CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2017.005

C E N T R A A L T U C H T C O L L E G E
voor de Gezondheidszorg
Beslissing in de zaak onder nummer C2017.005 van:
A., huisarts, (destijds) werkzaam te B., appellant, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde: mr. F. van Woerden-Poppe,
tegen
C., wonende te D., verweerster, klaagster in eerste aanleg.
1. Verloop van de procedure
C. – hierna: klaagster – heeft op 7 juli 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Groningen tegen A. – hierna: de huisarts – een klacht ingediend. Bij beslissing van
29 november 2016, onder nummer G2016/87 heeft dat College de klacht gegrond verklaard en de maatregel van berisping opgelegd. De huisarts is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. Klaagster heeft een verweerschrift in beroep ingediend.
De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 22 juni 2017, waar zijn klaagster en de huisarts zijn verschenen, de laatste bijgestaan door zijn gemachtigde.
2. Beslissing in eerste aanleg
Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn voormelde beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.
“2. Vaststaande feiten
Voor de beoordeling van de klacht gaat het college uit van de volgende feiten.
2.1
Verweerder is sinds 1 maart 2016 werkzaam als waarnemend huisarts bij de Doktersdienst B. (hierna: de doktersdienst). Klaagsters broer, E., (geboren op 16 februari 1956 en hierna te noemen: patiënt) wendde zich op zaterdag 26 maart 2016 tot de doktersdienst met diverse lichamelijke klachten. Hij werd door verweerder gezien. Verweerder zag op dat moment geen aanleiding hem voor nader onderzoek naar het ziekenhuis te verwijzen. Patiënt ging hierop naar huis. Later die dag verergerde de situatie dusdanig dat patiënt met een ambulance naar het ziekenhuis is overgebracht. Op 4 april 2016 is patiënt tijdens zijn opname in het ziekenhuis overleden aan de gevolgen van een hartinfarct.
3. De klacht
Op 26 maart 2016 ging patiënt rond 13.00 uur naar de doktersdienst, omdat hij veel pijn had in de hartstreek. Ook had hij een grote uitstulping aan de linkerkant van zijn hals. Zijn beste vriend, de heer F., vergezelde hem. Verweerder was op dat moment waarnemend arts en verrichtte beperkt onderzoek waarna hij zijn duim omhoog stak en zei dat er niets aan de hand was. Patiënt kon naar huis. De heer F. vertrouwde het niet en drong aan op verwijzing naar het ziekenhuis. Hij was bang dat er iets mis was met het hart van patiënt. Verweerder bleef er echter bij dat er niets met het hart van

patiënt aan de hand was. Vervolgens ging patiënt samen met de heer F. naar huis. De terugweg duurde erg lang, omdat patiënt nauwelijks kon lopen van de vermoeidheid en de pijn. Thuis aangekomen ging de heer F. even naar zijn eigen huis een paar straten verderop. Patiënt belde een andere vriend om zijn verhaal te doen. Deze vriend kwam snel naar hem toe en trof hem aan in een zeer pijnlijke toestand. Hij besloot te bellen met de doktersdienst, vlak waarna patiënt in elkaar stortte. De doktersdienst raadde aan 112 te bellen. De betreffende vriend probeerde patiënt te reanimeren totdat de ambulance er was. Dat lukte niet. Patiënt lag al in coma door zuurstofgebrek toen de ambulance arriveerde. In het G. werd een zwaar hartinfarct geconstateerd, alsmede een hersenbeschadiging vanwege het losschieten van 'de trombus' bij de hals. Ook was patiënt zwaar diabetisch, waarschijnlijk als gevolg van de hersenbeschadiging. Na zeven dagen werd patiënt van de beademing gehaald en naar de afdeling cardiologie overgeplaatst. Daar overleed hij op 4 april 2016.
Klaagster heeft al eerder contact met verweerder gehad over het gebeuren. Verweerder heeft haar gezegd slapeloze nachten te hebben van hetgeen is gebeurd. Dit is voor haar niet voldoende. Klaagster verwijt verweerder dat hij nalatig is geweest door haar broer niet voor nader onderzoek in te sturen op 26 maart 2016.
4. Het verweer
4.1 Algemeen
Verweerder betreurt het dat patiënt is overleden. Hij ziet in dat zijn handelen op bepaalde punten beter had gekund. Deze casus is dan ook aanleiding geweest voor een calamiteitenmelding bij de IGZ.
Verweerder geeft de volgende weergave van de gebeurtenissen. Op 26 maart 2016 meldde patiënt zich om 13.30 uur bij de balie van de doktersdienst. Uit de triage bleek dat patiënt was komen lopen en dat hij onderweg meerdere keren had moeten rusten. Sinds de dag ervoor had hij moeite met ademhalen en een drukgevoel in de keel. Hij was licht duizelig en voelde een druk op zijn lippen en mond en bij inspanning ook op de borst. Soms had hij last van een doof gevoel in de linkerarm en al langer had hij last van lage rugklachten. Hij zweette erg toen hij aan de balie stond. De triagiste besloot dat hij meteen moest worden gezien. Verweerder riep patiënt binnen. Hij werd vergezeld door zijn vriend, de heer F.. Patiënt liep zonder ondersteuning de praktijkruimte binnen. Sinds de dag ervoor had hij last van een moe en een drukkend gevoel op de borst. Ook voelde hij druk op de schouderbladen. Er was echter geen uitstraling, patiënt was niet misselijk en had geen last van hartkloppingen. Wel voelde hij zich benauwd en voelde hij een bepaalde druk in de keel en in de kin. Ook deden zijn tanden zeer. Bij inspanning nam de pijn in de borst niet toe, maar bleef wel aanwezig. Patiënt gaf aan zich het hele jaar al niet zo goed te voelen. Hij was niet bekend met cardiale klachten. Tijdens de anamnese waren er geen tekenen van benauwdheid en patiënt kon volledige zinnen uitspreken. Hij was ook niet angstig. Verweerder kan zich overigens niet herinneren dat patiënt een uitstulping aan zijn hals had, zoals klaagster stelt. Uit lichamelijk onderzoek bleek dat patiënt een parasternale (naast het borstbeen gelegen) drukpijn voelde die al langer aanwezig was. Verweerder diende Nitrospay toe, hetgeen de pijn echter niet verlichtte. Niettemin was verweerder gerustgesteld door de anamnese en het lichamelijk onderzoek. Patiënt was immers komen lopen, had al langer klachten en relativeerde de ernst van de klachten zelf ook. Verweerder concludeerde dat er geen aanwijzingen waren voor acute cardiale klachten. Hij concludeerde tot de waarschijnlijkheidsdiagnose 'borstkassymptomen/-klachten'. De mogelijkheid van cardiale klachten bleef wel onderdeel van de differentiaaldiagnose. Verweerder adviseerde patiënt

daarom bij aanhoudende klachten of verergering 112 te bellen, dan wel na het weekend naar zijn eigen huisarts te gaan voor een ECG.
4.2 Aangaande de klacht
Wat de klacht betreft: de diagnose acuut coronair syndroom (ACS) is voor een huisarts niet met zekerheid te stellen. Daarvoor is een ECG en bloedonderzoek nodig. Als een ACS wordt vermoed, dient een patiënt verwezen te worden naar het ziekenhuis.
Verweerder denkt achteraf gezien dat hij patiënt had moeten insturen. Hij heeft zich te veel laten leiden door de relativerende opmerkingen van patiënt, door het feit dat patiënt al langere tijd klachten had en door het feit dat hij zonder ondersteuning naar de doktersdienst was gelopen. Verweerder realiseert zich door deze casus dat een waarnemend huisarts een patiënt vaak onvoldoende kent om de ernst van de situatie goed in te schatten. Hij neemt in voorkomende gevallen een uitgebreidere anamnese af, waarbij hij tevens de familiegeschiedenis uitvraagt. Ook stuurt hij een patiënt sneller in bij een vermoeden van ACS. Bij patiënt vermoedde hij echter geen ACS, hoewel hij het ook niet geheel uitsloot.
Verweerder erkent voorts dat zijn rapportage niet volledig is geweest, omdat niet alle gegevens van de anamnese en het lichamelijk onderzoek daarin zijn weergegeven. Mogelijk is hij onvolledig geweest door de drukte die dag. Hierdoor kan hij zich niet meer herinneren of hij de familiegeschiedenis heeft uitgevraagd of naar het medicatiegebruik van patiënt heeft gevraagd. Ook hier heeft hij lering uit getrokken.
5. Beoordeling van de klacht
5.1
Het college wijst er allereerst op dat het er bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen 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 wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.
5.2
De vraag die voorligt, is of verweerder jegens patiënt als een redelijk bekwaam handelend beroepsbeoefenaar is opgetreden op 26 maart 2016. Het college overweegt in dit verband het navolgende. De klachten die patiënt op de bewuste dag presenteerde toen hij zich meldde bij de balie van doktersdienst waren zodanig dat de triagiste in het triageverslag urgentiecode U1 opnam. Deze code wordt gebruikt als er sprake is van een levensbedreigende situatie en de patiënt meteen gezien moet worden. Dat hiervan mogelijk sprake was bij patiënt, blijkt uit de informatie in het triageverslag, zoals hierna is weergegeven:
NAW
Klachten: moeite met ademen si gister
KlACHT/BELOOP
Komt aanlopen.
Liep gisteren naar het werk en toen voelde de jas zwaar aan.
Andere kl; moeite met ademen, druk gevoel in de keel.
Licht duizelig, druk lip en mond gedeelte. Bij inspanning ook druk druk gevoel borst.
Andere kl; wel wat last van lage rugkl (maar dat heeft hij al langer). Soms wel doof gevoel in li arm. Is ook erg aan het zweten terwijl hij bij de balie staat.
Is hierheen komen lopen en moest daarbij meerdere keren rusten.
Nooit eerder gehad.
HULPVRAAG:

Beoordeling
MEDICATIE
Med voor cholesterol
De klachten zoals hiervoor beschreven, behoren te leiden tot een ACS in de differentiaaldiagnose. Verweerder stelt dat hij weliswaar aan een ACS heeft gedacht, maar de aanwezigheid daarvan toch niet zo waarschijnlijk achtte. Niettemin overwoog hij deze mogelijkheid wel degelijk. Het college leidt daaruit af dat in de visie van verweerder er wel degelijk sprake was van een (matige) verdenking. In een dergelijk geval behoort een patiënt te worden ingestuurd, zoals ook is bepaald in de door het college onderschreven NHG-Standaard 'Acuut coronair syndroom'. Nu verweerder dat niet heeft gedaan, heeft hij in afwijking van de standaard geen adequaat beleid gevoerd.
Voorts geldt dat de redenen die verweerder uiteengezet heeft voor zijn (niet adequate) handelen, niet overtuigen. Zo overwoog hij dat patiënt was komen lopen en dat bepaalde klachten al langer aanwezig waren. Ook zou patiënt zelf de klachten hebben gerelativeerd en niet zweterig zijn. Het college is van oordeel dat hieruit allereerst volgt dat verweerder zich te veel liet leiden door zijn eigen waarneming en meer acht had moeten slaan op de inhoud van het triageverslag. Daarin wordt bijvoorbeeld vermeld dat patiënt weliswaar is komen lopen, maar dat hij daarbij meerdere keren had moeten rusten. Voorts had de triagiste geconstateerd dat patiënt wel degelijk erg zweterig was toen hij nog aan de balie stond. Daarnaast geldt wat betreft de relativerende opmerkingen van patiënt dat verweerder hier minder op behoorde te vertrouwen. Hij kende de patiënt immers niet en had zich ervan bewust moeten zijn dat hij te maken kon hebben met een patiënt die geneigd is ernstige klachten te relativeren.
Het college is voorts van mening dat verweerder onvoldoende onderzoek heeft gedaan. Zo dient het ervoor te worden gehouden dat hij geen familieanamnese heeft afgenomen en evenmin heeft gevraagd naar de medicatie die patiënt gebruikte. Hij kan het zich immers niet herinneren en het is ook niet terug te vinden in zijn verslaglegging. Dit betekent dat verweerder onvoldoende heeft doorgevraagd naar risicofactoren. Een en ander leidt tot de conclusie dat verweerder de mogelijke aanwezigheid van een ACS op basis van zijn bevindingen niet kon uitsluiten en hij gehouden was patiënt te verwijzen. Door dit na te laten, heeft verweerder patiënt de zorg onthouden die op dat moment van hem als redelijk bekwaam handelend beroepsbeoefenaar verwacht mocht worden. Dit betekent dat de klacht gegrond is.
6. Motivering van de maatregel
Nu de klacht gegrond is, dient vastgesteld te worden welke maatregel passend is. Het college overweegt in dit verband het volgende. Alles overziend geldt dat verweerder in ernstige mate tuchtrechtelijk verwijtbaar te kort is geschoten in zijn zorgverlening. Hierbij verdient ook opmerking dat verweerder ter zitting heeft gezegd dat het insturen van een patiënt op een zaterdag lastiger is dan door de week en dat dit ook meespeelde bij zijn keuze voor een afwachtend beleid. Dit baart het college zorgen. Het kan niet zo zijn dat een patiënt die zich met ernstige klachten meldt op een zaterdag op minder adequate zorg kan rekenen dan op een doordeweekse dag. Hiertegenover staat dat verweerder tijdens deze procedure heeft erkend dat zijn handelen beter had gemoeten en dat hij lering heeft getrokken uit deze casus. Dit inzicht verdient ook opgemerkt te worden, maar doet geen afbreuk aan het feit dat verweerder naar het oordeel van het college op laakbare wijze te kort is geschoten in zijn beroepsmatig handelen. Vanwege dit laakbare karakter wordt de maatregel van berisping passend geacht.
Uit het onderzoek in deze zaak is het college gebleken dat verweerder (in elk geval op de dag dat patiënt hem bezocht) te maken had met een hoge werkdruk. Verweerder

heeft dat ook zelf in zijn verweer vermeld. Het is komen vast te staan dat verweerder onvoldoende aandacht heeft besteed aan het triageverslag en daarnaast bij zijn beslissing een rol heeft laten spelen dat het insturen van een patiënt op een zaterdag lastiger is dan op een werkdag. Het college vindt deze combinatie van factoren zorgelijk. Het college acht het aangewezen dat in situaties als deze (waarin zwaarwegende beslissingen moeten worden genomen) ruimte bestaat voor intercollegiaal overleg. Dat geldt temeer nu verweerder relatief onervaren is. Het college heeft overigens geen aanwijzingen dat verweerder in algemene zin niet tegen zijn taak was opgewassen.
Het college zal de publicatie van deze uitspraak bevorderen zoals hierna te beschrijven."

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven onder "2. De feiten" van de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in beroep niet is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 De huisarts stelt zich in beroep op het standpunt dat de klacht terecht gegrond is verklaard, maar dat een te zware maatregel is opgelegd. De in zijn beroepschrift aangevoerde grieven richten zich tegen de motivering van de maatregel. De huisarts concludeert tot het achterwege laten van een maatregel dan wel het opleggen van een waarschuwing.

4.2 Klaagster heeft gemotiveerd verweer gevoerd.

4.3 In deze zaak staat het volgende vast. De huisarts heeft bij zijn afweging om patiënt al dan niet in te sturen onvoldoende gewicht toegekend aan de bevindingen in het triageverslag, waarin door de triagiste urgentiecode U1 – de hoogste urgentiecode – was opgenomen.
Voorts heeft de huisarts onvoldoende uitgevraagd naar risicofactoren door geen familieanamnese af te nemen en niet te informeren naar door de patiënt gebruikte medicatie. Ten slotte heeft de huisarts ten onrechte de diagnose ACS niet zodanig hoog in zijn lijst van differentiaaldiagnosen opgenomen dat hij hieraan de consequentie van een acute verwijzing naar het ziekenhuis heeft verbonden, hetgeen in strijd is met de geldende richtlijn ter zake :de NHG-Stansaard Acuut coronair syndroom.

4.4 De huisarts kan zich niet vinden in de motivering die het Regionaal Tuchtcollege heeft gegeven bij de op te leggen maatregel. Naar aanleiding van hetgeen de huisarts daartoe heeft aangevoerd, overweegt het Centraal Tuchtcollege als volgt. Anders dan het Regionaal Tuchtcollege kan niet geoordeeld worden dat de huisarts onvoldoende aandacht aan het triageverslag heeft besteed maar wel heeft hij, zoals de huisarts zelf ook erkent, de bevindingen van het triageverslag onvoldoende meegewogen in zijn beslissing om de patiënt al dan niet in te sturen.
In beroep heeft de huisarts voldoende toegelicht dat het feit dat het consult plaatsvond op een zaterdag hem er niet van heeft weerhouden de patiënt in te sturen en dat zijn verwijzing naar een hoge werkdruk slechts was ingegeven ter verklaring van de summiere aantekeningen in het medisch dossier, maar dat er geen sprake is geweest van het verlenen van minder medische zorg als gevolg van die werkdruk. Het Centraal Tuchtcollege deelt, gelet op het voorgaande, daarom niet de door het Regionaal Tuchtcollege bij de motivering van de maatregel geuite zorgen.
Dit neemt evenwel niet weg dat de huisarts met het hem verweten handelen ook naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege niet is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Ook het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat de huisarts op laakbare wijze tekort is geschoten in zijn medisch handelen en dat daarbij de maatregel van berisping passend is. In hetgeen de huisarts in beroep heeft

aangevoerd ziet het Centraal Tuchtcollege daarom geen aanleiding om met een minder zware maatregel te volstaan.

4.5 Dit voert tot de slotsom dat het beroep moet worden verworpen. Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal het Centraal Tuchtcollege bepalen dat deze beslissing op na te noemen wijze zal worden bekendgemaakt.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

verwerpt het beroep,

verstaat dat de maatregel van berisping in stand blijft,

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

Deze beslissing is gegeven door: mr. C.H.M. van Altena, voorzitter,
mr. L.F. Gerretsen-Visser en mr. M.W. Zandbergen, leden-juristen en dr. W. de Ruijter en drs. M.G.M. Smid-Oostendorp, leden-beroepsgenoten en mr. M.H. van Gool, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 15 augustus 2017.

Voorzitter w.g. Secretaris w.g.