

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2015-244

Datum uitspraak: 19 juli 2016

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

A,
wonende te B,
klaagster,
gemachtigde: J.T. Koetsier, werkzaam te Blauwestad,

tegen:

C, huisarts,
werkzaam te B,
verweerder,
gemachtigde: mr. F. van Woerden, werkzaam te Utrecht.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen in oktober 2015
- het verweerschrift
- de repliek met bijlagen
- de dupliek
- de door klaagster op verzoek van het Tuchtcollege in het geding gebrachte cardiologiestatus van haar overleden vader.

1.2 De partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

1.3 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 7 juni 2016. Klaagster, vergezeld van haar moeder en broer en bijgestaan door haar gemachtigde, is verschenen. Verweerder is eveneens verschenen en werd bijgestaan door zijn gemachtigde (die in verband met een treinstoring wat later aanwezig was). Beide partijen hebben hun standpunten mondeling toegelicht, mede aan de hand van pleitnotities die zijn overgelegd. Klaagster heeft nog een nadere toelichting voorgelezen en overgelegd.

2. De feiten

2.1 Klaagster is de dochter van de heer D, geboren in 1936 en overleden op 4 mei 2015, (hierna ook: patiënt).

2.2 Verweerder voert sinds 2014 een duo-praktijk met een collega-huisarts. De vader van klaagster was toen al patiënt in de praktijk. Patiënt was bekend met nierfunctiestoornissen en een uitgebreide cardiale voorgeschiedenis. In 1997 heeft patiënt een aortakunstklep gekregen. Dit is ook als actueel aandachtspunt vermeld in het huisartsen-journaal van patiënt.

Patiënt gebruikte daarom bloedverduunners.

Op 7 november 2014 is onder meer in het huisartsen-journaal vermeld: *“Gezien vg met klepprothese laagdrempelig gestart met fluclox 4dd500mg, 10 dg.”*

2.3 Patiënt is op 23 april 2015 op het spreekuur van verweerder geweest in verband met

een op 25 maart 2015 opgelopen wondje aan zijn knie, dat patiënt zelf aanvankelijk met jodium en sodawater had behandeld en waaruit hij had geprobeerd een splinter te verwijderen. Volgens patiënt is toen op enig moment pusvorming ontstaan. Verweerder heeft op 23 april 2015 de wond bekeken, met een steriele pincet een splinter uit de knie verwijderd en fucidin-zalf voorgeschreven. Het huisartsen-journaal (met het SOEP-systeem, waarbij S staat voor ‘subjectief’, O voor ‘objectief/onderzoek’, E voor ‘evaluatie/werkhypothese’ en P voor ‘Plan’) vermeldt terzake:

“S last van vermoeidheid, conditie vermindering. geen POB. voelt zich niet helemaal lekker.

P bij cardioloog ook een vraag stellen. Lab 3-15 g.b

S ontsteking aan re knie, komt pus uit. Nu 3wkn

O corpus alienum in de huid, pus+ rood (College: volgens verweerder ter zitting had er ‘pus-‘ moeten staan)

E Ontsteking huid knie re

P R/15 g fucidin zalf 20mg/g (3. AB)”

2.4 Op vrijdagavond 24 april 2015 heeft een collega-huisarts (waarnemer van de HAP)

verweerder thuis bezocht. Deze waarnemer heeft geoordeeld dat er geen sprake was van een situatie die acuut handelen vereiste en geadviseerd contact op te nemen (met de eigen huisarts) bij blijvende klachten.

2.5 Verweerder heeft op dinsdag 28 april 2015 (na de vrije weekenddagen en koningsdag)

patiënt op diens verzoek thuis bezocht. Het huisartsen-journaal vermeldt daarover:

“S paar keer koude rillingen gehad. heeft koorts gehd 38.8c, voelt zich niet prettig, niet hoeten, verkouden-. Heeft een paar weken plotseling geen kracht gehad in benen, ook een periode van een rood gezichtsveld. Beide duurde 1.5 min.

O nystagmus-, iscorie+, diplopie-, pupilreflex +/- NO: kracht imponeet intact, sens. imponeert intact pulm gb cor gb.

E Koorts eci

P koorts en rillingen exp. ha zal overleggen met neuroloog”

Patiënt heeft die dag aan verweerder verteld dat een waarnemer op 24 april bij hem een visite had afgelegd. Ook is op 28 april 2015 ter sprake geweest dat patiënt een aorta-kunstklep had. Verweerder heeft vervolgens het bloed van patiënt laten onderzoeken en die middag naar zijn zeggen contact gehad met de neuroloog in verband met de neurologische verschijnselen (krachtverlies benen, rode waas voor ogen), die zouden kunnen passen bij een TIA. De neuroloog achtte de klachten niet van dien aard dat patiënt acuut onderzocht zou moeten worden, aldus verweerder.

2.6 Bij 29 april 2015 is in het journaal aangetekend:
“Lab belt; Leuco 11.5 CRP 212* bse volgt nog*

2.7 *P R/14 st ciprofloxacin tabl 500mg (2.1T)*
Bij 30 april 2015 is in het journaal aangetekend:
“Laboratoriumuitslag (afname: 29-04-2015)
O CRP > 212 mg/L -8
Bezinking > 37 mm/1e uur 1/9
Leukocyten > 11,5 10⁹/L 4/10
neutrofielen > 9,3 2/7,5
monocyten > 1 0,3/0,9
eosinofielen < 0,01 10⁹/L 0,04/0,4
Imm Granulocyt – a > 0,05 10⁹/l -/0,03”

2.8 Op 1 mei 2015 heeft verweerder patiënt, na een visite thuis, verwezen naar de SEH in het E te B voor onderzoek door de internist, gelet op de bloeuitslagen waaruit een infectie bleek en de koorts zonder bekend oorzaak (eci). Patiënt is toen opgenomen in het ziekenhuis.

2.9 Hierna is verweerder niet meer bij de behandeling van patiënt betrokken geweest. Op 6 mei 2015 heeft verweerder vernomen van het overlijden van patiënt op 4 mei 2015 na een aorta-kleptoslating ten gevolge van bacteriële endocarditis (ontsteking binnen het hart/de hartkleppen).

3. De klacht

De klacht luidt – zakelijk weergegeven - als volgt.

- (i) Verweerder heeft op 23 april 2015 ten onrechte geen sepsis-profylaxe gestart.
- (ii) Verweerder heeft op 28 en 29 april 2015 geen alarm geslagen ondanks de voorgeschiedenis van deze risicopatiënt met een aorta-kunstklep, een recente infectie en afwijkende bloeuitslagen, terwijl hij op 1 mei 2015, gelet op voormelde risicofactoren nog steeds ten onrechte uitging van koorts met onbekende oorzaak en heeft nagelaten de pussende wond in de knie als mogelijke ‘porte d’entree’ te vermelden toen hij patiënt naar de SEH verwees.
- (iii) Samenvattend wordt verweerder diagnostisch falen verweten, waardoor verweerder te laat in actie is gekomen (verwijtbaar dokters-delay) en daardoor patiënt nog meer in gevaar heeft gebracht.

4. Het standpunt van verweerder

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

5. De beoordeling

5.1 De moeder van klaagster heeft te kennen gegeven in te stemmen met de klacht. Klaagster is dan ook ontvankelijk in haar klacht.

5.2 Het College stelt het volgende voorop.

Patiënten met een aorta-kunstklep lopen een verhoogd risico op bacteriële endocarditis, omdat bij hen, anders dan bij personen met 'eigen, onbeschadigde' hartkleppen, een eenvoudige infectie al tot gevolg kan hebben dat het lichaam niet in staat is de infectie zelf de baas te worden. In verband daarmee dient bij deze patiënten laagdrempelig - dus ook bij een betrekkelijk geringe infectie(kans) - worden gestart met antibiotica, althans dient in dergelijke gevallen een bewuste afweging te worden gemaakt om dit wel of niet te doen (NHG-richtlijn 2009, Endocarditisprofylaxe).

5.3 Bij het consult van 23 april 2015 had patiënt al bijna een maand een splinter in zijn knie, die volgens patiënt pus had veroorzaakt, terwijl patiënt bovendien aangaf zich niet helemaal lekker te voelen. Dit had verweerder, gelet op de kunstklep van patiënt en voormeld daarmee samenhangende risicoprofiel, aan het denken moeten zetten. Hiervan is toen, zoals verweerder ook toegeeft, geen sprake geweest. Hij heeft op dat moment immers niet onderkend dat patiënt een aorta-kunstklep had, hoewel hij dat wel had kunnen en moeten weten. De omstandigheid dat verweerder in 1997 nog niet de huisarts was van patiënt en dat hij mogelijk het hiervoor genoemde consult van 7 november 2014 niet zelf heeft verricht, maakt dit niet anders. Verweerder dient als huisarts het patiëntendossier zodanig in te richten en te bestuderen dat essentialia, zoals de aorta-kunstklep bij een patiënt, tijdig bij elke verrichting/consult worden opgemerkt. Dit is op 23 april 2015 ten onrechte niet gebeurd. Mede hierdoor heeft verweerder er niet aan gedacht om patiënt antibiotica te geven, dan wel bij twijfel hierover overleg met de specialist (cardioloog en/of internist) te voeren. In zoverre is dit klachtonderdeel gegrond.

5.4 Op 28 april 2014 heeft verweerder patiënt thuis bezocht. Volgens patiënt was er al enkele dagen sprake van koude rillingen, koorts en voelde hij zich niet lekker. Daarnaast uitte patiënt neurologische klachten (krachtverlies benen, rode waas voor ogen), die op doorgemaakte TIA's wezen, zoals verweerder heeft onderkend. Ook is verweerder toen op de hoogte geraakt van de aorta-kunstklep van patiënt. Van hoest of ademhalingsproblemen was geen sprake. Op grond van deze omstandigheden, mede gelet op een mogelijke infectiehaard vanuit de knie, had verweerder een differentiaal diagnose moeten opstellen en niet mogen volstaan met afwachtend beleid onder de noemer 'koorts zonder bekende oorzaak'. De omstandigheid dat lichamelijk onderzoek op dat moment (volgens verweerder) niet op bijzonderheden wees, maakt dit niet anders. Het College merkt hierbij nog op dat influenza (kennelijk het griepje waar de waarnemer op 24 april volgens patiënt aan had gedacht) onwaarschijnlijk was gezien het ontbreken van respiratoire symptomen.

5.5 Anders gezegd had verweerder op 28 april 2015 de bevindingen tot dan toe kritischer tegen het licht moeten houden en niet mogen volstaan met bloedonderzoek en een, naar zijn zeggen na overleg met de neuroloog, afwachtend beleid. Niet alleen ontbreekt in het journaal enige vastlegging van de resultaten van het overleg met de neuroloog, zodat dit niet controleerbaar is, maar bovendien ontbreekt een werkhypothese en een plan van aanpak, hoewel het ging om een 79-jarige man met een aorta-kunstklep en concreet infectierisico (de vermelde pussende wond), zonder dat sprake was geweest

van infectieprofylaxe, met al langer durende enigszins toenemende klachten van koorts en rillerigheid, en 'en passagere' neurologische uitval onder antistollingsmedicatie die door verweerder werd geduid als een mogelijke TIA. Verweerder had verdergaande pogingen moeten doen om de oorzaak van de klachten te achterhalen. Hij heeft echter in feite slechts gereageerd op een deel van de door patiënt vermelde verschijnselen, te weten de neurologische, met miskennis van de overige signalen. Op zijn minst had gevergd mogen worden dat verweerder had gereageerd op deze andere signalen en (verder) overleg had gevoerd met de tweede lijn, waarbij met name overleg met de cardioloog en/of internist was aangewezen.

5.6 Daarnaast verdient opmerking dat verweerder weliswaar op 28 april 2015 bloedonderzoek in gang heeft gezet, maar vervolgens niet alert heeft gereageerd op de resultaten ervan. Niet alleen heeft hij het College, desgevraagd, niet kunnen uitleggen waarom de door het laboratorium aan de praktijk telefonisch doorgegeven (zorgelijke) laboratoriumuitslagen van 29 april hem niet hebben bereikt – hier lijkt ontoereikende praktijkvoering aan ten grondslag te liggen – maar ook is het verwijtbaar dat de definitieve uitslagen van 30 april, waaruit een evident infectieus beeld bleek, pas een dag later bij verweerder bekend werden. Enige bijzondere redenen waarom verweerder deze uitslagen steeds pas de dag erna heeft gezien, heeft hij niet aangevoerd.

5.7 Tot slot wijst het College erop, zoals klaagster ook bij repliek heeft aangevoerd, dat de dossiervoering te summier is. Niet alleen merkt verweerder volstrekt in strijd met de daaraan te stellen eisen op dat hij niet-afwijkende uitkomsten van standaard door hem uitgevoerde onderzoeken (zoals temperatuur, bloeddruk, pols etc.) niet placht te noteren, maar ook ontbreekt verslaglegging van andere relevante zaken (zoals het gestelde overleg met de neuroloog). Niet alleen afwijkende uitslagen, maar ook goede uitslagen dienen genoteerd te worden. Al deze resultaten zijn immers onmisbaar bij het vaststellen van veranderingen en voor het te voeren beleid, terwijl de uitslagen bovendien kenbaar moeten zijn voor opvolgende behandelaars. Ditzelfde geldt voor afspraken met de tweede lijn en/of anderen die bij de behandeling zijn betrokken. Dit is dus niet goed gegaan, zoals verweerder heeft erkend.

5.8 De slotsom is dat verweerder op diverse onderdelen steken heeft laten vallen, zowel op 23 april 2015 als in de periode daarna. Hij heeft de zorgelijke signalen, die in de loop van de tijd steeds duidelijker werden, ten onrechte niet onderkend en heeft zich te passief opgesteld. In dit verband wordt verweerder niet tegengeworpen dat hij de diagnose endocarditis heeft gemist, maar wél dat hij te weinig actie heeft ondernomen zoals hiervoor is weergegeven. Aldus heeft hij jegens patiënt niet de van hem te vergen zorg betracht, hetgeen tuchtrechtelijk verwijtbaar is. De klacht is gegrond. Het College acht, na grondige afweging, de hierna te noemen maatregel passend.

5.9 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, op de voet van artikel 71 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg bekend worden gemaakt op hierna te vermelden wijze.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag beslist als volgt:

- legt op de maatregel van waarschuwing.
- bepaalt dat om redenen, aan het algemeen belang ontleend, deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Deze beslissing is gegeven door mr. M.A.F. Tan-de Sonnaville, voorzitter, mr. E.B. Schaafsma-van Campen, lid-jurist, dr. J.W. van 't Wout, H.C. Baak en dr. E.A. Dubois, leden-artsen, bijgestaan door mr. G.G.M.L. Huntjens, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 19 juli 2016.

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 het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem 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

Den Haag, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.