwd werd. Patiënt had de diuretica niet genomen. Het bloedonderzoek liet een lichte anaemie zien. Verweerder heeft patiënt ijzertabletten voorgeschreven en geadviseerd de diuretica te nemen.

Tijdens de vakantie van verweerder heeft een collega van verweerder patiënt bezocht vanwege duizeligheidsklachten. Bij lichamelijk onderzoek werden geen afwijkingen gevonden en patiënt kreeg cinnirazine voorgeschreven.

Patiënt heeft op 5 september 2011 het spreekuur van verweerder bezocht. Hij gaf aan nog steeds duizelig en kortademig te zijn. Verweerder noteerde dat patiënt geen acuut zieke indruk maakte. Verweerder heeft bloedonderzoek laten doen. Op grond van de iets verhoogde BNP (Brain Natriuretic Peptide) van 362, de kortademigheid en het diureticagebruik heeft verweerder besloten patiënt te verwijzen naar de cardioloog voor nadere diagnostiek en mogelijk aanpassing van de medicatie.

Op eigen initiatief legde verweerder op 12 september 2011 een visite af bij patiënt.

Verweerder noteerde:

S: Blijft erg duizelig voelt zich hierbij niet lekker. gebruikt nu 2 bumetanide

O: longen spoortje basaal crepitaties bdz, verder VAG, iets oedeem aan voeten, cor s1s2s- RR 125/80 mm/Hg, oren gda, bij hoofdbeweging is duizeligheid op te wekken.

E: H82.00 Menière??

P: donderdag hartfalen poli, voor nu geen acute indicatie betahistine continueren.”

Patiënt is op zondag 18 september 2011 door de dienstdoende huisarts van de huisartsenpost ingestuurd naar de spoedeisende hulp van het G (verder het ziekenhuis te noemen). Via de cardioloog werd patiënt opgenomen door de longarts voor verdere diagnostiek.

In het ziekenhuis werd vervolgens de diagnose pulmonale hypertensie gesteld.

Op 20 oktober 2011 heeft een medewerker van F de assistente van verweerder telefonisch verzocht het dossier van patiënt binnen een uur te faxen.

In overleg met verweerder is besloten aan dit verzoek, zonder toestemming van de patiënt of bericht van het ziekenhuis, niet te voldoen.

Een uur of enkele uren later is klager op de praktijk van verweerder verschenen met het verzoek om het dossier af te geven. Wederom is aangegeven zonder verzoek van de patiënt zelf daaraan niet te voldoen.

Bij brief gedateerd 21 oktober 2011 heeft patiënt verweerder schriftelijk opdracht gegeven zijn medisch dossier over te dragen aan de verpleeghuisarts van F. Verweerder heeft deze brief op 24 oktober 2011 ontvangen.

Op 24 oktober 2011 heeft verweerder een brief ontvangen die dezelfde dag is gedateerd van de verpleeghuisarts H van F met het verzoek een print van het dossier van patiënt naar haar te faxen omdat patiënt tijdelijk volledige verpleeghuiszorg-indicatie had.

Verweerder heeft op 24 oktober 2011 een samenvatting van het medisch dossier van patiënt naar F gestuurd.

Op 27 oktober 2011 is patiënt overgeplaatst naar F.

Aan het verzoek van de verpleeghuisarts H gedaan per brief van 31 oktober 2011 om het hele dossier van patiënt in te sturen, omdat hij definitief een verpleeghuisindicatie had gekregen is daags daarna voldoen.

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

Klager verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij:

- ernstig in gebreke is gebleven door niet de juiste diagnose te stellen en patiënt aan het lijntje te houden waardoor hij onnodig lang heeft geleden;
- patiënt in het ziekenhuis niet heeft bezocht;
- heeft geweigerd het medisch dossier af te geven waardoor patiënt langer in het ziekenhuis heeft gelegen dan nodig was.

### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat de tegen hem ingediende klacht ongegrond is. Voor zover nodig wordt hierna nog specifiek op het verweer ingegaan.

### 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

Met betrekking tot het eerste klachtonderdeel overweegt het college het volgende. Het missen van de juiste diagnose, als daarvan achteraf gezien al sprake is geweest, is op zichzelf geen klacht die rechtstreeks leidt tot tuchtrechtelijke verwijtbaarheid. Dat is alleen het geval als komt vast te staan, dat de wijze waarop verweerder tot zijn, naderhand onjuist gebleken, diagnose is gekomen in strijd is met de zorgvuldigheid, die van een redelijk bekwame beroepsgenoot mag worden verwacht - rekening houdende weer met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep te doen gebruikelijk was.

#### 5.3

Het college is van oordeel dat daarvan geen sprake is.

Pulmonale hypertensie is een weinig voorkomende diagnose die doorgaans niet in de huisartsenpraktijk wordt gesteld.

Het door verweerder gevoerde beleid was gerechtvaardigd. Tot en met de zomer van 2011 ging het redelijk goed met patiënt. In augustus 2011 is patiënt gezien door een waarnemer van verweerder die bloed heeft laten prikken en verweerder heeft op grond van de lichte anaemie ijzertabletten voorgeschreven. Verder adviseerde verweerder patiënt om de diuretica wel te nemen. Tijdens de vakantie van verweerder is patiënt door de waarnemer gezien vanwege duizeligheidsklachten.

Toen verweerder patiënt op 5 september 2011 weer op zijn spreekuur zag en hij nog steeds duizelig en kortademig was, heeft verweerder terecht en gericht weer bloedonderzoek laten doen. Het was juist dat verweerder op grond van de uitslag van de BNP en de kortademigheid bij diureticagebruik patiënt heeft doorverwezen naar de cardioloog voor verdere diagnostiek. Op dat moment was er geen indicatie voor een spoedverwijzing. Er was op dat moment geen aanleiding om de saturatie te meten. Het college wijst erop dat dit in de huisartsenpraktijk ook (nog) niet gebruikelijk is. Dat was anders toen patiënt op zondag 18 september 2011 op de huisartsenpost kwam. Patiënt was toen aanmerkelijk zieker en meer benauwd. Patiënt is toen voor verdere diagnostiek opgenomen. De conclusie is dan ook dat het eerste klachtonderdeel niet slaagt.

#### 5.4

Met betrekking tot het tweede klachtonderdeel overweegt het college het volgende. Verweerder heeft in de stukken en ter zitting aangegeven dat hij zijn best doet zijn patiënten te bezoeken als zij in het ziekenhuis liggen maar dat hij helaas in dit geval niet in staat is geweest dat te doen. Het college onderschrijft dat het aan te bevelen is dat huisartsen hun patiënten zo mogelijk in het ziekenhuis bezoeken. Van huisartsen kan echter niet worden gevraagd dat zij dat altijd doen. Het valt hen dan ook in tuchtrechtelijke zin niet te verwijten als zij dat niet doen. Ook het tweede klachtonderdeel slaagt derhalve niet.

#### 5.5

Datzelfde lot treft het laatste klachtonderdeel.

Het college verwijst in dat verband naar het advies van de KNMG voor overdracht van het patiëntendossier bij verandering van huisarts.

Terecht heeft verweerder het huisartsendossier van patiënt zonder zijn toestemming niet overgedragen. Wel heeft hij terecht op 24 oktober 2011 een samenvatting van het medisch dossier aan F gestuurd. Verweerder had immers op dat moment een verzoek daartoe van H en van patiënt zelf.

Aan het verzoek van 31 oktober 2011 om het volledige dossier in te sturen, omdat patiënt definitief in het verpleeghuis zou blijven is daags na dat verzoek voldaan.

Verweerder heeft ter zitting verklaard dat hij naar aanleiding van het verzoek om het medisch dossier op 24 oktober 2011 met de zaalarts van patiënt in het ziekenhuis heeft gesproken die hem had gezegd dat patiënt pas in de loop van de volgende week zou worden ontslagen en dat dit ontslag niet door het niet afgeven van het dossier werd tegengehouden. Dat past bij de aantekening in het dossier van 20 oktober 2011 dat patiënt niet naar F kon worden overgeplaatst omdat daar geen arts was.

#### 5.6

De conclusie van het college is dan ook dat de klacht in alle onderdelen ongegrond is en dat deze zal worden afgewezen.

## 6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. Th.C.M. Willemse, voorzitter, mr. dr. Ph.S. Kahn, lid-jurist, M.D. Klein Leugemors, E.H. The-van Leeuwen en M.H. Braakman, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 20 december 2012 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 aan gelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gericht beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.