

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2017.144

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C.2017.144 van:

A., appelland, klager in eerste aanleg, wonende te B.,
gemachtigde: mr. A.H.J. de Kort, advocaat te Sint Michielsgestel,
tegen

C., huisarts, werkzaam te D., verweerder in beide instanties,
gemachtigde: aanvankelijk mr. D.M. Pot, thans mr. R.J. Peet, beiden jurist verbonden
aan de stichting VvAA rechtsbijstand te Utrecht.

1. Verloop van de procedure

A.- hierna te noemen klager - heeft op 30 mei 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te
Zwolle tegen C. - hierna te noemen de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van
10 februari 2017, onder nummer 125/2015 heeft dat College de klacht afgewezen.
Klager is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift
in beroep ingediend. De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van
het Centraal Tuchtcollege van 14 september 2017. De zaak is tegelijk behandeld met
de zaak C2016.145 (klager/E., huisarts te F.). De zaken zijn niet gevoegd. Verschenen
zijn klager, bijgestaan door mr. De Kort, de arts, bijgestaan door mr. Peet, en E..
Mr. De Kort heeft de zaak toegelicht aan de hand van een pleitnota, die hij heeft over-
gelegd.

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 een deel van het medisch dossier en het verhan-
delde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van
het volgende te worden uitgegaan.*

*Klager, geboren in 1988, was begin mei 2012 al een paar dagen verkouden en grieperig
met hoesten. Op de ochtend van 6 mei 2012 nam de moeder van klager contact op
met de huisartsenpost in G.. In het bericht over dit contact is opgenomen:*

“(S) (...) (.) beoordeling om longen te laten luisteren.

(.) Moeder belt.

*Zoon heeft de griep, heeft nu sinds 1,5 uur een pob die
doortrekt naar de schouder toe aan de linkerkant.*

*Moet ook veel hoesten, bij diep adem halen nemen de klachten
toe.*

OP dit moment ook koorts (niet gemeten.) Ligt op bed.

Tinteling in de arm links, ook rond de mond en de tong tintelt.

Is bekend met HVS. Gaat nu proberen om hem wat af te leiden en

Evt. dmv. een zakje ademhalingsoefeningen te laten doen.

Graag beoordelen U 3 // [naam medewerker]

Mw. belt terug: ong. 15 minuten later.

Klachten nemen toe, meer tintelingen in de arm. Meer pijn op de borst.

Aan de moederszijde veel hart en ziektes .

Roken-

veel sporten. Na overleg cc arts dr [naam collega arts], beoordeling op post.

Graag beoordelen u 2 // [naam medewerker]"

Als ingangsklacht voor de triage werd 'Algehele malaise volwassene' genoteerd. Klager zou worden beoordeeld op de huisartsenpost. Echter even later belde moeder weer. Zij kon haar zoon niet uit bed krijgen, hij zakte steeds weg. Verweerder, als huisarts werkzaam op de huisartsenpost, bezocht daarop klager rond 07.30 uur. Hij nam in het bericht over deze visite op:

"(O) (...) erg verkrapt. Veel pijn met AH

Sat 100% pols 95 Temp 38

RR 120/90

pulm: fraai. Sonore percussie

drukpijn 4e of 5e icr

(E) (...) intercostaal myalgie"

Aan het einde van de middag nam de moeder van klager opnieuw contact op met de huisartsenpost. Een collega-huisarts werkzaam op de huisartsenpost zag klager op de huisartsenpost in een consult. In het bericht hiervan is opgenomen:

"(S) (...) (.) durven het niet aan om tot morgen te wachten tot de eigen HA er weer is.

(.) zie dossier; HV is weg, maar druk op de borst en tintelingen zijn weer terug. Graag beoordelen U3. [naam medewerker]

(...) Sinds vanmorgen pijn over de borst, hyperventileren, doet aan fitness, creatine gebruik.

(O) (...) Pijn li borstspier, en tussen de ribben, long VAG alle longvelden, drukpijn tussenrib spieren.

(E) (...) myalgie

(P) (...) tramadol en PCM zn retour ha"

Op 7 mei 2012 bezocht klager zijn eigen huisarts. De huisarts heeft klager verwezen voor een ECG. Daarop werd klager opgenomen in een ziekenhuis voor nadere analyse van de klachten.

In de brief aan de huisarts d.d. 14 mei 2012 nam de cardioloog op:

"Lichamelijk onderzoek: niet zieke patiënt, geen dyspneu of cyanose, polsfrequentie 70/min., regulair adequaat. Bloeddruk 120/70 mmHg. De CVD is niet verhoogd. Het hart is niet vergroot, geen galop, geen wrijven/souffle. Over de longen beiderzijds vesiculair ademgeruis. Bij onderzoek van het abdomen is de lever niet vergroot. Perifeer is er geen oedeem, de perifere pulsaties zijn goed.

(...)

***Bespreking:** bovengenoemde 23-jarige patiënt werd opgenomen met postvirale thoracale pijnklachten. Anamnestic en electrocardiografisch is er een verdenking op een pericarditis, dan wel perimyocarditis. In het bloedonderzoek worden tekenen gezien van myocardschade, wat differentiaal diagnostisch het meest past bij een perimyocarditis en zeker niet bij een acuut coronair syndroom. Patiënt werd behandeld met ascal*

3dd 600 mg gedurende 10 dagen en er werd een transthoracaal echocardiogram verricht, met name om lokale wandbewegingsstoornissen van het myocard uit te sluiten. De uitslag hiervan was geruststellend en de verwachting is dan ook dat patiënt restloos zal genezen van deze ziekte-episode. Patiënt zal poliklinisch nog teruggezien worden ter evaluatie van de hartfunctie.

Conclusie: postvirale perimyocarditis, zonder resterende pathologie bij echocardiografie.”

Omdat klager klachten bleef houden is hij in juni 2012 nogmaals opgenomen in een ziekenhuis. Uiteindelijk werd hij verwezen naar een universitair ziekenhuis. Op 8 maart 2013 bezocht hij de polikliniek Cardiologie. In het specialistenbericht nam de cardioloog de volgende conclusie op:

“24-jarige jongeman die in mei 2012 een peri-myocarditis heeft doorgemaakt met niet onaanzienlijke enzymstijging, die last blijft houden van pijn klachten op de thorax en daarnaast ook verminderde inspanningstolerantie en moeheid. Gezien het persisteren van de klachten werd een MRI van het hart vervaardigd, waarop eigenlijk geen afwijkingen werden gezien en in elk geval geen delayed enhancement passend bij fibrose. Bij de ergometrie is hij wel opvallend beperkt, waarbij hij een VO₂ max haalt die ongeveer 50% van normaal is voor zijn leeftijd, terwijl hij cardiaal gezien wel maximaal belast heeft. Dit is toch een opvallende inspanningsbeperking terwijl de LV functie in rust eigenlijk normaal is. Vermoedelijk moet een en ander nog beschouwd worden in het licht van de doorgemaakte peri-myocarditis en is het de hoop dat dit nog enigszins gaat herstellen.”

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerder - zakelijk weergegeven - primair dat hij niet de juiste diagnose heeft gesteld en secundair dat hij niet een diagnose heeft gesteld die spoed vereiste waardoor zich bij klager een pericarditis heeft kunnen ontwikkelen. Verweerder had nader onderzoek moeten verrichten naar aanleiding van de klachten van klager en de klachten vormden een belangrijke indicatie om klager met spoed door te sturen.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert - zakelijk weergegeven - aan dat op het moment dat hij klager zag, er geen aanwijzing was voor een bestaande pericarditis. Hij betreurt het dat dit klager is overkomen en leeft met klager mee. Verweerder stelt dat hem geen tuchtrechtelijk verwijt gemaakt kan worden en dat de klacht dient te worden afgewezen. Voor zover nodig wordt hieronder nader ingegaan op het verweer.

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. Voorts wijst het college erop dat de afloop van het gebeuren voor klager zeer belastend is, maar dat de toetsing van het handelen van verweerder moet plaatsvinden in het licht van wat hem op dat moment bekend was en bekend kon zijn.

5.2

Wat het verwijt ter zake van de gemiste diagnose betreft overweegt het college het volgende. Het missen van de juiste diagnose is op zichzelf onvoldoende om verweerder een tuchtrechtelijk verwijt te kunnen maken. Indien echter de wijze waarop verweerder

tot zijn, naderhand onjuist gebleken, diagnose is gekomen in strijd zou zijn met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwame beroepsgenoot mag worden verwacht - rekening houdend met het hierboven weergegeven toetsingscriterium - kan een dergelijke klacht slagen.

5.3

Verweerder heeft klager op 6 mei 2012 thuis onderzocht en de vitale functies gecontroleerd. Ter zitting heeft verweerder gedetailleerd verteld hoe hij klager aantrof en welke onderzoeken hij heeft verricht. Klager vertelde de week voorafgaand aan zijn eerste contact met de dokterspost, koorts, hoestklachten, spierpijn te hebben gehad en gaf daarnaast aan verkouden te zijn. Hij had veel pijn links op de borst en ademde kort en snel, was onrustig, angstig en maakte verder niet een zieke indruk. Verweerder heeft de longen onderzocht, het hart beluisterd, de bloeddruk is opgenomen, de saturatie en temperatuur gemeten en de pols opgenomen. Deze onderzoeken zijn gebruikelijk bij een dergelijke klacht voor een huisarts. Mede gelet ook op het gedetailleerde verslag van verweerder ter zitting en zijn aantekeningen, acht het college voldoende aannemelijk dat deze onderzoeken zijn verricht. Daarnaast heeft verweerder de oorzaak van het hyperventileren uitgevraagd, mede omdat patiënt aangaf hiermee bekend te zijn. Klager vertelde dat hij oppervlakkig ademde omdat dieper ademen veel pijn deed. Daaruit heeft verweerder geconcludeerd dat de pijn aan de ademhaling vast zat. Tot slot heeft hij nader onderzoek gedaan naar de oorzaak van de pijn. De pijn kon opgewekt worden door palpatie van de thorax links voor, ter hoogte van de 4e/5e rib. Op basis van voormelde gegevens en de anamnese heeft verweerder geconcludeerd dat sprake was van pijn aan de tussenribspieren. Verweerder heeft ter zitting nog toegelicht dat intercostale myalgie vaker optreedt bij/na griep en hoesten en een ernstige, snijdende pijn kan geven.

5.4

Het college oordeelt dat verweerder zowel de anamnese als zijn onderzoek voldoende zorgvuldig heeft verricht en dat de door hem vergaarde gegevens zijn conclusie konden dragen. Cardiale oorzaken heeft hij in redelijkheid kunnen uitsluiten, evenals een longontsteking of een andere ernstige longaandoening. Na onderzoek in het ziekenhuis is gebleken dat de aanhoudende klachten veroorzaakt werden door een peri(myo)carditis. Dit is een in de huisartsenpraktijk zelden voorkomende aandoening die bovendien lastig is te diagnosticeren. Klinische verschijnselen voor de aanwezigheid van myocarditis bij klager waren zowel bij anamnese als lichamelijk onderzoek niet duidelijk aantoonbaar tijdens de visite van verweerder.

Dat verweerder geen nader onderzoek heeft verricht en klager niet met spoed heeft doorgestuurd kan hem niet tuchtrechtelijk worden verweten. Ook de gemiste diagnose levert geen tuchtrechtelijk verwijt op aan verweerder.

5.5

De klacht is ongegrond zodat het college de klacht zal afwijzen.”

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 In beroep heeft klager zijn klacht herhaald en nader toegelicht.

4.2 De arts heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 De behandeling van de zaak in beroep heeft het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen

en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg. Ook in beroep heeft de arts ter zitting toegelicht hoe het onderzoek van klager heeft plaatsgevonden. Klager heeft de lezing van de arts niet weersproken, zodat ook het Centraal Tuchtcollege van de juistheid daarvan uitgaat. Het Centraal Tuchtcollege is evenals het Regionaal Tuchtcollege van oordeel dat het onderzoek van de arts voldoende zorgvuldig is geweest en dat hij op grond van zijn bevindingen met voldoende zekerheid enerzijds de waarschijnlijkheidsdiagnose intercostaal myalgie heeft kunnen stellen, en anderzijds ernstiger verklaringen voor de klachten van klager onaannemelijk heeft kunnen achten. De arts is daarbij gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Dat naderhand de diagnose peri(myo)carditis is gesteld doet daar niet aan af. Het Centraal Tuchtcollege merkt op dat ook de mededeling van klager of diens moeder dat hij familiair cardiaal belast is, het oordeel niet anders maakt, omdat peri(myo)carditis geen erfelijke aandoening is. Ook overigens ziet het College geen reden om het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege niet te volgen.

4.4. Het beroep zal dan ook worden verworpen. Om redenen ontleend aan het algemeen belang zal het Centraal Tuchtcollege bepalen dat deze beslissing op na te noemen wijze wordt bekendgemaakt.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep;

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. C.H.M. van Altena, voorzitter, mr. L.F. Gerretsen-Visser en

mr. R. Veldhuisen, leden-juristen en dr. W. de Ruijter en drs. M.G.M. Smid-Oostendorp, leden-beroepsgenoten en mr. C.F. van Spanje-van Klaveren, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 31 oktober 2017.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.