

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2016.506

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2016.506 van:

A., wonende te B., appellante, klaagster in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. A.M. Wolf, advocaat te Haarlem,
tegen

C., huisarts, werkzaam te D., verweerster 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 16 juni 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen C. - hierna de huisarts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 22 november 2016, onder nummer 16/205, 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 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 13 juni 2017, waar zijn verschenen klaagster, bijgestaan door mr. Wolf voornoemd, en de huisarts, bijgestaan door mrs. Rippen voornoemd.

Partijen en hun gemachtigden hebben hun respectieve standpunten ter terechtzitting nader toegelicht. De beide gemachtigden hebben dat mede 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 hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden, kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Verweerster is sinds 2006 werkzaam als huisarts. Per 1 april 2016 heeft zij een huisartsenpraktijk in B. overgenomen, waar klaagster op dat moment reeds als patiënt was ingeschreven.

2.2 Klaagster heeft in de nacht van 20 mei 2016 contact opgenomen met de Huisartsenpost (HAP) D. in verband met buikklachten, misselijkheid en braken. Om 6.00 uur is patiënte gezien door de dienstdoende huisarts van de HAP, die in het waarneemb Bericht noteerde:

(S) (RME) sinds uren buikkrampen, braakneigingen komt niets, geen ontlasting. Medicatie: puffer voor longen. Is alleen thuis. Pijnstilling helpt niet. (KUI) Sinds paar uur misselijk en gebraakt. Bekend met longproblemen en obstipatie, heeft laxeerdrank. Laatste def paar dgn geleden (?). Geen koorts.

(O) (KUI) matig zieke vrouw, T36, beginnende goorsteenperistaltiek. Soepele slanke buik, diffuse matige drukpijn, geen defense. HD stabiel, sat 96%

(E) (KUI) beginnende ileus

(P) (KUI) nu primperan, laxeren, straks eigen HA bellen verder beleid/diagnostiek ileus.

2.3 *Om 8.15 uur heeft klaagster contact opgenomen met de praktijk van verweerster en is door de assistente voor na het ochtendspreekuur een afspraak voor een visite ingepland. Nadat klaagster die ochtend nog twee keer telefonisch contact had gezocht met de praktijk, heeft verweerster omstreeks 10.30 uur kennis genomen van bovenstaande informatie van de HAP. Verweerster heeft vervolgens telefonisch contact gehad met patiënte en naar aanleiding daarvan genoteerd:*

S pt gebeld op verzoek van assistente: misselijk, houdt niets binnen, braakt niet, alleen slijm

Zie HAP bericht: mogelijk dreigend ileus beeld: nu wel wat def gehad na dulcolax

O

E D09.00 (Misselijkheid)

P visite gepland 1230 uur

2.4 *Tijdens de visite gaf klaagster aan dat zij veel kramp had en erg misselijk was. Na het bezoek van de dienstdoende huisarts van de HAP had klaagster wat harde brokken ontlasting gehad en verweerster noteerde in het dossier dat de misselijkheid op de voorgrond stond. Bij lichamelijk onderzoek constateerde verweerster een soepele buik, levendige normale peristaltiek, geen gootsteengeruis, drukpijn onder in de buik en geen loslaatpijn. Verder viel verweerster op dat klaagster veel bewegingsdrang had. Op basis hiervan was er blijkens het medisch dossier volgens verweerster mogelijk sprake van darmkrampen en braken op basis van obstipatie of een beginnende gastro enteritis. Verweerster heeft klaagster een injectie met een anti-misselijkheidsmiddel gegeven en aanvullende medicatie tegen de misselijkheid en paracetamolzetpillen voorgeschreven. Deze medicatie zou later in de middag door de apotheek worden bezorgd. Afsproken werd dat als de klachten niet minder zouden worden, klaagster zo nodig in het weekend contact op kon nemen met de HAP en er werd een afspraak gemaakt voor het telefonisch spreekuur op maandag 23 mei 2016.*

2.5 *Nadat klaagster later op de middag nog twee keer contact had gezocht met de praktijk, heeft verweerster klaagster omstreeks 15.45 uur nogmaals telefonisch gesproken naar aanleiding waarvan zij noteerde:*

S Terug gebeld op verzoek van assistente want mw belt 2x tachter elkaar: zo veel buikkrimp, nog geen pijnmedicatie gebracht door de apo, braakt, houdt niks binnen, wil naar het ziekenhuis

O

E D09.00 (Misselijkheid)

P Overleg arts assistent chirurgie seh met ambu; A2 mogelijk dreigend ileus beeld. Mw terug gebeld dat ambulance komt; spullen pakken. maandag tel su

2.6 *Nadat verweerster omstreeks 16.00 contact heeft gehad met de meldkamer van de ambulancezorg, is klaagster om 17.00 uur door de ambulance thuis opgehaald en naar de SEH van het E. Gasthuis vervoerd, alwaar zij om 17.15 uur is aangekomen.*

2.7 *Nadat op de SEH lichamelijk onderzoek, aanvullend laboratorium onderzoek en een CT van de buik had plaatsgevonden, werd een darmischemie geconstateerd (wat het gevolg bleek van mesenteriaal trombose) in verband waarmee klaagster nog diezelfde avond is geopereerd en waarbij een deel van de dunne darm is verwijderd.*

2.8 *Pogingen van verweerster om nadien met klaagster in contact te treden zijn door klaagster afgehouden.*

3. *De klacht en het standpunt van klaagster*

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerster de situatie ernstig heeft onderschat als gevolg waarvan klaagster onnodig en ondraaglijk heeft geleden en onherstelbare gezondheidsschade heeft opgelopen. Het klachtenpatroon (de hevige pijn- en misselijkheidsklachten) duiden op een ernstige darmaandoening, hetgeen verweerster niet (tijdig) heeft onderkend. Bovendien heeft zij bij de bepaling van haar beleid verzuimd rekening te houden met de medische voorgeschiedenis van klaagster. Hiermee heeft verweerster het vertrouwen dat klaagster in haar stelde ernstig beschaamd.

4. Het standpunt van verweerster

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

5. De beoordeling

5.1. Het college stelt voorop dat het er bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen niet om gaat of het 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. Het college is van oordeel dat – hoewel het handelen van verweerster op een aantal punten beter had gekund – verweerster zowel in de aanloop naar de visite om 12.30 uur bij klaagster thuis, als tijdens de visite en later in de middag, als redelijk bekwam huisarts heeft gehandeld. Het college overweegt daartoe als volgt.

5.3. Nadat klaagster een aantal keren contact had gezocht met de praktijk van verweerster en een afspraak voor een visite voor na het ochtendspreekuur was gepland, heeft verweerster omstreeks 10.30 uur telefonisch contact met klaagster gezocht. Kort daarvoor had verweerster kennis genomen van de verslaglegging van de dienstdoende huisarts van de HAP die klaagster eerder die ochtend om 6.00 uur had bezocht. Hij beschrijft in zijn verslaglegging een matig zieke vrouw en denkt aan een beginnende ileus als werkdiagnose (zie onder 2.2. voor een weergave van deze verslaglegging). In het telefonisch contact heeft klaagster verweerster desgevraagd laten weten dat zij na inname van Dulcolax wat harde ontlasting had gehad (zie onder 2.3 voor een weergave van deze verslaglegging). Op basis daarvan heeft verweerster ingeschat dat er geen sprake was van een acuut ileus beeld. In combinatie met het feit dat de dienstdoende huisarts van de HAP eerder die ochtend een matig zieke vrouw had gezien en toen geen reden zag om klaagster in te sturen, zijn de overwegingen van verweerster om patiënte op dat moment niet meteen te bezoeken, maar eerst haar ochtendspreekuur af te maken en klaagster aansluitend direct te bezoeken, begrijpelijk en verdedigbaar.

5.4. Verweerster heeft bij binnenkomst in de praktijk, dat wil zeggen vóór aanvang van haar ochtendspreekuur, niet kennisgenomen van de verslaglegging van de HAP. Verweerster heeft ter zitting toegelicht dat dat destijds in haar praktijk (nog) geen gebruikelijke werkwijze was. De verslaglegging van de HAP werd door de assistente verwerkt in het dossier van de betreffende patiënt. Verweerster las dit over het algemeen wel vaak nog dezelfde dag.

5.5. Het college merkt op dat wanneer patiënten buiten praktijken door een dienstdoende huisarts van de HAP zijn gezien, het in sommige gevallen wenselijk kan zijn dat de eigen huisarts 's ochtends zelf contact opneemt met de patiënt om te informeren naar zijn of haar gezondheidstoestand en eventueel een afspraak (voor een visite) in te plannen. Ook in het geval van klaagster had dit wellicht voor de hand gelegen. Daarvoor is echter noodzakelijk dat een huisarts 's ochtends voorafgaand aan het

ochtendspreekuur kennis neemt van eventueel binnengekomen verslaglegging van de HAP, zodat daar eventueel actie op ondernomen kan worden. Ter zitting heeft verweerster verklaard dat zij haar praktijkvoering inmiddels dienovereenkomstig heeft ingericht.

5.6. De door verweerster ter zitting toegelichte afspraak binnen haar praktijk, dat wanneer een patiënt voor de tweede keer belt met dezelfde klacht, er door de assistente direct overleg wordt gepleegd met de huisarts, is in de onderhavige kwestie niet correct opgevolgd. Klaagster heeft drie keer moeten bellen, voordat zij verweerster zelf te spreken kreeg. Dit, in combinatie met het feit dat verweerster niet eerder in de ochtend zelf contact met klaagster heeft opgenomen naar aanleiding van de verslaglegging van de HAP, heeft er waarschijnlijk aan bijgedragen dat klaagster die dag in toenemende mate het gevoel heeft gekregen dat zij, althans haar klachten, door (de assistente van) verweerster niet voldoende serieus werden genomen.

5.7. Op basis van het lichamelijk onderzoek dat verweerster tijdens de visite bij klaagster heeft verricht, heeft zij de werkd Diagnose van de HAP (een beginnende ileus) verworpen. Verweerster constateerde een soepele slanke buik en levendige normale peristaltiek. Wel was er sprake van drukpijn onder in de buik. Nu later is gebleken dat er bij klaagster inderdaad geen sprake was van een ileus (maar van een darmischemie), stelt het college vast dat de verwerping door verweerster van de diagnose ileus medisch–inhoudelijk juist was.

5.8. Verweerster wist echter niet precies wat er dan wél met klaagster aan de hand was en dacht aan een beginnende ernstige buikgriep met hevige misselijkheid en dramkrampen of misselijkheid en braken bij mogelijk langer bestaande obstipatie. Uit het medisch dossier blijkt dat verweerster de indruk had dat de misselijkheidsklachten op dat moment op de voorgrond stonden, waarvoor zij klaagster (onder andere) een injectie met een anti-misselijkheidsmiddel heeft gegeven. Verder heeft ze klaagster geadviseerd opnieuw contact op te nemen als de klachten erger zouden worden / in het aankomende weekend eventueel de HAP te consulteren. Nu verweerster op basis van het door haar verrichte lichamelijke onderzoek geen aanwijzingen had voor spoedeisende problematiek, acht het college deze afwachtende handelwijze op zichzelf verdedigbaar. Echter, omdat verweerster niet zeker was van de diagnose en ook zag dat de klachten van klaagster ernstig waren, zou het in de ogen van het college in deze situatie beter zijn geweest als verweerster actiever een vinger aan de pols zou hebben gehouden. Dit had zij bijvoorbeeld kunnen doen door zelf na enige tijd bij klaagster te verifiëren of de toegediende medicatie was aangeslagen.

5.9. Nadat klaagster in de loop van de middag nog twee keer telefonisch contact met de praktijk had gezocht, constateerde verweerster in haar daaropvolgende telefonische contact met klaagster dat de medicatie niet was aangeslagen en de situatie was veranderd; in plaats van de misselijkheid stond nu de pijn op de voorgrond. Nu verweerster deze (pijn)klachten niet kon verklaren vanuit het eerdere lichamelijk onderzoek dat zij verricht had, zij anamnestic een patiënt zag met ernstige klachten en zij nog steeds niet wist wat er precies aan de hand was, heeft verweerster er goed aan gedaan klaagster op dat moment voor nader onderzoek in te sturen. Nu er echter geen, althans (te) weinig objectieve alarmsymptomen waren, was er geen reden voor een A1 melding (hoogste prioriteit voor een ambulance). In dit kader is ook van belang dat het ambulancpersoneel na lichamelijk onderzoek van klaagster de urgentie van de ambulancerit niet heeft verhoogd en ook op de SEH werd klaagster na lichamelijk onderzoek niet direct gezien als een spoedgeval. Pas nadat er een CT-scan van de buik was gemaakt, werd duidelijk dat er sprake was van een darmischemie en is klaagster met spoed geopereerd.

5.10. *Al met al concludeert het college dat verweerster medisch-inhoudelijk op geen enkel moment verwijtbaar onjuist heeft gehandeld. De medische voorgeschiedenis van klaagster – waar verweerster voorafgaand aan de visite nog kennis van had genomen – maakt dit oordeel niet anders. Een darmischemie op basis van een mesenteriaal trombose is (in de huisartsgeneeskunde) heel zeldzaam en het is bovendien een moeilijk te stellen diagnose. Dat verweerster deze diagnose heeft gemist, kan haar tuchtrechtelijk niet worden aangerekend. In de aanloop naar de visite om 12.30 uur en na afloop daarvan, heeft verweerster zich weliswaar onvoldoende pro-actief opgesteld door zelf geen initiatief te nemen, maar dat handelen/nalaten is niet zodanig verwijtbaar dat zij daarmee in strijd met artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg heeft gehandeld.”*

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

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

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 tot gegrondverklaring van het beroep en tot publicatie van de beslissing.

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

4.3 Naar aanleiding van hetgeen de gemachtigde van klaagster ter terechtzitting in beroep naar voren heeft gebracht heeft de gemachtigde van de huisarts betoogd dat het hier deels nieuwe verwijten betrof. Dit betoog wordt door het Centraal Tuchtcollege verworpen. Hetgeen namens klaagster ter terechtzitting is aangevoerd past binnen de klacht over het optreden van de huisarts naar aanleiding van de buikklachten van klaagster.

4.4 Het Centraal Tuchtcollege overweegt als volgt.

4.5 Op 20 mei 2016 is klaagster om 6.00 uur gezien door de dienstdoende huisarts van de HAP. In het waarneembericht noteert deze arts onder Evaluatie “beginnende ileus”. Omstreeks 10.30 uur, 4½ uur later, neemt de huisarts kennis van deze informatie en heeft zij telefonisch contact met klaagster, op initiatief van klaagster.

Met het Regionaal Tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat het wenselijk, en in sommige gevallen aangewezen, kan zijn dat de eigen huisarts 's ochtends voorafgaand aan het spreekuur zelf contact opneemt met een patiënt die buiten praktijkuren door een dienstdoende huisarts van de HAP is gezien. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege was er hier van een dergelijk geval sprake. Op zijn minst had de urgentie van de situatie van klaagster voor aanvang van het ochtendspreekuur via een deugdelijke triage moeten worden bepaald. Niet is gebleken dat een dergelijke triage op een adequate manier is uitgevoerd nu de huisarts pas om 10.30 uur op de hoogte kwam van de situatie van klaagster.

4.6 De huisarts heeft aangegeven dat zij haar praktijkvoering inmiddels zodanig heeft aangepast dat zij thans steeds voorafgaand aan het ochtendspreekuur kennis neemt van de eventuele verslaglegging van de HAP met betrekking tot de voorgaande nacht. Feit blijft echter dat de praktijkvoering op dit punt op 20 mei 2016 te wensen overliet. De organisatie had ook toen al zodanig moeten zijn dat de huisarts voor aanvang van haar spreekuur op de hoogte was gekomen van de door de dienstdoende huisarts van de HAP gestelde mogelijke diagnose van beginnende ileus en de huisarts had hierin aanleiding moeten zien om hetzij voorafgaand aan het spreekuur zelf contact met klaagster op te nemen, hetzij te bewerkstelligen dat de urgentie van de situatie van

klaagster middels een deugdelijke triage werd bepaald. Dat een en ander niet (voldoende) is gebeurd is onzorgvuldig te noemen.

4.7 Om 15.45 uur heeft de huisarts voor de tweede maal die dag telefonisch contact met klaagster. Klaagster geeft in dat gesprek aan dat haar situatie sinds de visite van de huisarts eerder die dag om 12.30 uur is verslechterd. Klaagster heeft veel buikkramp en wil naar het ziekenhuis. De huisarts pleegt daarop telefonisch overleg met de afdelingen interne geneeskunde en chirurgie van het ziekenhuis en meldt naar aanleiding daarvan omstreeks 16.00 uur telefonisch aan klaagster dat zij zal worden opgehaald door een ambulance. In de status noteert zij “mogelijk dreigend ileus beeld”.

4.8 Met het hiervoor omschreven handelen heeft de huisarts (wederom) onvoldoende regie genomen. De door klaagster tijdens het telefonisch contact om 15.45 uur gemelde klachten en de aan de hand daarvan door de huisarts gestelde diagnose “mogelijk dreigend ileus beeld” hadden voor de huisarts aanleiding moeten vormen om klaagster nogmaals, met spoed, thuis te bezoeken teneinde de urgentie waarmee klaagster naar het ziekenhuis vervoerd diende te worden, te bepalen. Ter terechtzitting in beroep heeft de huisarts verklaard dat zij heeft overwogen nogmaals een visite af te leggen maar uiteindelijk omwille van de snelheid heeft gekozen voor het aanvragen van een ambulance zonder klaagster eerst nogmaals te zien. Gelet op de diagnose van een potentieel levensbedreigende situatie was een visite, en daarmee de mogelijkheid om bij bevestiging van die diagnose een hoge urgentie aan de opname van klaagster toe te kennen, in dit geval aangewezen.

4.9 Het geheel overziend komt het Centraal Tuchtcollege tot de conclusie dat de huisarts in het onderhavige geval op twee momenten onvoldoende regie heeft genomen. Het beroep van klaagster slaagt derhalve.

4.10 Voor wat betreft de maatregel is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat kan worden volstaan met een waarschuwing. De huisarts heeft zich open en toetsbaar opgesteld. Ook is duidelijk geworden dat de huisarts naar aanleiding van deze casus de praktijkvoering inmiddels heeft aangepast.

4.11 Om redenen aan het algemeen belang ontleend gelast het Centraal Tuchtcollege de publicatie van deze uitspraak.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
vernietigt de beslissing waarvan beroep;
en, opnieuw rechtdoende:

verklaart de klacht alsnog gegrond;

legt dienaangaande aan de huisarts de maatregel van waarschuwing op;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing

Deze beslissing is gegeven door: mr. A.D.R.M. Boumans, voorzitter,
mr. E.F. Lagerwerf-Vergunst en prof. mr. J. Legemaate, leden-juristen en dr. M.K. Dees en drs. M. van Bergeijk, leden-beroepsgenoten en mr. M.D. Barendrecht-Deelen, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 25 juli 2017.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.