

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2012.232

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2012.232 van:

A., wonende te B., appellante, klaagster in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. M.J. Snijder, advocaat te Alphen aan den Rijn,
tegen

C., huisarts, werkzaam te B., verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. A.H.M. de Jonge, advocaat verbonden aan SRK Rechtsbijstand te
Zoetermeer.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klaagster - heeft op 18 maart 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen C. - hierna de huisarts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 12 april 2012, onder nummer 083/2011 heeft dat College de klacht afgewezen. Klaagster is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De huisarts heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De zaak is in hoger beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaak A. / D. (C2012.233) behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 26 maart 2013, waar zijn verschenen klaagster, bijgestaan door mr. M.J. Snijder, en de huisarts, bijgestaan door mr. A.H.M. de Jonge. Tevens waren ter terechtzitting aanwezig de vader en de echtgenoot van klaagster. Mr. Snijder heeft pleitaantekeningen overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

“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.

Klaagster, geboren in 1978, kwam op 26 oktober 2009 voor het eerst bij de verloskundige in verband met haar eerste zwangerschap. De anamnese vertoonde geen bijzonderheden en besloten werd tot een thuisbevalling. De à terme datum was 14 juni 2010. De verloskundige werd op 8 juni 2010 om 06.30 uur gebeld omdat de bevalling begonnen was. Klaagster kon om 08.25 uur beginnen met persen. Om 08.55 uur werd dochter E. in achterhoofdsligging met het achterhoofd voor geboren. De Apgarscore was 10-10-10 en het geboortegewicht 3350 gram. Het bloedverlies werd geschat op 150 ml. De nageboorte volgde na vijf minuten en was compleet.

In het verslag van de bevalling heeft de verloskundige - voor zover hier van belang – aan de huisarts gerapporteerd: “Ruptuurtje met 1 hechting geknoopt inwendig.”

Het kraambed verliep voorspoedig, klaagster was daags na de bevalling, voordat de kraamverzorgster was gearriveerd, al van de zolderverdieping naar beneden gegaan.

De verloskundige is in de kraamweek vijf maal op visite geweest. Op dag drie of vier heeft klaagster voor het eerst weer ontlasting gehad. Klaagster meldde aan de kraamverzorgster dat dit 'wel een bevalling leek'.

De nacontrole bij de verloskundige vond plaats op 23 augustus 2009. De verloskundige heeft het perineum niet bekeken en/of gecontroleerd. Wel heeft zij op verzoek van klaagster in verband met de wens weer te gaan sporten de buikspieren van klaagster gecontroleerd op diastase. Daarbij werden geen afwijkingen geconstateerd.

Klaagster heeft op zondag 10 oktober 2010 telefonisch contact met de huisartsenpost in B.. Genoteerd werd: "(S) Diarree sinds vanavond hevige diarree, vrijdagnacht begonnen met overgeven, af en toe diarree, overgeven is gestopt, nu alleen nog waterdunne diarree wat spontaan afloopt, pijn in de maag, 4 mnd geleden bevallen, normale bevaling, drinken redelijk, buikpijn lijkt iets erger te worden, niet suf of in de war, geen dorst, niet flauw vallen. (P) elk half uur drinken, bouillon, licht verteerbaar eten en bij verandering/verergering weer contact opnemen."

Op 10 oktober 2010 vond om ongeveer 14.30 uur een consult plaats op de huisartsenpost B.. Genoteerd werd ondermeer: "(S) Veronderstelde gastro-intestinale infectie vannacht ook contact gehad, klachten blijven gelijk, alleen lijkt mw af en toe weg te vallen, sinds de bevalling 4 mnd gelden toch buikklachten gehouden, koorts? Eigenlijk al jaren last van buikpijnen, in pubertijd afgedaan als spastische darm, sinds de bevalling daar meer last van en ook veel last van flatulentie en opboeren, nu sinds 2 dagen veel spugen en sinds gister elke 10 minuten diarree, 2x ook bloed erbij. Kan het gewoon niet ophouden en loopt eruit. Geen aparte waarneming van plassen. Geen koorts gevoel. Gevoel bij de billen is normaal.

(O) Pijnlijke mevrouw. T 36.6

Normale peristaltiek, soepele buik, wisselende tympanie, palpatie van het colon gevoelig. Geen afwijkingen."

De conclusie was dat sprake was van een gastro-enteritis en het advies was bij koorts en meer bloedverlies naar de eigen huisarts te gaan. Verder werd geadviseerd ORS te gaan gebruiken, buscopan tegen de krampen en werd aangegeven dat klaagster luiers kon halen.

Op 6 december 2010 heeft klaagster telefonisch contact opgenomen met de doktersassistente van verweerder. De assistente noteert in het journaal:

"S Heeft sinds gisteren diarree

E Veronderstelde gastrointest.inf.

P Geadviseerd een paar dagen af te wachten en veel te drinken."

Op 15 december 2010 heeft klaagster een afspraak op de praktijk. Het consult vond plaats bij de vaste waarnemer van verweerder, mevrouw F.. Zij noteerde: "Sinds bevalling in juni steeds achtereenvolgend perioden van misselijkheid, braken en diarree, soms ook alleen diarree, waterdun geen bloed, slijm niet duidelijk, geen koorts perioden wisselend in duur soms drie dagen soms meer dan een week." De waarnemend huisarts liet faecesonderzoek doen en laboratoriumonderzoek.

Op 27 december 2010 kwam klaagster op het spreekuur bij de huisarts in opleiding D.. Hij besprak met haar de uitslagen van de diagnostiek. Er bleek sprake te zijn van een matig verhoogde CRP-waarde. Het bloedbeeld vertoonde verder geen bijzonderheden, met name geen leucocytose. De uitslagen van de faeceskweek waren er nog niet. D. noteerde: "niet eerder bekend met darmproblematiek, is pas sinds half jaar geleden, geen drukpijn." D. sprak af de uitslag van de faeceskweek af te wachten, dan nogmaals de CRP te bepalen en als de CRP verhoogd bleef te verwijzen naar een MDL-arts.

Op 10 januari 2010 noteerde de assistente onder 'P' in het journaal "E diarree, C BAClab Faeces".

Op 11 januari 2011 heeft D. telefonisch contact met klaagster over de uitslagen van de aanvullende diagnostiek. D. noteerde:

"CRP genormaliseerd maar nog steeds dezelfde klachten. frequente def. Moeilijk op te houden, soms dunner, heeft dit na bevalling gekregen, daarvoor weinig darmproblemen. geen gewichtsverlies/bloed bij ontlasting. Denkt dat er tijdens de bevalling, mn tijdens het persen iets kapot is gegaan."

D. sprak af dat hij een en ander met zijn opleider, verweerder, zou bespreken en met de bekkenbodemtherapeut in het medisch centrum. Besloten werd vervolgens klaagster te verwijzen naar de bekkenbodemtherapeut. D. probeerde dezelfde dag contact op te nemen met de bekkenbodemtherapeut. Zij was die dag echter afwezig. De volgende dag was zij wel aanwezig en was zij akkoord met doorverwijzing van klaagster. Verweerder verwees klaagster op 12 januari 2011 door naar de bekkenbodemtherapeut en schreef haar Arestal voor.

De intake bij de bekkenbodemtherapeut vond plaats op 19 januari 2011. De bekkenbodemtherapeut noteerde onder meer dat klaagster het idee had dat de ontlasting er vaginaal uit komt. Zij deed geen lichamenlijk onderzoek. De volgende afspraak werd door de bekkenbodemtherapeut twee weken verzet. Klaagster wilde echter dat er nu wat gebeurde want zij was inmiddels haar baan kwijt geraakt door frequent ziekteverzuim in verband met de darmproblemen en maakte op 3 februari 2011 een afspraak op het spreekuur bij D.. Er waren nu ook klachten bijgekomen: misselijkheid, pijn links onder in de buik en rectaal bloedverlies. Andere lichamenlijke klachten noemde klaagster bij navraag niet. Bij onderzoek noteerde D.: "Niet ziek, abd. soepel, norm. peristaltiek, drukpijn LOB geen prikkeling."

De klachten pasten volgens D. het meest bij een ontsteking van de darm (sigmoïditis). D. vroeg daarom een sigmoïdoscopie aan.

Op 17 februari 2011 zag D. klaagster weer. Klaagster meldde nog af en toe waterdunne ontlasting te hebben maar geen bloed meer bij de ontlasting te verliezen. Andere klachten werden niet gemeld. D. adviseerde om in afwachting van de scopie die op 9 maart 2011 zou worden gedaan nog eenmaal een faeceskweek te herhalen.

Op 10 maart 2011 meldde de vader van klaagster, G., aan de doktersassistente dat er een slechte uitslag is geweest. Zij noteerde verder: "Wat voor een uitslag wil hij niet zeggen en wij zullen uitslag niet krijgen voordat zij een gesprek met de huisarts hebben gehad. Ouders hebben een klacht ingediend bij med.tuchtcollege."

Op 12 maart 2011 vond verweerder op zijn praktijk de uitslag van de MDL-arts. Hij las daarin dat er een totaalruptuur is gevonden, die tijdens de bevalling moet zijn opgetreden.

Op 15 maart 2011 hebben verweerder en D. een gesprek met de ouders van klaagster. Klaagster heeft inmiddels diverse hersteloperaties ondergaan.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij klaagster als praktijkhouder de mogelijkheid heeft onthouden tijdig een afspraak met hem dan wel D. te maken doordat de assistente dat afhiel, er onvoldoende onderzoek is gedaan waardoor de totaalruptuur van klaagster is gemist, nalatigheid door niet dan wel onvoldoende communicatie met en begeleiding van de heer D., bij hem werkzaam als huisarts in opleiding. Voorts verwijt klaagster verweerder dat hij haar medische stukken in verband met de overstap door klaagster en haar man naar een andere huisarts, aan haar ouders en/of echtgenoot heeft meegegeven.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert op gronden genoemd in de stukken aan dat hij niet verwijtbaar heeft gehandeld. Voor zover nodig wordt hierna 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

Klaagster heeft in de stukken gesteld en ter zitting bevestigd dat zij meermaals, zowel bij de verloskundige, de kraamverzorgster, de huisarts op de huisartsenpost, de assistente van de praktijk van verweerder en bij D., melding heeft gemaakt van het feit dat zij de indruk had dat de 'ontlasting er van voren uitkwam' en/of zij het gevoel had dat 'er van onderen iets kapot was gegaan bij de bevalling', of woorden van gelijke strekking. Verweerder heeft bestreden dat klaagster de assistente vaker heeft gebeld dan uit het huisartsenjournaal blijkt en tijdens de telefonische contacten heeft gezegd 'dat de ontlasting er van voren uitkwam' en/of zij het gevoel had dat 'er van onderen iets kapot was gegaan bij de bevalling'.

Uit het huisartsenjournaal blijkt een dergelijke opmerking, gemaakt door klaagster, niet. Hoe frustrerend dat wellicht voor klaagster zal zijn, het college heeft niet kunnen vaststellen dat klaagster daadwerkelijk zo duidelijk haar klachten heeft verwoord, zoals zij in het kader van deze procedure heeft gesteld. Opmerkelijk in dit kader is overigens dat geen van de hiervoor genoemde hulpverleners een dergelijke klachtenuiting door klaagster heeft opgemerkt en/of genoteerd. De kraamverzorgster, ter zitting onder ede gehoord, heeft verklaard genoemde klachten niet van klaagster te hebben gehoord. De andere hulpverleners maakten er geen aantekening van. De enige die een dergelijke aantekening maakte is, in januari 2011, de bekkenbodemtherapeut bij de intake. De vraag dringt zich dan ook op of klaagster wel zo duidelijk is geweest als zij meent. Wat daar ook van zij, nu het college niet kan vaststellen dat klaagster haar klachten heeft geuit zoals zij thans stelt, dient het college uit te gaan van de gegevens zoals die zijn genoteerd in het huisartsenjournaal. Dat die zijn vervalst, zoals is gesuggereerd, is niet gebleken noch aannemelijk geworden. Evenmin is komen vast te staan dat klaagster vaker en zelfs al vanaf augustus 2010 (volgens de schriftelijke processtukken) dan wel vanaf september 2010 (zoals klaagster ter zitting verklaarde) - veel - vaker met de praktijk heeft gebeld dan de keren die in het journaal zijn vermeld. Het overzicht van door de huisartsenpraktijk ingediende declaraties bij de zorgverzekeraar onderbouwen dit standpunt van klaagster, anders dan in de stukken en aanvankelijk ter zitting namens klaagster is betoogd, niet. Dat betekent dat het college ook wat betreft de frequenties van de contacten tussen klaagster en de huisartsenpraktijk van verweerder en D. uit dient te gaan van het huisartsenjournaal.

Dat de assistente klaagster het maken van een afspraak heeft belemmerd, waarvoor verweerder als praktijkhouder verantwoordelijk zou zijn, is niet gebleken. Op 6 december 2010 belt klaagster met de praktijk. Toen heeft de assistente nog geen afspraak gemaakt omdat zij er op grond van de geuite klachten vanuit mocht gaan dat het vermoedelijk om een gastroïntestinale infectie zou gaan. Het adviseren een 'paar dagen' af te wachten is dan gebruikelijk en derhalve niet tuchtrechtelijk verwijtbaar.

Vervolgens is er een afspraak gemaakt voor 15 december 2010 bij de waarneemster van verweerder, en vervolgens telkens bij D.. Niet geoordeeld kan worden dat de toegankelijkheid van de huisarts door de assistente of de huisarts - onaanvaardbaar - is beperkt of belemmerd.

Verweerder is als opleider verantwoordelijk voor het handelen van D., huisarts in opleiding. Gelet op het gegeven dat D. in een vergevorderd stadium van zijn opleiding zat, het derde tevens laatste jaar, mocht verweerder hem zelfstandig laten werken. Verweerder heeft verklaard de consulten van D. dagelijks na te zien en (zo nodig) te bespreken. Klaagster zag D. voor het eerst op 27 december 2010. Op grond van de toen genoteerde, en naar, zoals hiervoor is overwogen, moet worden aangenomen, geuite klachten, het partusverslag (klein ruptuurtje met één hechting), het verslag van de huisartsenpost en meer in het bijzonder het waarneembericht van 15 december 2010, heeft D. er in alle redelijkheid van kunnen uitgaan dat er sprake was een vorm van een darminfectie. Hij heeft de laboratoriumuitslagen met klagster besproken. Mede gelet op de klachten van diarree en soms braken hoefde D. niet bedacht te zijn op een totaalruptuur. Er was op dat moment geen enkele aanleiding daar gericht onderzoek naar te doen.

Op 11 januari 2011 heeft klagster telefonisch contact met D. in verband met laboratoriumuitslagen. Op dat moment wordt door klagster melding gemaakt van het feit dat zij denkt dat er tijdens de bevalling iets kapot is gegaan. D. heeft het telefonisch consult met zijn opleider, verweerder, besproken. In verband met mogelijke bekkenbodempromblematiek wordt besloten klagster door te verwijzen naar een bekkenbodetherapeut. Dat wordt met klagster besproken en D. neemt dezelfde dag met de bekkenbodetherapeut contact op in verband met de verwijzing. Hoezeer denkbaar was geweest dat D. klagster naar de praktijk had laten komen om zelf onderzoek te doen, was er, nu weloverwogen is gekozen voor een verwijzing naar de bekkenbodetherapeut op korte termijn, voor D. geen prangende reden klagster daarvoor eerst op consult te laten komen. Dat het onderzoek bij de bekkenbodetherapeut langer op zich zou laten wachten dan aanvankelijk was afgesproken, kan D. noch verweerder worden aangerekend.

Op 3 februari 2011 ziet D. klagster wederom op consult. Omdat klagster wil dat er 'wat gebeurt' verwijst D. haar voor een sigmoïdscopie naar de MDL-arts. Gelet op de beschreven klachten, diarree, nu ook bloedverlies en (druk)pijn onder in de buik was dat, naast de verwijzing naar de bekkenbodetherapeut adequaat en voor de hand liggend. Dat klagster (ook) toen gezegd heeft het idee had 'dat de ontlasting er van voren uitkomt' is niet komen vast te staan. Dat zou een alarmsignaal hebben moeten zijn, maar dat een dergelijk alarmsignaal is gegeven, is, zoals overwogen, niet komen vast te staan.

Niet gebleken is dat van onvoldoende begeleiding van D. sprake is geweest. Dit klachtonderdeel zal als ongegrond worden afgewezen.

5.3

Met betrekking tot het meegeven van het medisch dossier wordt als volgt overwogen. Onder de specifieke omstandigheden van dit geval waarin duidelijk was dat klagster haar vader en moeder gemachtigd had haar belangen waar te nemen en een gesprek op 15 maart 2011 over de door de MDL-arts gestelde diagnose met verweerder en D. voerde, de vader van klagster kenbaar maakte dat het niet op prijs gesteld werd als verweerder en/of D. contact met klagster zouden opnemen, de vader van klagster klaarblijkelijk goed op de hoogte van was van de medische toestand van klagster en feitelijk als gemachtigde optrad, heeft verweerder de gegevens die niet reeds elektronisch naar de nieuwe huisarts waren gezonden, in een gesloten enveloppe aan klagsters

ouders en/of echtgenoot mogen meegeven. Dit klachtonderdeel zal als ongegrond worden afgewezen.

5.4

Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen is de conclusie dat niet is komen vast te staan dat verweerder is tekortgeschoten in de zorg die hij behoorde te betrachten en dient de klacht als ongegrond te worden afgewezen. ”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep niet, althans onvoldoende gemotiveerd, is bestreden.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1 In hoger beroep heeft klaagster onder aanvoering van een viertal grieven in essentie haar oorspronkelijke klacht herhaald en nader toegelicht.

4.2 De huisarts heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerving van het beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege overweegt als volgt. De klachtonderdelen verwijzen naar de volgorde zoals aangehouden in de beslissing in eerste aanleg.

Supervisie (klachtonderdeel 3):

4.4 De huisarts was als opleider van D., huisarts in opleiding, verantwoordelijk voor diens medisch handelen gedurende zijn stageperiode. Naarmate een huisarts in opleiding verder is gevorderd in zijn opleiding, wordt hij geacht zelfstandiger te kunnen optreden. Bij de beoordeling van de vraag welke handelingen de huisarts aan D. kon overlaten, en in welke mate, moet een doorslaggevende betekenis worden toegekend aan de inschatting die de huisarts als opleider had van de ervaring en vaardigheid van D.. D. was gedurende de stageperiode bij de huisarts in zijn derde en laatste jaar van zijn opleiding tot huisarts. Gelet hierop mocht de huisarts D. zelfstandig patiëntconsulten laten doen, zoals patiëntconsulten met klaagster. Nu onweersproken is dat de huisarts voorts de consulten van D. dagelijks heeft nagezien en waar nodig met D. heeft nabsproken, kan de huisarts niet worden verweten dat hij in de communicatie met en begeleiding van D. is tekortgeschoten. Deze klacht treft derhalve geen doel.

Assistente (klachtonderdeel 1):

4.5 Klaagster verwijt de huisarts dat hij haar als praktijkhouder de mogelijkheid heeft onthouden tijdig een afspraak met hem dan wel met D. te maken, doordat zijn huisartsassistente dat afhield. Klaagster heeft in dit verband ter zitting in hoger beroep stellig verklaard dat zij vanaf 24 augustus 2010 minstens tien maal telefonisch contact heeft gezocht met de huisarts, maar dat de assistente haar bij herhaling heeft afgescheept met de mededeling dat klaagster nog moest ‘ontzwangeren’, dat zij buikgriep had of dat klaagster zich inbeelde dat de ontlasting er aan de voorkant uitkwam. De huisarts is even stellig in zijn bewering van het tegendeel en heeft ter zitting in hoger beroep uitdrukkelijk verklaard dat zijn assistentes hem hebben medegedeeld dat zij alle telefonische patiëntcontacten met klaagster hebben genoteerd en dat klaagster hen nimmer heeft medegedeeld dat haar ontlasting er aan de voorkant uitkwam. Het Centraal Tuchtcollege moet vaststellen dat er op dit punt in hoger beroep geen duidelijkheid is ontstaan. Het is op grond van de stukken van het dossier en de behandeling in hoger beroep aannemelijk geworden dat met betrekking tot de assistentes binnen de huisartsenpraktijk een adequaat beleid is gevoerd, met onder meer de afspraak dat alle inkomende telefonische patiëntcontacten door de assistentes in een schrift werden bijgehouden, waarover de huisarts twee maal per dag met de assistentes overleg had teneinde zo nodig daarop nadere actie te kunnen ondernemen. Daarnaast werden alle patiëntcontacten die tot een advies leidden in het huisartsenjournaal verwerkt. Niet

gebleken is dat de huisarts aanleiding had om te vermoeden dat zijn beleid door de assistentes niet werd nageleefd of dat anderszins van dit beleid is afgeweken. Onder deze omstandigheden voert het te ver om de huisarts mogelijk onzorgvuldig optreden van de onder zijn verantwoordelijkheid werkende huisartsassistentes aan te rekenen. Gelet hierop ziet het Centraal Tuchtcollege geen noodzaak om de huisartsassiste(s) als getuige te horen. Klaagsters verzoek daartoe wordt dan ook afgewezen. Het voorgaande leidt ertoe dat deze grief geen doel treft.

Onderzoek (klachtonderdeel 2)

4.6 Met haar hoger beroep heeft klaagster opnieuw aan de orde gesteld haar verwijt dat de huisarts (als verantwoordelijke voor het medisch handelen van D.) onvoldoende onderzoek bij klaagster heeft verricht, waardoor de totaalruptuur van klaagster is gemist.

4.7 Het Centraal Tuchtcollege merkt allereerst op dat dit klachtonderdeel uitsluitend beoordeeld moet worden in het licht van wat er aan de huisarts bekend was en bekend moest zijn omtrent de aard en de ernst van klaagsters klachten.

4.8 De klacht heeft betrekking op de periode vanaf de bevalling van klaagster in juni 2010 tot aan het ontdekken van de totaalruptuur door de MDL-arts op 9 maart 2011. Gelet op hetgeen hiervoor onder 4.5 is overwogen, kunnen de telefonische mededelingen waarvan klaagster stelt deze aan de huisartsassistente(s) te hebben gedaan, niet worden aangemerkt als mededelingen van klaagster die aan de huisarts of D. bekend waren of moesten zijn. Het Centraal Tuchtcollege zal bij de beoordeling van dit klachtonderdeel uitgaan van de gegevens over de contacten tussen klaagster en de huisartsenpraktijk zoals neergelegd in het huisartsenjournaal. Het Centraal Tuchtcollege is niet gebleken dat dit huisartsenjournaal niet volledig is.

4.9 Het eerste consult van klaagster met D. vond plaats op 27 december 2010. Op grond van de door klaagster tot dan toe, onder meer bij de HAP (consult 10 oktober 2010) en bij de waarnemend huisarts F. (consult 15 december 2010), gepresenteerde klachten van (aanhoudende) diarree al dan niet in combinatie met misselijkheid en braken, hebben de huisarts en D. in redelijkheid kunnen komen tot de bij klaagster gestelde differentiaaldiagnose chronische darminfectie. D. heeft in dit consult de ingekomen laboratoriumuitslagen met klaagster besproken en klaagsters klachten adequaat uitgevraagd. Noch het huisartsenjournaal, noch het partusverslag van de verloskundige, noch klaagsters klachten gaven toen - zes maanden na de bevalling - aanleiding om nader onderzoek te doen naar een ruptuur bij klaagster. Ook het door D. ingezette vervolgbeleid - indien feaces kweken negatief en crp blijvend verhoogd, verwijzing naar de MDL-arts - acht het Centraal Tuchtcollege verantwoord.

4.10 Op 11 januari 2011 heeft D. telefonisch contact met klaagster naar aanleiding van ingekomen laboratoriumuitslagen. In dat gesprek verneemt D. voor het eerst dat klaagster denkt dat er tijdens de bevalling iets kapot is gegaan. Vanwege een mogelijke relatie tussen klaagsters klachten met bekkenbodempromotiek was op dat moment nader lichamenlijk onderzoek van klaagster aangewezen. Hoewel het voor de hand had gelegen om klaagster zelf lichamenlijk te onderzoeken, heeft D. ervoor gekozen om klaagster in plaats daarvan op 12 januari 2011 rechtstreeks voor onderzoek te verwijzen naar een bekkenbodempromotiek. Op die keuze is door ingrijpen van de huisarts niet teruggekomen. Dit ontmoet bij het Centraal Tuchtcollege geen bezwaren, nu aannemelijk is geworden dat D. en de huisarts bekend waren met deze bekkenbodempromotiek en haar werkwijze en wisten dat zij betere onderzoeksmogelijkheden - drukmeetapparatuur - tot haar beschikking had dan de huisartsenpraktijk. Dat het onderzoek bij de bekkenbodempromotiek beperkt is gebleven tot een intake op 19 januari 2011 doordat

het daadwerkelijke bekkenbodemonderzoek twee weken werd uitgesteld, kan hen niet worden aangerekend.

4.11 Op 3 februari 2011 komt klaagster samen met haar echtgenoot op consult bij D.. Klaagster geeft dan aan dat het onderzoek van de bekkembodemtherapeute nog niet heeft plaatsgevonden. Klaagster en haar echtgenoot verzoeken D. om nadere actie te ondernemen. De belangrijkste klachten van klaagster waren frekwente diarree met bloed erbij en pijn in de linker onderbuik. Op grond van deze klachten hebben D. en de huisarts klaagster verwezen naar een MDL-arts voor een endoscopisch onderzoek. Gezien deze verwijzing en het geplande onderzoek van de bekkenbodemtherapeute is het verdedigbaar dat er alleen een onderzoek van het abdomen is verricht. Hierbij is wel van belang dat ter zitting in hoger beroep duidelijk is geworden dat D. en de huisarts op 3 februari 2011 niet bekend waren met de inhoud van het intakeverslag van de bekkenbodemtherapeute van 19 januari 2011. D. en de huisarts wisten op dat moment dus niet dat klaagster bij die intake had aangegeven dat zij het idee had dat haar ontlasting er vaginaal uitkwam. Er was op dat moment dan ook geen aanleiding om aan een ruptuur te denken.

4.12 Dit betekent dat de huisarts niet kan worden verweten dat door onvoldoende onderzoek bij klaagster de diagnose totaalruptuur is gemist.

Schending beroepsgeheim (klachtonderdeel 4)

4.13 Klaagster verwijt de huisarts dat hij haar medische gegevens aan haar ouders en echtgenoot heeft meegegeven. Vast staat dat de huisarts op 15 maart 2011 een bespreking heeft gehad met de ouders van klaagster en dat de huisarts bij deze bespreking aan de vader van klaagster een afschrift van (een deel van) klaagsters elektronisch patiëntendossier heeft overhandigd. Voorts heeft de huisarts op een latere datum nog het niet elektronische deel van klaagsters patiëntendossier, te weten het papieren dossier van de voormalige huisarts van klaagster en enkele andere stukken zoals specialistenbrieven betreffende klaagster, in een gesloten enveloppe aan klaagsters echtgenoot meegegeven. De vraag is of de huisarts daarmee zijn beroepsgeheim jegens klaagster heeft geschonden. Het Centraal Tuchtcollege beantwoordt deze vraag ontkennend. Duidelijk is dat er op grond van de KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens voorafgaand aan het verstrekken van medische gegevens aan derden toestemming dient te zijn van de patiënt voor het verstrekken daarvan. Terecht heeft klaagster opgemerkt dat in het onderhavige geval een schriftelijke machtiging ontbreekt en dat zij de huisarts ook geen mondelinge toestemming heeft gegeven. Echter, de specifieke omstandigheden van dit geval maken dat van schending van het beroepsgeheim (toch) geen sprake is. Hierbij acht het Centraal Tuchtcollege de volgende omstandigheden van belang:

- klaagster bezoekt op 3 februari 2011 samen met haar echtgenoot het spreekuur;
- klaagsters vader heeft na het onderzoek op 9 maart 2011 van de MDL-arts op 10 maart 2011 de huisartsenpraktijk ingelicht dat er een slechte uitslag was;
- klaagsters vader heeft op 10 maart 2011 tevens aangegeven dat de ouders een klacht bij het tuchtcollege hebben ingediend;
- klaagsters vader heeft op 11 maart 2011 de huisarts persoonlijk geïnformeerd over de slechte uitslag van het MDL-onderzoek;
- klaagsters vader heeft op 11 maart 2011 tevens aan de huisarts kenbaar gemaakt dat klaagster geen contact meer met de huisarts wilde;
- klaagster en haar echtgenoot hebben op 12 maart 2011 bij een huisbezoek van de huisarts aan klaagster de huisarts aan de voordeur (opnieuw) uitdrukkelijk te verstaan gegeven dat klaagster geen contact meer met hem wenste;

- de ouders van klaagster hebben overeenkomstig de wens van klaagster bij de huisarts een evaluatiegesprek aangevraagd dat op 15 maart 2011 heeft plaatsgevonden;
- de echtgenoot van klaagster is naar de huisartsenpraktijk gekomen met als doel de medische gegevens op te halen die nog niet aan de nieuwe huisarts waren gestuurd.

4.14 Onder deze omstandigheden heeft de huisarts naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege mogen begrijpen dat klaagster haar ouders en echtgenoot nauwgezet had geïnformeerd over haar medische toestand na de bevalling en de recente ontwikkelingen daaromtrent. Bezien in samenhang met de wijze waarop klaagster zich na de uitslag van het onderzoek van de MDL-arts van 9 maart 2011 door haar echtgenoot en ouders heeft laten vertegenwoordigen in de (behandel)relatie met de huisarts(enpraktijk), heeft de huisarts in redelijkheid mogen begrijpen en verwachten dat klaagster de bedoeling heeft gehad om de huisarts toestemming te verlenen om (delen van) het EPD respectievelijk (papieren) medisch dossier aan haar vader respectievelijk haar echtgenoot ter hand te stellen. Aannemelijk is voorts dat klaagster ten tijde van het verstrekken van deze medische gegevens daarvan weet heeft gehad, alsmede van het doel, de inhoud en de consequenties daarvan. Tevens speelt een rol dat de huisarts door aldus te handelen in het belang van klaagster zijn medewerking heeft willen verlenen aan een zo vlot mogelijke overgang van klaagster naar een andere huisarts. Onder deze omstandigheden kan de huisarts geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt. Dat de huisarts op 15 maart 2011 meer medische gegevens aan de ouders van klaagsters zou hebben verstrekt dan voor het doel relevant was, is uit de stukken niet gebleken. Dat de huisarts zelf een afschrift van het dossier heeft bewaard is gelet op de door de vader van klaagster aangekondigde tuchtklacht evenmin tuchtrechtelijk verwijtbaar. Dit betekent dat de klacht van klaagster geen doel treft.

4.15 Het bovenstaande leidt tot de conclusie dat het beroep moet worden verworpen en dat de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege in stand dient te blijven.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. A.H.A. Scholten, voorzitter, mr. J.P. Balkema en mr.drs. R. Prakke-Nieuwenhuizen, leden-juristen en drs. F.M.M. van Exter en drs. M.G.M. Smid-Oostendorp, leden-beroepsgenoten en mr. D. Brommer, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 6 juni 2013.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.