

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 18145a

Uitspraak: 9 mei 2019

HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 6 september 2018 binnengekomen klacht van:

[A]
wonende te [B]
klager
gemachtigde: [C]

tegen:

[D]
neuroloog
werkzaam te [B]
verweerder
gemachtigde: mr. D.M. Pot te Utrecht

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift
- de brief d.d. 13 september 2018, ontvangen van de gemachtigde van klager
- de brief d.d. 11 september 2018 van de secretaris aan de gemachtigde van klager
- het verweerschrift
- het proces-verbaal van het mondelinge vooronderzoek.

Na ontvangst van het verweerschrift heeft de secretaris de zaak naar een openbare zitting van het college verwezen.

De klacht is ter openbare zitting van 27 maart 2019 behandeld, gelijktijdig met de zaak bekend onder nummer 18145 b. Namens klager was zijn zoon aanwezig, bijgestaan door de gemachtigde van klager (de zus van klager). Verweerder was eveneens aanwezig, bijgestaan door zijn gemachtigde. Partijen hebben hun standpunten mondeling toegelicht.

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende.

Klager is op 31 oktober 2016 rond 03.30 uur wakker geworden met langzaam progressieve hoofdpijnklasten. Hij is met een ambulance naar het B. gevestigd te R. (hierna: het ziekenhuis) gebracht en via de Huisartsenpost (verder: HAP) op de Spoed Eisende Eerste Hulp (verder: SEH) binnen gebracht. De anamnese is afgenomen en verder onderzoek is verricht door een arts-assistent van de SEH. In de decursus is door de arts-assistent van de SEH hierover genoteerd: *“Hoofdpijn zit bovenop, re. zijkant en achterkant. Niet van een op andere moment zeer heftig. N-V-Patiënt was duizelig en had een dronkemansgevoel. Daarna kwamen tintelingen in beide armen en li been en tevens verminderde gevoel van kracht in li been, zou hiermee slepen. Ook gevoel van dyspnoe. Krachten op seh weer normaal, tintelingen in mindere mate nog aanwezig. Na afname van bloedgas toename van hoofdpijn en tintelingen. Voelt even later lichaam branden.”*

Onder het kopje “voorgeschiedenis” staat in de decursus genoteerd:

“2008 slaapapneusyndroom, waarvoor CPAP

2005 angst-en paniekstoornis. Atypische hoofdpijn. Lichte hypertensie.

2000 positieve hyperventilatie provocatietest

Medicatie

Anti-hypertensiva, neemt deze niet vanwege zuurbranden”

Klager is op de Spoedeisende Hulp lichamelijk onderzocht door de arts-assistent van de SEH. Hierover is in de decursus door de arts-assistent het volgende vermeld:

“Algemeen: niet acuut ziek, stapt zelfstandig over van brancard, ligt daarna met gesloten ogen

Vitale parameters: temp 36.2, pols 79/min, RR 184/132, sat 97%

Cor: S1/S2, geen souffles

Pulmonen: vesiculair ademgeruis bdz, geen bijgeluiden

Neurologisch:

Hersenenuwen: PEARLL, normale oogvolgbewegingen zonder nystagmus/dubbel zien, gezichtsvelden intact, sensibiliteit gelaat intact, ogen dichtknijpen, wangen opblazen/tanden laten zien gb, tongprotrusie in mediaanlijn, trapezius/sternocleidomastoideus symmetrisch intact

Krachten: biceps/triceps/vingerknijptacht/quadriceps/voetheffers/strekkers symmetrisch intact

Reflexen: VZR bdz plantair

Sensibiliteit: doof gevoel in li arm en li been

Coördinatie: bij vingertop-neusproef wat twijfelen, erg trage diadochokinese bdz”

Er is aanvullende onderzoek verricht, waarbij is genoteerd: *“geen aanwijzingen acute ischemie”*.

Als overweging/differentiaal diagnose is door de arts-assistent van de SEH genoteerd:

“Na toiletgang langzaam opkomende hoofdpijnklachten, duizeligheid/dronkemansgevoel, tintelingen aan beide armen en li been en tijdelijk verminderd kracht li been, dd bij bekende angststoornis; CVA niet uit te sluiten, hypertensieve crisis onwaarschijnlijk. Conclusie Atypische hoofdpijnklachten met tintelingen en tijdelijke zwakte li been, dd conversie bij bekende angst-en paniekstoornis

Beleid IOM dr. ... (collega: naam internist)

-geen aanwijzingen hypertensieve crisis, eerder neurologisch: ICC neurologie.

IOM dr.... (collega: naam verweerder)

- lage verdenking CVA, mag retour naar huis met geruststelling

- advies antihypertensiva wel innemen, eventueel overleg met HA voor ander tablet(ivm bijwerkingen) of maagbeschermer erbij.

- pijnstilling mee: PCM 4d2t 500 mg, diclofenac 50 mg. + pantoprazol.”

Op 2 november 2016 is in de decursus genoteerd door verweerder:

“Maandagochtend heeft arts op SEH met mij overlegd over patiënt, zie brief en dossier. In 2005 bij collega (collega: naam arts) ivm jaren bestaande aanvallen van ‘duizeligheid’ met hartkloppingen en transpireren, druk op de borst, zwakte en tintelingen in handen en voeten. Klachten in de vroege ochtend leken daar mijns inziens op en dat heeft geleid tot het beleid die ochtend. In 2000 bij collega (collega: naam arts) met hoofdpijn en duizeligheid en bevindingen passend bij hyperventilatie.

Maandagmiddag door huisarts gebeld omdat het thuis niet ging. Uitgelegd waarom ik tot beleid van maandagochtend gekomen ben en dat patient opnieuw ingestuurd kan worden als het thuis niet gaat. Dat heeft geleid tot overleg met de dienstdoend neuroloog en uiteindelijk tot opname ivm cerebrale ischemie.”

Klager is als gevolg van de hersenbloeding blijvend invalide geraakt.

3. Het standpunt van klager en de klacht

Verweerder wordt verweten dat hij een verkeerde inschatting heeft gemaakt van de gezondheidssituatie van klager en hem naar huis heeft gestuurd zonder hem te hebben gezien.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Klager presenteerde zich met een combinatie van symptomen die goed passen bij een angststoornis en ongebruikelijk zijn als uiting van een beginnende doorbloedingsstoornis van de hersenen. Het onderzoek van gezichtsvelden was normaal. Er was geen nystagmus en geen uitval van hersenzenuwen. Kracht van armen en benen was normaal. Een twijfelend uitgevoerde vingertop-neusproef wordt soms ook gezien bij gezonde personen. Omdat er geen dysmetrie of intentietremor was, is deze bevinding niet geduid als cerebellaire ataxie en de klachten waren niet acuut ontstaan.

De SEH-arts heeft verweerder uitgebreid geïnformeerd over haar bevindingen en de uitkomsten van de onderzoeken. Het neurologisch onderzoek was niet relevant afwijkend. Er was geen reden voor verweerder de anamnese en het neurologisch onderzoek te laten herhalen.

Verweerder heeft geen opdracht gegeven tot het laten verrichten van een CT-onderzoek omdat hij een beroerte onwaarschijnlijk achtte. Klager kwam niet in aanmerking voor een acute behandeling om een herseninfarct vroegtijdig te verhelpen omdat er geen

duidelijke neurologische objectiveerbare afwijkingen waren bij het neurologisch onderzoek bij presentatie. Verweerder heeft gehandeld zoals van een redelijk bekwaam vakgenoot mag worden verwacht, niet tuchtrechtelijk verwijtbaar en verzoekt de klacht als ongegrond af te wijzen.

5. De overwegingen van het college

Kern van de klacht is dat verweerder een verkeerde inschatting heeft gemaakt op 31 oktober 2016 van de gezondheidssituatie van klager.

Ter toetsing staat of verweerder 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 door klager klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep terzake als norm was aanvaard. Bij de tuchtrechtelijke beoordeling van beroepsmatig handelen gaat het niet om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de aangeklaagde beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in zijn beroepsgroep terzake als norm was aanvaard.

Voorts wijst het college erop dat de afloop van het gebeuren, de blijvende invaliditeit van klager tragisch 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.

Ter zitting is komen vast te staan dat klager is ingestuurd met hypertensie klachten en dat de diagnose gesteld door de HAP, (mogelijke CVA), niet bekend was bij de SEH-arts noch bij verweerder. Klager is vervolgens onderzocht door de SEH-arts. Na dit onderzoek heeft de SEH-arts eerst contact opgenomen met de internist en daarna met verweerder. Ter zitting is eveneens komen vast te staan dat de SEH-arts er van uit is gegaan, dat de klachten van klager nieuw waren. De internist heeft geconcludeerd dat voor de klachten eerder aan een neurologische oorzaak moest worden gedacht dan aan hypertensie. Ten slotte staat vast dat toen verweerder op 31 oktober 2016 door de SEH-arts over klager werd gebeld, hij met de SEH-arts de anamnese en het lichamelijk en neurologisch onderzoek heeft besproken. Ook heeft verweerder eerdere diagnostiek uit het medisch dossier van klager uit 2000 en 2005 bij zijn oordeelsvorming betrokken.

Naar het oordeel van het college mag een arts in beginsel afgaan op de juistheid van het oordeel van een terzake kundige collega-arts. Dat is anders wanneer sprake is van a-typische (hoofdpijn)klachten -zoals in het geval van klager-, waarbij het aankomt op de specifieke kennis van verweerder.

Uit neurologisch onderzoek en de anamnese waren focale klachten of lateralisatie klachten naar voren gekomen. Dit in combinatie met het feit dat door de SEH-arts bij klager een (zeer) hoge bloeddruk (waar ook neurologisch lijden aan ten grondslag kan liggen) was vastgesteld, had een niet pluis gevoel moeten geven bij verweerder en aanleiding moeten zijn voor verdere diagnostiek, eigen beoordeling of opname. Dit klemmt temeer nu bij de differentiaal diagnose de onderliggende overwegingen ontbreken. Zo vond de door de patiënt doorgemaakte angststoornis in 2005 plaats (en dus elf jaren geleden).

Het college is van oordeel dat de keuze van verweerder voor het afwachtende beleid, gegeven de toestand waarin klager op de SEH verkeerde, tuchtrechtelijk verwijtbaar is. Verweerder is tekortgeschoten in de zorg jegens klager door op 31 oktober 2016 geen aanvullend onderzoek voor te stellen dan wel klager zelf te beoordelen of op te nemen ter observatie. Het verweer dat een scan waarschijnlijk geen extra informatie had opgeleverd, kan verweerder niet baten, nu deze scan niet is gemaakt.

De conclusie is dan ook dat verweerder met betrekking tot de beide onderdelen van de klacht een verwijt treft zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. De klacht is gegrond.

De maatregel

Nu de klacht, zoals hiervoor overwogen, gegrond is, is een maatregel op zijn plaats. Het college is van oordeel dat volstaan kan worden met een waarschuwing, waarbij het college aantekent dat dit een zakelijke terechtwijzing is die de onjuistheid van een handelwijze naar voren brengt zonder daarop een stempel van laakbaarheid te drukken.

Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal op de hieronder aangegeven wijze bekendheid worden gegeven aan deze beslissing.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht gegrond, zoals hiervoor overwogen;
- legt de maatregel van waarschuwing op;
- bepaalt dat deze beslissing nadat deze onherroepelijk is geworden in geanonimiseerde vorm zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan het specialistische vaktijdschrift voor neurologie en neurochirurgie.

Aldus beslist door P.P.M. van Reijssen als voorzitter, J.W. van Rijkom als lid-jurist, H. van Santbrink, R.H. Boerman en J.D.M. Schelfhout als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van C.H.S.M. van Balen als secretaris en in het openbaar uitgesproken door K.A.J.C.M. van den Berg Jeths-van Meerwijk op 9 mei 2019 in aanwezigheid van de secretaris.