

## **REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2018-304

**Datum uitspraak: 14 mei 2019**

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

**A**,  
wonende te B,  
klaagster,

tegen:

**C**,  
werkzaam te B,  
verweerder,  
gemachtigde: mr. K. van Woerden, werkzaam te Utrecht.

### **1. Het verloop van de procedure**

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:  
- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 18 november 2018;  
- het verweerschrift;  
- het nagezonden medisch dossier van klaagster.

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 2 april 2019. De partijen, verweerder bijgestaan door zijn gemachtigde, zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Beide partijen hebben pleitnotities overgelegd.

### **2. De feiten**

2.1 Klaagster is patiënte geweest in de praktijk van verweerder.

2.2 Op 7 mei 2008 is klaagster bij verweerder op consult geweest. Zij vroeg een verwijzing naar een academisch ziekenhuis. Naar aanleiding van het toen tussen klaagster en verweerder gevoerde gesprek heeft klaagster, zo vermeldt de dossieraan-tekening van verweerder, alsnog van dat verzoek afgezien.

2.3 Op 12 december 2008 is klaagster bij verweerder op consult geweest. Zij meldde toen dat zij klachten had over pijn op de borst. Verweerder noteerde, onder meer: *'heeft thoracale pijn; die deels inspanningsgebonden is (...) zeer pijnlijke borstwand vooral bij sternum (...)*', stelde de diagnose borstkraakbeenontsteking (syndroom van Tietse) en schreef Pantoprazol voor.

2.4 Op 18 december en 21 december 2008 is klaagster op consult geweest bij de Centrale Huisartsenpost met klachten over aanhoudende (en vervolgens ook verergerde) pijn op de borst, waarvoor zij pijnstilling kreeg voorgeschreven. Op 22 december 2008 is klaagster op consult geweest in de praktijk van verweerder, bij zijn collega D, met klachten van gelijke aard. Klaagster is toen verwezen voor bloedonderzoek.

2.5 Op 29 december 2008 is klaagster naar aanleiding van de uitslagen van dit bloedonderzoek, waaruit een verhoogd troponinegehalte bleek, door verweerder naar de cardioloog verwezen. Uit onderzoek bleek dat klaagster een onderwandinfarct had doorgemaakt. Een spoed-PCI volgde, met goed resultaat.

2.6 Op 10 november 2009 is klaagster voor een second opinion in het E geweest. Het E heeft hierover bij brief van 16 november 2009 aan de collega van verweerder gerapporteerd. Onder meer werd vermeld: *"(...) vraagt zij zich af waar haar continue licht verhoogde leverenzymen en trombocytose vandaan komen. Als dit voorheen niet geanalyseerd is, is een analyse door de huisarts of eventueel internist gerechtvaardigd. (...) een centrale rol van huisarts als coördinator van de zorg van belang om de reeds lopende consulten in banen te leiden als spil in de zorgverlening."*

2.7 Op 24 november 2009 is klaagster bij verweerder op consult geweest en heeft hij haar verwezen naar een internist. Hij vermeldde in het medisch dossier onder meer: *"wil graag begeleiding door internist, heeft bij herhaling hoge trobo's en loopt bij div specialisten in [...] brengt lab form mee met idd hoge waarden Sympt/klacht bloe/lymfestelsel"*. Hij heeft klaagster een stuk meegegeven waarvan hij zei dat dat een afschrift van de verwijzing was.

2.8 Op 23 oktober 2012 heeft, naar aanleiding van een brief van klaagster, een gesprek plaatsgevonden tussen klaagster, verweerder en de collega van verweerder. Onderwerp van gesprek was onder meer de wens van klaagster bepaalde informatie uit haar medisch dossier te verwijderen. Afgesproken werd dat verwijsbrieven in het vervolg aan klaagster ter hand zouden worden gesteld. Ook is besproken dat klaagster in haar dossier informatie had aangetroffen die niet op haar zag, maar op een andere patiënt.

2.9 Op 26 augustus 2014 is klaagster bij verweerder op consult geweest en heeft hij haar verwezen naar een neuroloog. Hij heeft haar de verwijsbrief meegegeven. Op 28 augustus 2014 heeft klaagster haar onvrede over die verwijsbrief kenbaar gemaakt aan verweerder en aangegeven dat zij zich wilde inschrijven bij een andere huisartsenpraktijk. Op 30 september 2014 is klaagster op haar schriftelijke verzoek uitgeschreven uit de praktijk van verweerder.

### **3. De klacht**

Klaagster verwijt verweerder zakelijk weergegeven het:

1. stellen van een onjuiste diagnose. Op 12 december 2008 is haar niet de juiste zorg verleend waardoor het hartinfarct niet voorkomen is;
2. inpraten op klaagster om niet naar een academisch ziekenhuis te gaan, terwijl hierdoor misschien de diagnose PV eerder gesteld had kunnen worden;
3. klaagster er niet op wijzen dat vanuit het E een brief was binnengekomen op 16 november 2009 met het advies een bloedanalyse te laten verrichten;
4. bij doorverwijzingen telkens vermelden van klachten die niet relevant waren, niet juist waren of niet meer van toepassing waren;
5. in de verwijzing van 24 november 2009, ondanks dat klaagster hem dit uitdrukkelijk verboden had, melding maken van gebeurtenissen in de jaren 70 die niet juist waren en ook geen rol speelden bij de klachten;
6. opmaken van twee verschillende verwijsbrieven om klaagster in de waan te laten dat de onder 5 bedoelde gebeurtenissen niet waren vermeld en het niet vermelden in die brieven van de hartmedicatie die klaagster slikte;
7. telkens vermelden van gebeurtenissen om een derde te laten denken dat de klachten van klaagster moesten duiden op psychische klachten;
8. zetten van zeer gevoelige informatie over een andere patiënt in het dossier van klaagster en deze niet terstond verwijderen nadat klaagster hier melding van had gemaakt;
9. niet juist handelen naar aanleiding van een klacht van klaagster in 2012 door onjuiste gegevens niet te corrigeren dan wel te verwijderen om te voorkomen dat dergelijke informatie nogmaals zou kunnen worden doorgestuurd;
10. op 24 augustus 2014 in een verwijsbrief wederom allerlei klachten opnemen die niet relevant en/of onjuist waren.

#### **4. Het standpunt van verweerder**

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

#### **5. De beoordeling**

5.1 In de kern komt het erop neer dat klaagster verweerder verwijten van diverse aard maakt; zij trekt de zorgvuldigheid van zijn medisch handelen in twijfel, verwijt hem onzorgvuldigheid bij zijn dossiervoering haar betreffende en meent dat hij met haar gemaakte afspraken niet is nagekomen. De verwijten betreffen gebeurtenissen die al geruime tijd geleden hebben plaatsgevonden. Verweerder heeft benadrukt geen specifieke herinnering te hebben aan de contacten tussen hem en klaagster in die periode en te hebben moeten putten uit zijn dossier om te kunnen achterhalen wat er destijds is gebeurd. Het college acht dit begrijpelijk. Navolgend zullen de diverse klachtonderdelen met inachtneming hiervan worden besproken.

##### *5.2.1 het stellen van een onjuiste diagnose en verlenen van onjuiste zorg op 12 december 2008*

In het midden kan blijven of de aanleiding voor klaagster om verweerder die dag te consulteren primair lag in een parkeerkaart die zij wenste te verkrijgen (zoals verweerder stelt) of in de pijnklachten die zij op de borst ervoer (zoals klaagster stelt). Vast staat immers dat verweerder klaagster die dag in verband met de pijnklachten op de borst heeft onderzocht. Uit de aantekeningen die toen door verweerder naar aanleiding van

dit lichamelijke onderzoek zijn gemaakt blijken geen aanwijzingen die verweerder had moeten opvatten als signalen dat voor een (naderend) hartinfarct gevreesd moest worden. Niet onbegrijpelijk is dat hij, gegeven zijn onderzoeksbevindingen die dag, de diagnose syndroom van Tietze heeft gesteld. De pijnmedicatie die toen door hem is voorgeschreven is hiervoor een adequate behandeling. Verweerder heeft nog toegelicht dat hij destijds aldus te werk ging dat van een lichamenlijk onderzoek bij dergelijke klachten standaard het meten van de bloeddruk deel uitmaakte, maar dat hij toen nog gewoon was de gemeten waarde niet te noteren als die niets bijzonders uitwees. Dit is inmiddels veranderd; nu worden de gemeten waarden wel standaard in het dossier opgenomen. Oordelend naar de opvattingen en gewoontes van de tijd waarin het verweten handelen speelde valt verweerder niet te verwijten dat hij destijds de (binnen de normen vallende) metingswaarden niet expliciet noteerde.

Voor alle volledigheid voegt het college hieraan toe dat de nadere bevindingen die ten aanzien van klaagster in de dagen na 12 december 2008 zijn gedaan niet door verweerder zijn gedaan en hem kan te dien aanzien dan ook geen verwijt worden gemaakt voor enig handelen of nalaten.

### *5.2.2 het inpraten op klaagster om niet naar een academisch ziekenhuis te gaan terwijl hierdoor misschien de diagnose PV eerder gesteld had kunnen worden*

Uit de vermelding die verweerder van het betrokken consult in het dossier heeft gemaakt blijkt het 'inpraten' niet. Verweerder noteert dat hij de voors en tegens van een gang naar een academisch ziekenhuis met klaagster heeft besproken, waarna zij van haar verzoek om doorverwijzing afzag. Verweerder heeft ook gemotiveerd aangegeven waarom hij de gevraagde verwijzing niet zonder meer afgaf en klaagster inderdaad adviseerde niet nog weer een nieuwe medische weg in te slaan. Gezien de vele medische contacten die klaagster op dat moment al had lopen en het gevaar dat bevindingen hiervan versnipperd raken en coördinatie tekortschiet, is dat geen onbegrijpelijk advies. Klaagster heeft overigens niet verder onderbouwd waaruit het inpraten op haar heeft bestaan, anders dan dat verweerder haar de voor- en nadelen van een nieuwe medische gang schetste. Ook zijn geen omstandigheden gebleken op grond waarvan zou moeten worden aangenomen dat zij op dat moment niet meer in staat zou zijn geweest zelf haar wil te bepalen en (dientengevolge) afzag van haar wens. Er kan dan ook niet worden uitgegaan van de juistheid van haar lezing van hetgeen zich die dag tussen partijen heeft afgespeeld. Ook al zou bij een eerdere verwijzing de polycythaemia vera eerder zijn ontdekt, verweerder kan op dit punt geen onjuist handelen worden verweten.

### *5.2.3 klaagster er niet op wijzen dat vanuit het E een brief was binnengekomen op 16 november 2009 met het advies een bloedanalyse te laten verrichten*

De brief van het E, gedateerd 16 november 2009, is weliswaar ook bij die datum in het medisch dossier van klaagster bij de huisartsenpraktijk terecht gekomen, maar zoals verweerder hierover heeft opgemerkt is aannemelijk dat die brief pas later in de praktijk is ontvangen en beoordeeld, omdat er in die tijd nog geen onlineverbinding was met het E. Bovendien blijkt uit de brief niet dat spoed vereist is ten aanzien van de geadviseerde bloedanalyse. Klaagster had intussen zelf na het consult in het E op 10 november 2009 al haar bloedsuitslagen opgevraagd en in een overzicht gezet en is op grond daarvan na een consult op 24 november 2009 bij verweerder door hem naar een internist verwezen. Niet gebleken is dat verweerder ten aanzien van de aanbevolen bloedanalyse in enig opzicht onzorgvuldig zou hebben gehandeld.

*5.2.4 bij doorverwijzingen telkens vermelden van klachten die niet relevant waren, niet juist waren of niet meer van toepassing waren*

Het college ziet aanleiding deze klacht samen te behandelen met het zevende en tiende klachtonderdeel:

*telkens vermelden van gebeurtenissen om een derde te laten denken dat de klachten van klaagster moesten duiden op psychische klachten*

en

*op 24 augustus 2014 in een verwijfsbrief wederom allerlei klachten opnemen die niet relevant en/of onjuist waren.*

Het college neemt tot uitgangspunt dat in beginsel alles wat deel uitmaakt van een medische voorgeschiedenis van een patiënt relevant kan zijn voor het uiteindelijk kunnen stellen van de juiste diagnose indien er klachten spelen. Hoe meer informatie, hoe meer aanknopingspunten en hoe meer mogelijkheden verder te komen met het stellen van een diagnose. Hetgeen zich in het verleden heeft afgespeeld, kan ook wel degelijk op latere momenten relevant blijken. Andersom zou het weglaten van bepaalde informatie juist nadelig kunnen uitpakken in dit kader omdat hierdoor misschien de juiste diagnose wordt gemist. Vermelden van onjuistheden is uiteraard niet in de haak. Klaagster heeft evenwel niet nader geduid welke medische onjuistheden door verweerder zouden zijn vermeld. Zij noemt enkele feitelijke onjuistheden. Zou verweerder die inderdaad hebben vermeld, dan is dit niet zorgvuldig. Tot een tuchtrechtelijk verwijt zou dit echter niet kunnen leiden.

Het college kan klaagster niet volgen waar zij concludeert dat verweerder zaken vermeldde 'om een derde te laten denken dat de klachten te herleiden waren op psychische problemen'. Waar volledigheid uitgangspunt is, is ook het vermelden van eerdere psychische klachten relevant. Indien en voor zover bij voorbaat al duidelijk zou zijn dat die geen enkel verband konden hebben met hetgeen waarvoor werd doorverwezen, of indien deze klachten suggestief zouden zijn aangezet, zou dit anders kunnen zijn, maar daarvan is het college niet kunnen blijken.

Wat betreft de verwijfsbrief van 24 augustus 2014 geldt dat klaagster bij deze klacht, voor zover dit verwijt juist zou zijn, onvoldoende belang heeft. Niet in discussie is dat die brief aan haar ter hand gesteld is, zodat zij die zelf kon meenemen naar de specialist. Dit was ingevolge een tussen partijen gemaakte afspraak juist zo gedaan opdat klaagster de verwijzing op eventuele onjuistheden of irrelevantie kon checken en (laten) aanpassen. Zij had het dan ook zelf in haar macht te voorkomen dat de vermeldingen die in haar ogen onjuist of irrelevant waren de geadresseerde zouden bereiken.

*5.2.5 in de verwijzing van 24 november 2009, ondanks dat klaagster hem dit uitdrukkelijk verboden had, melding maken van gebeurtenissen in de jaren 70 die niet juist waren en ook geen rol speelden bij de klachten*

De stelling van klaagster dat zij verweerder dit uitdrukkelijke verbod had gegeven is door verweerder betwist. Klaagster heeft ook niet expliciet gemaakt wanneer zij dit verbod zou hebben gegeven. Waar zij spreekt over een gehoudenheid van verweerder tot het niet langer opnemen van bepaalde gegevens in verwijzingen, plaatst zij dit in haar betoog later in de tijd, namelijk in 2012, toen het gesprek tussen haar en verweerder plaatsvond naar aanleiding van haar klachtbrief. De juistheid van dit verwijt is dan ook niet komen vast te staan.

*5.2.6 opmaken van twee verschillende verwijfsbrieven om klaagster in de waan te laten dat de onder 5 bedoelde gebeurtenissen niet waren vermeld en het niet vermelden in die brieven van de hartmedicatie die klaagster slikte*

Verweerder heeft betwist twee verschillende bewijsbrieven te hebben opgesteld en hieraan toegevoegd dat hij hierbij ook geen enkel belang zou hebben gehad. Uit de door klaagster overgelegde stukken valt af te leiden dat er inderdaad twee versies van de verwijsbrief bestaan waarbij de tekst ervan op details verschilt, maar thans valt niet meer te reconstrueren hoe dat heeft kunnen gebeuren. Het college ziet echter geen aanleiding om kwade opzet of bedoelingen bij verweerder in dit verband te vermoeden. De volgens klaagster nog toegevoegde tekst is niet van dien aard of toon dat die dit opzet op zich al zou inkleuren. Het gaat daarbij onder meer om oude informatie, waarvan de relevantie voor de betreffende verwijzing niet valt in te zien. Daarom kan ook het college geen belang bij verweerder ontwaren om te handelen zoals klaagster hem verwijt.

De rubriek “actuele medicatie” in de digitale verwijsbrief is niet volledig. Deze wordt automatisch overgenomen uit het medisch dossier, maar had gecontroleerd moeten worden door verweerder alvorens verstuurd te worden. De gebruikte medicatie naar aanleiding van het door klaagster doorgemaakte hartinfarct is hierdoor niet vermeld. Dit is slordig te noemen, maar onvoldoende om verweerder een tuchtrechtelijk verwijt te maken.

#### *5.2.7 zetten van zeer gevoelige informatie over een andere patiënt in het dossier van klaagster en deze niet terstond verwijderen nadat klaagster hier melding van had gemaakt*

Verweerder heeft toegegeven dat er inderdaad informatie in het dossier van klaagster is opgenomen die een andere patiënte betrof en daar dus niet in had moeten staan. Dit is onzorgvuldig, anders dan verweerder stelt niet alleen jegens de patiënte die de informatie betrof maar ook jegens klaagster; (ook) tegenover haar heeft verweerder de verplichting gegevens juist en volledig te documenteren. In ieder geval had hij, zodra hij hierop werd gewezen door klaagster, het dossier op dit punt moeten herstellen en klaagster hierover berichten. Hoewel verweerder ook op dit punt dus wel enig verwijt treft, is dit, in onderlinge samenhang gezien met het onder 5.2.4 (laatste alinea) en 5.2.6 overwogene, echter van onvoldoende gewicht om het hem tuchtrechtelijk aan te rekenen.

#### *5.2.8 niet juist handelen naar aanleiding van een klacht van klaagster in 2012 door onjuiste gegevens niet te corrigeren dan wel te verwijderen om te voorkomen dat dergelijke informatie nogmaals zou kunnen worden doorgestuurd*

Verweerder heeft aangevoerd dat in het gesprek op 23 oktober 2012 is gesproken over de mogelijke nadelen van het verwijderen van gegevens uit het medisch dossier en dat naar aanleiding daarvan is afgesproken dat in het vervolg verwijsbrieven aan klaagster zelf ter hand zouden worden gesteld, zodat zij zou kunnen controleren of de daarin vermelde gegevens relevant waren.

Het is het College gebleken dat latere verwijsbrieven daadwerkelijk aan klaagster zelf ter hand zijn gesteld. Dat maakt aannemelijk dat voormelde afspraak is gemaakt. Klaagster heeft dat ook niet weersproken. Zij kon in de verwijsbrieven zelf zo nodig in haar ogen niet ter zake doende informatie onleesbaar maken. Daarmee ontviel het belang aan opschoning van het dossier en is aannemelijk dat daarover in het bewuste gesprek geen afspraken meer zijn gemaakt. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.3 De conclusie is dat verweerder met betrekking tot de klacht geen verwijt zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a, van de Wet op de beroepen in de individuele

gezondheidszorg kan worden gemaakt. De klacht zal dan ook als ongegrond worden afgewezen.

## **6. De beslissing**

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

wijst de klacht af.

Deze beslissing is gegeven door N.B. Verkleij, voorzitter, C.H. van Breevoort-de Bruin, lid-jurist, B. van Ek, J.G.M. van Eekelen, H.N. Koetsier, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door T.C. Brand, secretaris en uitgesproken in het openbaar op 14 mei 2019.

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 Gezondheidszorg en Jeugd, 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. Degene die beroep instelt, is € 50,- griffierecht verschuldigd aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht van het Centraal Tuchtcollege. Als degene die in beroep is gegaan geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht terugbetaald.