

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2016.351

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2016.351 van:

A., wonende te B., appellante, klaagster in eerste aanleg,
tegen

C., huisarts, werkzaam te D., verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. drs. E.E. Rippen, verbonden aan de Stichting VvAA Rechtsbijstand
te Utrecht.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klaagster - heeft op 29 september 2015, samen met E., F., G., H. en I., bij
het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen C. - hierna de huisarts - een klacht ingediend.
Bij beslissing van 29 juli 2016, onder nummer 205/2015, heeft dat College de klacht
afgewezen. Klaagster is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De huisarts heeft
een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaken onder nummer
C2016.352, C2016.353 en C2016.354 behandeld ter openbare terechtzitting van het
Centraal Tuchtcollege van 7 maart 2017, waar zijn verschenen klaagster, vergezeld
van de heer J., en de huisarts, bijgestaan door mr. Rippen voornoemd.

Als getuige-deskundige aan de zijde van klaagster is gehoord de heer K., internist-in-
tensivist te D..

Zowel klaagster als de huisarts en zijn gemachtigde hebben hun respectieve standpunten
nader toegelicht. Klaagster heeft dit onder meer gedaan aan de hand van pleitnotities
die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

“2. **DE FEITEN**

*Op grond van de stukken 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 moeder van klagers, geboren in 1926 en
overleden op 8 maart 2015, hierna patiënte te noemen. Patiënte verbleef toentertijd in
het woonzorgcentrum L., hierna: het verzorgingshuis.*

*Op 14 februari 2015 om 21:34 uur is een melding betreffende patiënte binnengekomen
bij de huisartsenpost (hierna: HAP). De melding heeft urgentie U3 – dringend gekregen.
Verweerder heeft deze melding gefiatteerd en de laatste mutatie heeft plaatsgevonden
op 15 februari 2015 om 05.35 uur.*

*In het zorgdossier van het verzorgingshuis betreffende patiënt is, voor zover relevant
voor de klacht, opgenomen:*

“14-2-15 21.30 mw. maakte alarm: niet fit, braken; bruin van kleur, zegt

		hoge temp te hebben, duizelig. Pijn in onderbuik, wisselend HAP gebelt: komt later vanavond nog iemand langs.
	22.30	Pijnscore: 10! mw naar toilet geholpen. Geen ontl/diarree. Opnieuw braken
	1.17	Wederom gebeld met H.A.P. mw. lag te kermen v/d pijn en nog geen H.A. gezien. mw heeft geen koorts. 36.9 rr 139/93 p 52.
15-2-15	NO	HA-post is gebeld, heeft injectie met pijnstilling gehad en een zetpil tegen de misselijkheid, ligt nog 1 zetpil in het medicijnkastje. HA dacht dat het misschien gasteritis was.
15-2-15	d	Het ging vanmorgen wat beter met mevr. mw. is niet wezen eten
		zelf iets klaar gemaakt geregeld naar binnen lopen mw. belt als het niet goed gaat
	20.30	Op verzoek van mw 2e zetpil gegeven + getempt 36.8° Pijn nog aanwezig”

P. was de huisarts van patiënte. In zijn huisartsenjournaal zijn, in chronologische volgorde en via de SOEP-methode, navolgende regels opgenomen:

“15-02-15

S Klacht/beloop: Verzorging [naam verzorgingshuis, RTC] belt: Si 16.00u niet lekker. Is aan het

braken, bruin van kleur (6x). Heeft een klein beetje bruine bonen gegeten vanavond. Denk koorts te hebben, thermometer doet het niet. Is wat zweterig. Flinke buikpijn in de onderbuik. Is wat duizelig. Maakt erg ziek. VAS 8, was daarstraks wel meer. Pijn komt aangevalsgewijs en neemt ook toe

Hulpvraag: Griepspuit? Kan ik er iets voor krijgen.

Voorgeschiedenis: Appendectomie; abdominale uterusexterpatie

Medicatie: Geen

Algemeen:

HA: vandaag al wat buikpijn rechtszijdig; voelde ook een ‘knol’ zitten: wat gemasseerd; vandaag nog normale buine def gehad; mictie ongestoord: sinds vanavond stekende buikpijn rechtszijdig daarbij ook vomitus; koorts-; POB-: dyspnoe-; geen pijnstilling ingenomen; in flat meerdere mensen met vomitus klachten

O ligt op bed; alert en goed aanspreekbaar; ACIDO-: temp 36.7; sat 96%; RR 145/70; pols 65 re; Abd peristaltiek+; WT; soepel met diepere drukpijn ROB; geen loslaatpijn of defense; benen geen afwijkingen; nierloges geen afwijkingen

E Andere gelokaliseerde buikpijn

Buikpijn

DD gastroenteritis? Choledocholithiasis?

P 75 mg Diclofenac im. primperan zetpil 10 mg en eentje extra achtergelaten; advies voldoende drinken; pijnstilling PCM; bij verandering/koorts/zieker contact

R/primperan zetpil 10mg – 2.0 ST ;imm

R/diclofenac natrium cf injvlst 25mg/ml ampul 3ml – 1.0 ST; imm”

In de dagen na 15 februari 2015 is contact geweest via de eigen huisarts van patiënte.

Huisarts M. heeft op 22 februari 2015 patiënte ingestuurd naar het ziekenhuis.

In de door het N. verzonden specialistenbrief is opgenomen dat patiënte van

22 februari 2015 tot en met haar overlijden op 8 maart 2015 opgenomen is geweest op de intensive care. De conclusie van de brief luidde:

“1) Ileus op basis van bekleemde navelbreuk waarvoor laparotomie met resectie van necrotische dunne darm. Post-operatief septisch profiel. Zeer langzaam herstel
2) Overlijden meest waarschijnlijk tgv hernieuwde abdominale sepsis bij wondinfectie na 1”

Klagers hebben klachten ingediend tegen het verzorgingshuis. Bij uitspraak van de SKGN klachtencommissie van 20 juli 2015 zijn deze klachten deels gegrond verklaard en is een zestal aanbevelingen gedaan.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGERS EN DE KLACHT

Klagers verwijt verweerder -zakelijk weergegeven-:

1. *Dat hij de klachten van patiënte niet serieus heeft genomen;*
2. *Een onjuiste diagnose heeft gesteld;*
3. *Slecht gecommuniceerd heeft met patiënte en de verzorging over de verstrekte medicatie en over de mogelijke diagnoses. Verweerder heeft het ‘afsprakenblad arts-verzorging’ niet ingevuld.*

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij sinds 1 september 2014 huisarts is en in die hoedanigheid dienst doet voor de HAP te D.. Tijdens het contact met patiënte in de vroege ochtend van 15 februari 2015 heeft verweerder de klachten grondig uitgevraagd, aan patiënte en de verzorging, en patiënte onderzocht. Bij onderzoek was er geen sprake van heftige pijn, noch van koorts en evenmin van een geprikkelde buik. Om welke reden langere tijd is verstreken tussen de melding bij de HAP en de visite is verweerder onduidelijk. Verweerder heeft op het moment van de melding aan hem meteen visite gereden. Van eventueel onzorgvuldig handelen van derden kan verweerder geen verwijt worden gemaakt. Verweerder heeft de differentiaal diagnose gastroenteritis en choledocholithiasis gesteld, waarbij meespeelde dat in het verzorgingstehuis meerdere bewoners last hadden van braken. Daarnaast heeft verweerder geadviseerd zo nodig weer contact op te nemen met de HAP. Verweerder heeft weliswaar zijn beleid niet in het zorgdossier in het verzorgingstehuis genoteerd maar het wel voldoende gecommuniceerd met patiënte en de verzorging. Verweerder heeft in de digitale dossiervoering van de HAP aantekeningen gemaakt van zijn bevindingen en het advies. Verweerder voert aan dat hij gelet op het voorgaande binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven en hem geen gegrond tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt.

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 *Ten aanzien van het eerste en tweede klachtonderdeel overweegt het college als volgt.*

In dit verband heeft te gelden dat het missen van de juiste diagnose - indien daarvan al sprake zou zijn geweest - op zichzelf geen klacht is, die tuchtrechtelijke relevantie behoeft te hebben.

Alleen indien zou komen vast te staan, dat de wijze waarop de aangeklaagde arts tot zijn, naderhand onjuist gebleken, diagnose is gekomen in strijd zou zijn met de zorgvuldigheid, die van een redelijk bekwame beroepsgenoot mag worden verwacht - weer

rekening houdende met het hierboven weergegeven toetsingscriterium - kan een dergelijke klacht tot het beoogde resultaat leiden.

Blijkens de door verweerder gemaakte aantekeningen heeft hij patiënte uitgebreid onderzocht en daarbij de klachten van patiënte uitgevraagd, waaronder de ontlasting, mictie en de door patiënte ervaren klachten van de afgelopen dag. Onderzoek aan braaksel biedt geen tot weinig diagnostische aanknopingspunten zodat het nalaten daarvan geen verwijt oplevert. Verweerder heeft de door patiënte ervaren 'knol' in de buik niet waargenomen of gevoeld bij het door hem verrichte lichamelijk onderzoek. Verweerder heeft kunnen concluderen dat bij onder andere stabiele hemodynamiek, afwezigheid van koorts en een soepele buik bij onderzoek geen alarmsymptomen bestonden. Gelet op de volgens patiënte 'stekende pijn rechtszijdig in de buik' die aanvalsgewijs optrad is het zorgvuldig te noemen dat verweerder naast de gastroenteritis de mogelijkheid van galstenen in zijn differentiaal diagnose heeft opgenomen, hetgeen onderstreept dat hij de klachten van patiënte serieus heeft genomen.

Voor zover klagers hebben willen betogen dat verweerder patiënte niet serieus heeft genomen door eerst in de vroege ochtend van 15 februari 2015 een visite af te leggen na de eerste melding door het verzorgingshuis bij de HAP op 14 februari 2015 om 21:30 is het college niet gebleken dat een eerdere melding verweerder bekend is geworden. Niet aannemelijk is geworden dat verweerder eerder dan rond 04:00 uur in de morgen het verzoek tot het afleggen van een visite heeft bereikt. Zo in deze al sprake zou zijn van een lacune in de organisatie van de HAP kan dat verweerder niet tuchtrechtelijk aangerekend worden.

Hoewel patiënte, naar later is gebleken, kennelijk leed aan een bekleemde navelbreuk of afsluitingsverschijnselen van de darm – het is gezien de bevindingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek medisch gezien niet waarschijnlijk dat de dunne darm in de periode tot en met 19 februari 2015 al (geheel) was afgesloten – kan verweerder niet tuchtrechtelijk worden verweten dat hij een onjuiste diagnose heeft gesteld, nu uit de door verweerder verkregen informatie op 15 februari 2015 onvoldoende duidelijke aanknopingspunten te vinden waren voor een navelbreuk of ileus.

Gelet op het voorgaande zijn de klachtonderdelen 1 en 2 ongegrond.

5.3 Tijdens het door verweerder verrichte onderzoek was een verzorgende aanwezig die aantekeningen maakte in het zorgdossier. Daarnaast heeft verweerder zelf op zorgvuldige wijze het waarneambericht van de HAP ingevuld en de door hem verrichte onderzoeken en het beleid daarin opgetekend. Hoewel het beter ware geweest indien verweerder zelf het 'afsprakenblad arts-verzorging' had ingevuld kan dit niet leiden tot een tuchtrechtelijk verwijt. Verweerder mocht uitgaan van de juistheid van het noteren door de verzorgende mede gelet op het doel waarmee het zorgdossier wordt ingevuld. Dat de verzorgende de door verweerder in zijn differentiaal diagnose opgenomen galstenen niet heeft genoteerd kan evenmin tot de conclusie leiden dat verweerder daarmee onzorgvuldig heeft gehandeld. Verweerder heeft conform de gebruikelijke wijze aantekeningen gemaakt die voor de eigen huisarts van patiënte, gelet op de continuïteit van de zorg aan patiënte, te raadplegen waren en is daarmee gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening.

Daarmee faalt klachtonderdeel 3.

5.4 Het bovenstaande leidt tot de conclusie dat alle klachtonderdelen ongegrond zijn. Het college zal overeenkomstig beslissen. ”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hiervoor onder “2. De feiten” zijn weergegeven.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 Klaagster beoogt met haar beroep de zaak in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege voor te leggen en concludeert – impliciet – tot gegrondverklaring van het beroep.

4.2 De huisarts voert hiertegen verweer en concludeert tot verwerping van het beroep.

4.3 De behandeling van de zaak in beroep heeft geen ander licht op de zaak geworpen. Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat de huisarts tijdens het consult in de vroege ochtend van zondag 15 februari 2015 zorgvuldig heeft gehandeld. Hij heeft patiënte voldoende zorgvuldig onderzocht en zijn bevindingen uitgebreid in het huisartsen-journaal genoteerd. Daarin is door hem ook vermeld dat bij verslechtering van de situatie contact opgenomen moest worden. Tenslotte ontmoet ook de op 15 februari 2015 door hem gestelde differentiaaldiagnose, gelet op de onderzoeksbevindingen, bij het Centraal Tuchtcollege geen bedenkingen.

4.4 Ook voor het overige heeft de behandeling van de zaak in beroep het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten of tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg. Dit betekent dat het beroep moet worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. C.H.M. van Altena, voorzitter,
mr. E.F. Lagerwerf-Vergunst en mr. Y.A.J.M. van Kuijck, leden-juristen en
drs. M. van Bergeijk en dr. W. de Ruijter, leden-beroepsgenoten en
mr. M.D. Barendrecht-Deelen, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting
van

6 april 2017.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.