

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 164/2016

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 24 maart 2017 naar aanleiding van de op 3 juli 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a g e r

-tegen-

C, uroloog, werkzaam te D,
gemachtigde mr. M. van Eeden, verbonden aan VvAA te Utrecht,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift;
- het verweerschrift;
- een aanvullend verweerschrift met een bijlage;
- rapportage SIRE-onderzoek ingekomen op 13 september 2016;
- journaal van de huisarts van klager;
- aanvullende stukken van de zijde van klager ingekomen op 28 oktober 2016;
- aanvullend stuk van de zijde van klager eveneens ingekomen op 28 oktober 2016;
- aanvullend stuk van de zijde van klager ingekomen op 16 november 2016.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 7 februari 2017. Klager en verweerder zijn verschenen. Klager werd vergezeld door zijn moeder, verweerder werd bijgestaan door mr. Van Eeden.

Ter zitting is afgesproken dat klager alsnog een geluidsopname zou toesturen en dat verweerder binnen twee weken daarop zou mogen reageren. Het college en verweerder

hebben de opname ontvangen. Nu de reactie van verweerder buiten deze termijn is ontvangen en deze overigens niet beperkt is gebleven tot de geluidsopname, laat het college deze reactie buiten beschouwing.

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.

Op vrijdag 3 januari 2014 om 23.15 uur belde de moeder van klager, die op dat moment 19 jaar oud was en hierna ook patiënt te noemen, met de huisartsenpost E, hierna de HAP. De assistente noteerde *"Hij kreeg gisteren al buikpijn en heeft nu pijn aan zijn ballen. De ene is ook groter en harder dan de andere. De hele nacht wakker geweest. Beetje misselijk/ mogelijk geen koorts. O urine, helemaal schoon, E Pijn Ballen. P Consult plus urinecontrole."*

Patiënt werd daarop gezien door een huisarts op de HAP (hierna huisarts 1) op zaterdag 4 januari 2014 rond 00.15 uur. De huisarts noteerde voor zover van belang: *"S (naam assistente, RTG):gisteravond pijn in de onderbuik, hele nacht niet geslapen, vanmorgen vanuit B naar huis gekomen, pijn nam af, nu geen pijn meer in de onderbuik, maar in de loop van de dag een pijnlijk gezwollen testikel gekregen. Ontlasting komt niet vandaag en pijn bij plassen geen pollakisurie
O Abd slank, NP, WT, soepel, geen drukpijn, re testis verhard en hobbelig vergroot, gevoelig, 2 keer zo groot. scrotum is rood, lies geen klieren. urine helemaal schoon
E pijnlijke zwelling testis
P overleg uroloog, beeld van epididymitis, leucocyturie komt vaak pas later, dus schone urine sluit dat niet uit. Beeld past niet bij torsio. Tavanic 1/daags 50 mg. Co na de kuur bij EHA. R/10 st levofloxacin tabl 500mg (1.1T)
R LEVOFLOXACINE TEB OMH 500MG."*

De aan het college gestuurde geluidsopname betreft de opname van het telefoongesprek tussen huisarts 1 en verweerder. Zakelijk weergegeven maakt huisarts 1 melding van een 19-jarige jongen met een pijnlijk gezwollen scrotum, bij onderzoek hobbelig, vergroot, wat hard aanvoelend en rood, testis tweemaal zo groot als aan de andere kant, wel pijnlijk maar eigenlijk niet super pijnlijk, pijn bij het plassen, urine schoon, is in de loop van de dag ontstaan, ze vraagt zich af of het toch een torsio testis kan zijn, ze heeft er zelf nooit een gezien maar het lijkt haar niet pijnlijk genoeg daarvoor.

In zijn reactie zegt verweerder dat het wat langzaam is ontstaan, dat er sprake is van roodheid, pijnlijk met plassen, dat de testis bij een torsio testis niet groter is, wel hoger, hij verifieert of verweerder de testis kan vastpakken en de huisarts antwoordt dat deze wel pijnlijk is maar niet zo dat patiënt dan tegen het plafond zit. En dat ze zelf dacht aan een ontsteking.

Vervolgens laat verweerder weten dat een patiënt bij een torsio testis wel helemaal tegen het plafond zit en aanraking niet toelaat en dat ook de roodheid er niet bij past, althans pas na een paar dagen, alsmede de pijn bij het plassen. Het is volgens hem het meest het beeld van een epididymitis en legt uit dat het niet veel zegt dat er zich geen leucocyten in de urine bevinden, zeker niet in het begin. Vervolgens adviseert verweerder antibiotica en controle als patiënt na twee dagen niet minder last of koorts heeft.

Op zondag 5 januari 2014 werd de huisartsenpost weer gebeld omdat de pijn niet afnam. De eigen huisarts van patiënt had dienst en gaf aan dat patiënt mocht komen. Omdat de eigen huisarts inmiddels op huisbezoek was gegaan werd patiënt gezien door een andere huisarts (huisarts 2) die haar bevindingen als volgt weergaf:

“O gezwollen paars blauw scrotum re, voelt als hydrocele, geen structuur te voelen, pijnlijk

P uroloog legt uitvoerig uit: past bij epididymitis, klachten kunnen wel 3 dgn aanhouden, dan moeten ze verminderen (hoeft niet over te zijn). pijnstilling en bedrust

S F: sinds vrijdag

P G: moeder: meer pijn dan vrijdag, ondanks kuur. SU: DD toch torsio testis?

S H/10.34 zie contact van 04-01, direct vrijdag gestart met AB, krijgt nu toch meer pijn bij traplopen en lopen, in rust is het te doen, lijkt wel iet kleiner te worden. Krijgt geen pijnstilling. t 37.8 l: zitten we zo op de goede weg

E testis

P terugbellen voor overleg (...)”

Patiënt kreeg Diclofenac en op dinsdag 7 januari 2014 bezocht hij de eigen huisarts die na onderzoek onder meer noteerde: *“zwellling werd dikker en laatste paar dagen zwellling ide. Bij liggen minder pijn. bij lopen, staan meeste pijn. Subfebriele temp (ten hoogste: 37,8oC) eerder geen afwijkingen aan de bal opgemerkt.*

O pral gespannen hyperemische scrotum, geen diafanie. Drukpijnlijk, temp: 37,4oC E epididymitis DD torsio testis met infiltraat P verwijzing uroloog.”

Patiënt werd met spoed gezien in het J.

Betreffende het radiologieverslag is genoteerd: *“Scrotum rechts is sterk gezwollen de huid is zeer verdikt de rechter testis is zeer sterk inhomogeen en toont geen flow. Er is veel vocht rond de testis zichtbaar met schotjes en een sterk gezwollen cauda epididymis. Ook hier geen flow aantoonbaar. Beeld is dus uiterst suspect voor een langer bestaande torsio. Linker testis heeft een normaal aspect en links een normale epididymis met een normale flow. Conclusie: Gemiste torsio testis rechts.”*

Op 9 januari 2014 is in het huisartsenjournaal beschreven, voor zover van belang:

“E gemiste torsio testis

C URO: Conclusie: Gemiste torsio testis rechts. Nu ontsteking af laten koelen. Te zijner tijd fixatie links overwegen. Antibiotica verlengen Levofloxacin. Diclofenac 3dd50mg. C/1 week, J.”

Inmiddels is patiënt geopereerd.

Op 25 februari 2014 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen patiënt en verweerder waarvan een gespreksverslag is gemaakt.

Zowel het J als de HAP hebben een incidentenmelding gedaan naar aanleiding van deze zaak. Er heeft ook een gezamenlijk SIRE-onderzoek plaatsgevonden waarvan een definitief rapport is opgemaakt op 13 mei 2014.

In zowel het gesprek op 25 februari 2014 als in het SIRE-onderzoek, waarbij men niet de beschikking had over de geluidsopname, is ervan uitgegaan dat huisarts 1 niet ex-

pliciet heeft gevraagd of verweerder patiënt wilde zien en verweerder het idee had dat er slechts behoefte was aan overleg maar hij dit niet geverifieerd heeft. Verweerder heeft aangegeven dat hij bij het tweede contact breder had moeten kijken dan alleen de epididymitis. Er is geconcludeerd dat er geen uitspraak was te doen over het feit of de schade vermeden had kunnen worden bij een eerdere diagnose.

Vermeld wordt verder dat er bij de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) en de Europese organisatie de EAU geen richtlijn voor acuut scrotum bestaat en evenmin voor epididymitis. Wel is er consensus over dat er in het algemeen binnen zes uur geopereerd moet worden omdat er anders irreversibele schade is.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerder - zakelijk weergegeven - dat hij nalatig is geweest. Verweerder heeft tweemaal telefonisch geconcludeerd tot epididymitis terwijl de mogelijke diagnose torsio testis hem herhaaldelijk is voorgelegd. Dit had onderzocht moeten worden nu de symptomen overeen kwamen met deze diagnose en klager volgens het Compendium Urologie wel binnen de risicogroep viel. Het had in korte tijd uitgesloten kunnen worden.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert - zakelijk weergegeven - aan dat hem bij het eerste gesprek niet specifiek is gevraagd naar torsio testis. Hem is voorgelegd of op basis van de anamnese en bevindingen tot de werkdiagnose epididymitis gekomen kon worden. Achteraf had er wel verdere diagnostiek moeten plaatsvinden maar bij het tweede gesprek had verweerder onvoldoende aanwijzingen om van de eerdere diagnose af te wijken dan wel tot verdere diagnostiek te besluiten. De diagnose torsio testis was gelet op de leeftijd van patiënt minder waarschijnlijk. Verweerder betreurt het verloop en heeft meegewerkt aan richtlijnen ter verbetering van de communicatie tussen huisarts en specialist. Voorts is er in de waarneemgroep urologie besloten om patiënten met verdenking torsio testis altijd mee te beoordelen en zo nodig een echo-doppleronderzoek te verrichten.

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

Vooropgesteld wordt dat aan het feit dat klager 19 jaar was en dus (net) buiten de leeftijdsgroep met het grootste risico viel bij de diagnostiek geen doorslaggevende betekenis toekomt. Voorts staat vast dat huisarts 1 wel aan verweerder heeft gevraagd of er sprake kon zijn van een torsio testis, zij het dat zij die vraag zelf meteen in ontkennende zin beantwoordde. Het college kan zich niettemin wel voorstellen dat verweerder in het eerste gesprek op het verkeerde spoor is terecht gekomen, mede doordat de huisarts niet heeft verteld dat klager de voorgaande avond en nacht al pijn had gehad die overdag was weggezaakt en toen weer was opgekomen. Hierdoor paste het beeld geheel bij een epididymitis en was het zo atypisch voor een torsio testis dat verweerder dit redelijkerwijs mocht uitsluiten. Het voert te ver van een uroloog ook bij een dergelijk beeld reeds te verlangen dat hij adviseert de patiënt voor onderzoek naar het ziekenhuis te laten komen zodat een tuchtrechtelijk verwijt te dien aanzien niet op zijn plaats is, en al helemaal geen ernstig tuchtrechtelijk verwijt.

Anders is dat wat het tweede telefoongesprek betreft. Weliswaar is daar geen opname van beschikbaar, maar op basis van de notities van huisarts 2 moet worden aangenomen dat deze in dat gesprek heeft aangegeven dat de pijn was toegenomen ondanks de antibiotica en (andermaal) expliciet heeft gevraagd of het niet toch een torsio testis was. Zeker toen had verweerder klager naar het ziekenhuis moeten laten komen om hem zelf te onderzoeken. Het enkele feit dat er mogelijk niets meer aan te doen was, wat verweerder overigens niet heeft aangevoerd, doet daaraan niet af. In die zin is de klacht gegrond.

5.3

Bij de bepaling van de zwaarte van de maatregel betreft het college de uitspraken van het Centraal Tuchtcollege van 11 maart 2014 (ECLI:NL:TGZCTG:2014:96) en 10 februari 2015 (ECLI:NL:TGZCTG:2015:55). In beide gevallen is de arts een berisping opgelegd. In de eerste zaak was, net als hier, de eerste periode van zes uur om in te grijpen verstreken. Niettemin moet een patiënt ook dan nog worden gezien, om te beginnen omdat er sprake kan zijn (geweest) van een incomplete of eerst geretordeerde testis en de testis mogelijk nog te redden is en voorts als dat niet meer mogelijk is ter bespreking en behandeling van de genecrotiseerde testis. Derhalve ligt het in lijn met voornoemde uitspraken en is het passend bij de gemaakte fout om ook in dit geval aan verweerder een berisping op te leggen. Verweerders stelling dat hij heeft bijgedragen aan aanpassing van een richtlijn om de communicatie huisarts-uroloog te verbeteren legt onvoldoende gewicht in de schaal om tot een ander oordeel te komen.

6. DE BESLISSING

Het college berispt verweerder.

Aldus gedaan door mr. A.L. Smit, voorzitter, mr. M. Willemse, lid-jurist en dr. T.D de Haan, J.M. Komen en dr. R.J. Verkes, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. B.E.H. Zijlstra-Bauer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 24 maart 2017 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

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 de volksgezondheid, wie de gelegenheid uit hoofde van de hun 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 Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.