

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2018-070

Datum uitspraak: 21 augustus 2018

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

A,
wonende te B,
klager,

tegen:

C, huisarts,
destijds werkzaam te D,
verweerster,
gemachtigde: mr. M.E.M. van Eeden, werkzaam te Utrecht.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 3 april 2018,
- het verweerschrift.

1.2 De partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

1.3 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 10 juli 2018. Partijen zijn verschenen en hebben hun standpunt mondeling toegelicht. Klager werd vergezeld door zijn echtgenote E en dochter F. Verweerster werd bijgestaan door een kantoorgenoot van haar gemachtigde, mr. D.M. Pot.

2. De feiten

2.1 Klager is de vader van G, die is geboren op [...] 1987 (hierna te noemen: G, zoon of patiënt). Klager heeft op woensdagavond 30 augustus 2017 rond 18.35 uur

gebeld naar de huisartsenpost H (hierna: dokterspost) te D omdat hij zich zorgen maakte over zijn zoon en hij hem graag wilde laten beoordelen door een arts. Op het moment van bellen was G bij zijn ouders thuis. De triagist heeft zowel klager als de zoon telefonisch gesproken.

2.2 In het medisch dossier staat over dit telefoongesprek met de triagist het navolgende genoteerd: *“Klacht/beloop: vader belt in eerste instantie. Maakt zich zorgen. Zoon is zeer onrustig, transpireert, buikpijn, pijn armen, haematomen armen. Geen trauma. Beroerd sinds het weekend (feest), veel alcohol gebruikt en tijdens gesprek geeft hij toe dat hij ook XTC heeft gebruikt 4 dgn geleden (ontkende recent drugsgebruik toen ik hem zelf aan telefoon had). Braakt, heeft buikpijn, ademhaling is vreemd. Diverse klachten. Pat. zelf kan goed aangeven hoe hij zich voelt. Hulpvraag: vader: kan hij beoordeeld worden? Gevoelig voor psychose na drugsgebruik. Angst voor dreigende crisissituatie bij zoon die onder behandeling is geweest bij I in J. Pat. zelf: kan er iemand naar mijn arm kijken? Die doet pijn vanbinnen. Voorgeschiedenis: psychisch, verslavingsproblematiek, alcohol, drugs, crisissituaties. Psychose-gevoelig bij drugsgebruik. Autistisch spectrum. Maart 2017 trombosebeen Medicatie: geen [..]”*

De triagist trieerde patiënt op basis van de verkregen informatie op een ‘U2’ consultafpraak [urgentieaanduiding ‘spoed’, College] op de dokterspost.

2.3 Verweerster zag patiënt - vergezeld door klager - vervolgens diezelfde avond (woensdag 30 augustus 2017) om circa 19.30 uur op het consult. Die avond had verweerster haar laatste dienst in het kader van haar opleiding tot huisarts. Verweerster heeft zowel met patiënt als met klager gesproken. Blijkens de aantekeningen van verweerster heeft patiënt verteld dat hij het weekend ervoor alcohol en XTC had gebruikt en sindsdien geen eetlust meer had. Patiënt weet dit aan het eten van verkeerd vlees tijdens het voorafgaande weekend. Hij had pijn in de bovenbuik, gebrakt en vier dagen geen ontlasting gehad. Hij plaste wel, maar die dag niet zo veel. Er was geen sprake van dysurie of van bloed in de urine. Patiënt vertelde ook dat hij sinds die dag een wat pijnlijk gevoel had in zijn linker arm. Hij had in het verleden psychoses gehad waarbij hij stemmen hoorde, maar patiënt vertelde duidelijk deze nu niet te horen. Klager vulde het verhaal aan en vertelde over de opname van twee maanden die eerder dat jaar had plaatsgevonden vanwege klagers dubbele problematiek (verslaving en psychische problemen). Verder vertelde klager dat dit wel weer het begin kon zijn van een psychose, want dan was altijd sprake van onrust in het bewegen.

Verweerster heeft patiënt ook lichamelijk onderzocht. Daarover staat in het medisch dossier genoteerd: *“Objectief: Kan verhaal goed vertellen. Kan niet stilzitten, blijft met handen bewegen. RR120/80 Sat 99% Pols 82 Cor: s1,s2[.]. Pulm: Symm VAG zonder bijgeluiden. Abd: lp, wt, soepele buik, geen blaasdemping, milde drukpijn rok en lok. Geen slagpijn, nierloges. Linker arm geen afwijkingen, functie onbeperkt”.*

Als differentiaaldiagnose [voorlopige diagnose, College] noteerde verweerster *“Drugsgebruik, mogelijk begin psychose. Nu lichamelijk alleen verdenking obstipatie.”*

Verweerster onderschreef klagers suggestie dat het verstandig zou zijn als patiënt een goede nacht zou maken bij zijn ouders. Zij schreef een recept Oxazepam uit zodat patiënt dat in geval van blijvende onrust en slecht slapen kon innemen. Zij adviseerde patiënt om de volgende dag contact op te nemen met de eigen huisarts om de situatie opnieuw te laten beoordelen en om - als lichamelijk alles goed zou zijn, wat verweerster verwachtte - contact op te nemen met de GGZ-behandelaren. Ook gaf zij het advies om terug te komen indien er veranderingen op zouden treden.

Tijdens het consult was gebleken dat patiënt eerder dat jaar een trombosebeen had gehad, maar dat patiënt de medicatie daarvoor niet in nam. Verweerster heeft in het waarneembericht voor de eigen huisarts daar aandacht voor gevraagd.

2.4 Patiënt heeft de nacht van 30 op 31 augustus 2017 bij zijn ouders doorgebracht en de volgende ochtend een afspraak gemaakt bij zijn eigen huisarts voor dezelfde middag. Vervolgens is patiënt in de ochtend met zijn scooter naar zijn eigen woonruimte gegaan. Patiënt is daar op 31 augustus 2017 overleden vóór het tijdstip van de bij de eigen huisarts gemaakte afspraak.

2.4 Op verzoek van de ouders heeft er pathologisch onderzoek plaatsgevonden naar de oorzaak van het overlijden van hun zoon. Dit is op 4 september 2017 uitgevoerd door de patholoog K. van Groningen, verbonden aan het L te M. In het daarvan opgemaakte rapport d.d. 20 november 2017 wordt melding gemaakt van tekenen die wijzen op een hartinfarct.

2.5 Op 4 september 2017 is verweerster geïnformeerd over het overlijden van patiënt. Zij heeft aangegeven open te staan voor een gesprek met de familie, maar die had daar op dat moment geen behoefte aan. Op 27 september 2017 heeft verweerster op eigen initiatief aan de dokterspost gevraagd of hetgeen was voorgevallen, reden was voor het doen van een calamiteitenmelding. De calamiteitencommissie heeft de casus besproken en op 14 november 2017 aan verweerster meegedeeld dat daar geen aanleiding toe was. Op 23 november 2017 is dit standpunt ingetrokken en is besloten alsnog een onderzoek te starten en een melding te doen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd i.o. (hierna: IGJ). De conclusie van de calamiteitencommissie luidt – kort samengevat – dat verweerster in het geheel professioneel begrijpelijk en adequaat heeft gehandeld, zij het dat zij de zogenaamde ‘vangnet-instructies’ wat explicieter had kunnen maken.

3. De klacht

Klager verwijt verweerster zakelijk weergegeven dat zij:

- i) geen acht heeft geslagen op de voorgeschiedenis van de patiënt (ASS [*autismespectrumstoornis*, *College*], verslavingsproblematiek, psychosegevoeligheid, trombosebeen zonder inname medicatie),
- ii) de verkeerde diagnose heeft gesteld, te weten een psychose in wording,
- iii) geen ECG heeft gemaakt, en dat zij
- iv) patiënt niet heeft ingestuurd naar een ziekenhuis voor acute hulp en de NHG-richtlijn Acuut Coronair Syndroom (hierna: ACS) niet goed heeft toegepast.

4. Het standpunt van verweerster

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

5. De beoordeling

5.1 Het overlijden van G op 31 augustus 2017 is een zeer droevige gebeurtenis, die diep ingrijpt in het leven van zijn ouders, zus en verdere naasten.

5.2 Bij het tuchtrechtelijk toetsen van het professioneel handelen van verweerster zal moeten worden beoordeeld of zij bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen

de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Daarbij wordt rekening gehouden met de stand van de wetenschap ten tijde van het handelen waarover is geklaagd en met hetgeen in de beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard. De toetsing van het handelen van verweerster moet dus plaatsvinden in het licht van wat haar tijdens het consult op de dokterspost op 30 augustus 2017 bekend was en bekend kon zijn. Verweerster heeft in haar verweerschrift te kennen gegeven dat ook zij achteraf graag gewild had dat de DVT [*diepe veneuze trombose, College*] in de voorgeschiedenis en/of de pijn in de armen van patiënt haar in de richting van een ACS hadden gestuurd. De huidige wetenschap van het overlijden van G mag echter geen rol spelen in de beoordeling van het handelen van verweerster ten tijde van het consult.

5.2 Met betrekking tot klachtonderdeel (i) overweegt het College als volgt. Dit verwijt luidt dat verweerster geen acht heeft geslagen op de voorgeschiedenis van de patiënt. Verweerster heeft in haar verweerschrift aangevoerd en ter zitting verklaard dat het op de avond van 30 augustus 2017 niet druk was op de dokterspost en dat er geen sprake was van haast of stress. Het consult heeft circa 20 minuten geduurd en daaraan voorafgaand had verweerster kennis genomen van de telefoonnotities van de triagist, zo heeft zij verklaard. Daarin stonden – naast de lichamelijke klachten waaronder het trombosebeen – ook de (drugs)verslaving, de psychoses, de opname van twee maanden en de ASS genoteerd.

Klager heeft dit niet weersproken. Vervolgens is niet in geschil en blijkt ook uit het dossier dat ook tijdens het consult G voorgeschiedenis uitgebreid aan bod is gekomen. In aanvulling op wat hij zelf heeft verteld, heeft klager G dubbele problematiek (verslaving en psychische problemen) nader toegelicht en verweerster heeft dit ook genoteerd in het dossier. Verweerster heeft zich rekenschap gegeven van het autisme van patiënt door niet alleen met hem, maar juist ook met klager te spreken (hetero-anamnese). Daarnaast is verweerster zich er van bewust geweest dat psychische klachten lichamelijke klachten kunnen camoufleren. Daarom heeft zij, naast aandacht te schenken aan de psychische component, bij patiënt ook uitgebreid lichamenlijk onderzoek verricht. In dat kader heeft zij alle vitale functies gemeten en het lichaam onderzocht, waaronder de armen, de benen (en kuiten) en de buik. Tijdens het consult is aan de orde gekomen dat patiënt de voorgeschreven medicatie in verband met zijn trombosebeen niet trouw innam. Verweerster heeft gezegd dat dit onverstandig is. Zij had dit punt later nog uitgebreider met patiënt willen bespreken, maar door de veelheid aan klachten en doordat er op lichamenlijk vlak geen tekenen waren die wezen op acute tromboseproblematiek, heeft zij volstaan met het noteren van de medicatieontrouw ten behoeve van de eigen huisarts, opdat deze dit de volgende dag met patiënt nader kon bespreken. Het College is, gelet op het voorgaande, van oordeel dat niet is gebleken dat verweerster onvoldoende acht heeft geslagen op G's voorgeschiedenis. Dit klachtonderdeel kan daarom niet slagen.

5.3 De klachtenonderdelen (ii), (iii) en (iv) (*verkeerde diagnose gesteld, geen ECG gemaakt, niet ingestuurd naar ziekenhuis en de NHG-richtlijn ACS niet nageleefd*) lenen zich voor gezamenlijke bespreking.

Het College merkt allereerst op dat het overlijden van G naar alle waarschijnlijkheid een cardiale oorzaak had (te weten een hartinfarct). De vraag of verweerster de juiste diagnose heeft gemist dan wel een verkeerde diagnose heeft gesteld, is lastig te beantwoorden. In het bijzonder kan niet worden vastgesteld dat de bij patiënt tijdens het consult bestaande verschijnselen – al of niet gedeeltelijk – als een voorbode van de doodsoorzaak kunnen worden beschouwd. Bovendien leidt het enkele feit dat een on-

juiste diagnose is gesteld, niet zonder meer tot een tuchtrechtelijk te maken verwijt. Het komt er op neer dat een klacht over het missen van een juiste diagnose pas gegrond is, als vast komt te staan dat de wijze waarop een arts tot de onjuiste diagnose is gekomen in strijd is met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwame arts mag worden verwacht. Het voorgaande brengt met zich dat het College in deze zaak de vraag zal beantwoorden of verweerster in redelijkheid tot haar diagnose en beleid heeft kunnen komen. Daarbij zal het College er van uitgaan dat G is overleden aan ACS.

5.4 In het onderhavige geval was sprake van een complex van klachten van uiteenlopende aard. Verweerster heeft uitgebreid onderzoek gedaan en daarbij aandacht besteed aan zowel een mogelijk onderliggend lichamelijk als een psychisch ziektebeeld. Zij heeft de tijd genomen om te luisteren naar zowel patiënt als zijn vader en vervolgens geluisterd naar het hart en de longen en daarbij geen afwijkingen waargenomen. Er was geen sprake van hartgeruis, versnelde of vertraagde hartslag of pijn op de borst. De bloeddruk en de zuurstofsaturatie waren goed. Ten tijde van het consult transpireerde patiënt niet en evenmin zag hij grauw. Zijn armen en (onder)benen vertoonden geen rode verkleuring die konden wijzen in de richting van een trombo-embolie. Ook het buikonderzoek leverde, afgezien van mogelijke obstipatie en of een gastro-enteritis, geen bijzonderheden op. G was goed in staat om zijn verhaal te vertellen en zijn klachten bestonden al enkele dagen. Verweerster heeft de buikklachten toegeschreven aan de obstipatie en het braken aan een gastro-enteritis. De motorische onrust in combinatie met G's voorgeschiedenis heeft zij geduid als een mogelijke beginnende psychose. Het belang van een goede nachtrust heeft zij in dat kader onderkend. De klachten van de arm heeft zij verklaard doordat patiënt daar tijdens het slapen in de namiddag mogelijk verkeerd op had gelegen. De door verweerster gestelde differentiaaldiagnose ontmoet, gelet op het voorgaande, bij het College geen bedenkingen. Al met al bestonden er op die bewuste woensdagavond, gelet op de goede vitale functies, het ontbreken van duidelijke vegetatieve of andere alarmerende verschijnselen, de duur van de klachten en de aanwijzingen voor obstipatie en gastro-enteritis, ook volgens de NHG-Standaard ACS onvoldoende aanwijzingen voor cardiale problematiek. Daarom was er op dat moment geen aanleiding voor het maken van een ECG of voor het insturen van G naar een ziekenhuis. In dit kader merkt het College ter zijde op dat – indien er ten tijde van het consult bij G al sprake zou zijn geweest van ACS en een ECG gemaakt zou zijn – niet vaststaat dat hierop ook te zien zou zijn dat op dat moment sprake was van een hartinfarct. Een normaal ECG sluit ACS niet uit. Zodra een arts denkt dat er mogelijk sprake is van een ACS dient de patiënt daarom altijd ingestuurd te worden. Verweerster verdacht G op dat moment echter – op verdedigbare gronden, zoals hiervoor overwogen – niet van het hebben van een ACS, zodat er geen reden was voor het maken van een ECG of voor het insturen naar een ziekenhuis.

Ook klager heeft overigens naar het oordeel van het College in redelijkheid alles in het werk gesteld om voor zijn zoon de juiste hulp in te roepen: zelfs als op zijn aandringen op de bewuste avond een ECG zou zijn gemaakt, zou – indien die toen reeds aan de orde was geweest – cardiale problematiek bij G onopgemerkt hebben kunnen blijven. Het College is – samenvattend – van oordeel dat verweerster op basis van de voorgeschiedenis, de (hetero)anamnese en de niet alarmerende resultaten van het lichamelijk onderzoek in redelijkheid tot haar differentiaaldiagnose en haar beleid kon komen en dat haar in tuchtrechtelijke zin geen verwijt valt te maken. Dit neemt niet weg dat de afloop uiterst verdrietig is.

Het voorgaande betekent dat ook deze klachtonderdelen zullen worden afgewezen.

5.5 De conclusie is dat verweerster met betrekking tot de klachtonderdelen geen verwijt zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) kan worden gemaakt. De klacht zal dan ook in haar geheel als ongegrond worden afgewezen.

Klager heeft ter zitting bepleit dat in de gezondheidszorg in het algemeen meer aandacht komt voor kwetsbare patiënten met dubbele problematiek, zoals G, omdat zij hun klachten niet altijd goed voor het voetlicht kunnen brengen. Het College is van oordeel dat in het onderhavige geval, door het verhaal van G zelf en de aanvullende informatie van klager, wel alle relevantie informatie tijdens het consult op tafel is gekomen. Het door klager beschreven risico is echter niet in alle gevallen ondenkbeeldig. Daarom zal – om redenen aan het algemeen belang ontleend – deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, op de voet van artikel 71 van de Wet BIG bekend worden gemaakt op de hierna te vermelden wijze.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag beslist als volgt:

wijst de klacht af;

bepaalt dat om redenen, aan het algemeen belang ontleend, deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Deze beslissing is gegeven door N.B. Verkleij, voorzitter, E.B. Schaafsma-van Campen, lid-jurist, M. van Heugten-Hoogendoorn, B. van Ek, R.P. van Straaten, leden-beroeps-genoten, bijgestaan door mr. M. Braspenning-Groeneveld, secretaris en uitgesproken in het openbaar op 21 augustus 2018.

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 het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem 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 Den Haag, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.