

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 136/2018

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 25 januari 2019 naar aanleiding van de op 14 mei 2018 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
bijgestaan door mr. C.R.J. van Assen, advocaat te Enschede,

k l a g e r

- t e g e n -

C, huisarts, werkzaam te D,
bijgestaan door mr. M.E.M. van Eeden, advocaat, verbonden aan VvAA Rechtsbijstand te Utrecht,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek met de bijlagen;
- de dupliek;
- het medisch dossier.

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 8 januari 2019, alwaar zijn verschenen partijen in persoon, klager bijgestaan door zijn bovengenoemde raadvrouw en verweerder door mr. S.M. Steegmans namens mr. Van Eeden.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het huisartsenjournaal met de specialistenbrieven) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klager, geboren in 1926, was van begin januari 2005 tot begin augustus 2017 ingeschreven als patiënt in de huisartsenpraktijk van verweerder. Klager is bekend met een geringe mitralisklepinsufficiëntie en een geringe trombopenie zonder consequenties, diverticulose, staaroperaties beiderzijds en paroxysmaal atriumfibrilleren. Klager heeft bij verweerder een euthanasieverklaring en behandelverbod kenbaar gemaakt.

Klager bezocht het spreekuur van verweerder op 6 september 2016. Verweerder noteerde:

“Afgelopen zondag gezwommen en nadien erg duizelig. Pas na hele tijd leek het beter te gaan. Het waren draaisensaties binnen zichzelf, waarbij hij het idee had dat hij de stabiliteit had verloren. Was uiteindelijk de hele dag niet goed. Hondsmoe, lusteloos, leeg in het hoofd blijft bestaan alhoewel de duizeligheid wel is verdwenen. Linkerhand is moeilijk te bewegen. Bij top-neusproef blijft de rechterhand wat achter en bestaat wat intentietremor. Bij geheven armen/handen zakt rechts wat uit bij gesloten ogen. Pupillen isocoor, LR +/- . Carotiden: g.b. Syst. RR 144 Diast. RR 74 Hart-Freq: 76. Doorgemaakte TIA?/CVA? beoordeling neuroloog.”

Klager werd op 7 september 2016 gezien door een neuroloog en een verpleegkundig specialist. Op 8 september 2016 is een CT-scan gemaakt. Op de scan is een beeld te zien van mogelijk oude vasculaire schade in de basale kernen links en enige gegeneraliseerde atrofie. De conclusie van de neuroloog was dat er sprake was van passagère duizeligheid waarbij een balansstoornis van vijf minuten met onvoldoende aanwijzingen voor de diagnose TIA.

Op 9 september 2016 bezocht klager het spreekuur van verweerder weer. Klager had contact gehad met een bevriende huisarts die dacht dat klagers klachten mogelijk veroorzaakt werden door een urineweginfectie. Dit leek verweerder onwaarschijnlijk vanwege de lage infectieparameters die het laboratoriumonderzoek had laten zien. Verweerder heeft geen nader onderzoek laten doen.

Op 23 september 2016 kwam klager weer op het spreekuur bij verweerder omdat hij de avond ervoor kortdurend, ongeveer een minuut, niet lekker was geweest en last had gehad van draaiduizeligheid. Hij gaf aan dat hij die avond ook druk was geweest en zich druk maakte over de klachten van eerder die maand. Er waren geen andere klachten aanwezig. Bij lichamelijk/neurologisch oriënterend onderzoek vond verweerder geen bijzonderheden en geen aanwijzingen voor een TIA. Klager is gerustgesteld en kreeg het advies weer contact op te nemen bij verergering van de klachten. Ook kreeg klager een recept voor oxazepam mee.

Op 3 oktober 2016 heeft verweerder een visite gereden omdat de klachten bleven aanhouden. Klager had verder last van moeizame ontlasting, zonder bloedbijmenging en gaf aan iets afgevallen te zijn. Desgewenst heeft verweerder klager verwezen naar de polikliniek interne geneeskunde. Op 4 oktober 2016 heeft (de assistente van) ver-

weerder het secretariaat interne geneeskunde telefonisch gevraagd de afspraak voor klager op korte termijn in te plannen.

Klager is vervolgens op 7 oktober 2016 poliklinisch gezien door de internist. Bij bloedonderzoek bleek onder meer een bezinking van 8 mm/h. Op basis van het onderzoek luidde de conclusie dat sprake was van aanvalsgewijze duizeligheid, mogelijk gerelateerd aan M. Meniere of stress, of aan het paroxysmale atriumfibrilleren. Er zijn geen aanwijzingen gevonden voor een onderliggende interne aandoening. Het advies van de internist was om bij aanhouden van de klachten via de cardioloog een reveal onderzoek te laten doen.

Op 23 november 2016 heeft klager een afspraak gemaakt voor het spreekuur bij verweerder op 29 november 2016 omdat er 'niets uit de onderzoeken bij de neuroloog en de internist was gekomen' en hij het gevoel van wegzakken had tijdens autorijden. Op 29 november 2016 vertelde klager aan verweerder dat hij afgelopen week weer zo'n aanval had gehad waarbij hij zich niet goed voelde en het idee had weg te zakken. Verweerder adviseerde een reveal onderzoek te doen en verwees klager daarvoor naar de polikliniek cardiologie van het ziekenhuis.

Dit poliklinisch consult vond plaats op 2 januari 2017. Er werd een registratie met een eventrecorder gedaan. Deze vertoonde geen afwijkingen, met name geen bradycardieën. Tijdens het dragen van de eventrecorder heeft klager enkele keren aangegeven last te hebben van pijn in het borstbeen, bonzen van het hart en duizeligheid. Bij niet alle klachten was er actitie. Er zijn enkele PAC's waargenomen, regelmatig SVT's en regelmatig PVC's ook in doublet. Een goede verklaring voor de klachten van klager werd niet gevonden.

Op 22 maart 2017 heeft klager een slagboom op zijn hoofd gekregen op de parkeerplaats van het ziekenhuis. Klager is toen op de SEH gezien door de chirurg. Bij uitgebreid onderzoek, inclusief CT-scan van het hoofd, zijn geen posttraumatische afwijkingen gevonden.

Op 24 maart 2017 is een visite bij klager afgelegd omdat hij niet lekker was geworden en moeilijk uit zijn woorden kon komen. Klager gaf aan dat het na de beoordeling op de SEH erg goed was gegaan. Genoteerd werd dat het gaandeweg het gesprek beter ging met klager. Lichamelijk onderzoek (inclusief neurologisch onderzoek) leverde geen bijzonderheden op en er werd klager geadviseerd rustig aan te doen en fel licht en hard geluid te mijden.

Op 28 maart 2017 heeft verweerder weer een visite gereden. Verweerder noteerde dat het beter leek te gaan maar dat klager die ochtend weer niet lekker was geweest. Hij had het gevoel alsof er koud water van boven zijn hoofd naar de zijkanten liep en hij was erg duizelig. Op het moment van het bezoek ging het weer beter. De bloeddruk was 168/92 mmHg de hartfrequentie was 76 en de saturatie 97%, de pupillen isocoor, beide wel traag maar dat was bekend. Opnieuw adviseerde verweerder klager om het rustig aan te doen en vanwege de verhoogde tensie schreef verweerder klager Amlodipine op proef voor.

Op 29 maart 2017 belde klager met de assistente van verweerder en vertelde dat hij op controle was geweest bij de cardioloog en dat deze het eens was met de voorgeschreven medicatie op proef.

Op 4 april 2017 ontving verweerder een brief van de cardioloog. De conclusie van de cardioloog was dat er sprake kon zijn van:

1. duizeligheidsklachten (near collaps) vooralsnog zonder duidelijke oorzaak, zonder duidelijke aanwijzing voor cardiale pathologie met verergering van de klachten na de val van de slagboom op zijn hoofd en
2. hypertensie.

Verweerder heeft op 7 april 2017 een visite afgelegd bij klager omdat deze even niet lekker was geweest tijdens het autorijden. Klager had zelf een bloeddruk van 178/85 gemeten. Klager vroeg zich af of het iets met de hersenen kon zijn. Verweerder heeft klager weer lichamelijk en neurologisch onderzocht zonder andere dan al bekende bijzonderheden te vinden, met name geen aanwijzingen voor een TIA/CVA. Verweerder adviseerde klager door te gaan met de Amlodipine en controle over een week als de klachten aanhielden en eerder contact bij nieuwe klachten en/of uitvalsverschijnselen.

Op 12 april 2017 heeft klager telefonisch contact gehad met de assistente van verweerder waarbij klager aangaf die ochtend in de tuin te hebben gewerkt. Klager had eerst een bloeddruk gemeten van 127/56 mmHg en na even rusten 178/67 mmHg en een puls van 67. Klager gaf aan dat hij zich anders voelde dan anders maar er waren geen andere klachten aanwezig. De assistente gaf aan dat er geen spoedvisite gepland hoefde te worden, adviseerde klager bij verergering weer contact op te nemen en maakte voor de dag erna een afspraak bij verweerder.

Verweerder heeft de volgende dag een visite bij klager afgelegd. Het viel verweerder op dat het linkerbovenoglid van klager wat hing (ptosis). Vanwege de ptosis heeft verweerder klager weer naar de neuroloog verwezen. Op 20 april 2017 is klager gezien door de neuroloog. Na uitgebreid onderzoek inclusief CT-scan was de conclusie van de neuroloog dat er sprake was van een commotio cerebri en passagère ptosis zonder duidelijke oorzaak. Het beleid was expectatief.

Op 24 april 2017 heeft klager contact met de praktijk over het continueren van de Amlodipine. Het advies was de medicatie te continueren met controle over een maand.

Op 19 mei 2017 heeft klager het spreekuur van verweerder bezocht omdat hij tijdens het autorijden last had gehad van duizeligheid en van veel zenuwachtigheid. Klager gaf aan gauw gejaagd en gehaast te zijn qua gedrag. Klager gaf verder aan dat hij maar twee tot vier uur slaapt per nacht. De bloeddruk was 140/82. Verder onderzoek leverde geen bijzonderheden op. Verweerder adviseerde klager om vanwege de duizeligheidsklachten naar de fysiotherapeut te gaan.

Op 9 juni 2017 heeft klager telefonisch contact gehad met de doktersassistente. Klager gaf aan verweerder zelf te willen spreken. Verweerder heeft klager meerdere keren vergeefs gebeld en uiteindelijk klager op zijn mobiele telefoon kunnen bereiken. Verweerder noteerde dat klager aangaf dat hij bijna geen aanvallen meer had gehad. Op verzoek van klager en in overleg met de neuroloog is voorgesteld om te starten met Betahistine in plaats van Amlodipine. Dat is niet gebeurd.

Op 5 juli 2017 heeft klager het spreekuur van verweerder bezocht omdat hij nog geregeld last had van aanvalsgewijze duizeligheidsklachten. Klager was erachter gekomen dat de aanvallen met name gekoppeld waren aan psychische inspanningen.

Onderzoeken leverden geen bijzonderheden op en verweerder adviseerde klager de Betahistine te continueren. Tijdens dit consult heeft verweerder klager verwezen naar de reumatoloog in het ziekenhuis in E omdat klager last had van een triggervinger.

Op 12 juli 2017 heeft klager bij de assistente van verweerder aangegeven dat de Betahistine geen effect had en dat hij de indruk had dat het eigenlijk averechts werkte.

Tijdens een consult op 13 juli 2017 heeft klager aangegeven dat zijn hele conditie de laatste tijd verslechterde en dat hij laatst door zijn zoon opgehaald moest worden vanwege een draaiende omgeving. Klager gaf aan dat hij het gevoel had dat het door de pillen alleen maar erger werd en dat hij met name klachten had als hij zich concentreerde. Ook gaf hij pijn in de kaken aan, wisselend van aard. Lichamelijk onderzoek leverde geen bijzonderheden op. Verweerder adviseerde klager te starten met paracetamol en Propranolol en heeft klager verwezen naar de KNO-arts, en als deze geen verklaring zou vinden voor klagers klachten zou hij klager naar de geriater verwijzen voor verder onderzoek.

Op vrijdag 14 juli 2017 heeft klager telefonisch aan de assistente van verweerder verteld dat hij de Propranolol niet wilde gebruiken omdat hij geen klachten van hartritmestoornissen had. In overleg met verweerder heeft de assistente klager het advies gegeven de medicatie toch te gebruiken vanwege het gejaagde gevoel. Klager gaf aan dat hij erover zou denken.

Op 17 juli 2017 heeft klager de assistente van verweerder gebeld en verteld dat hij het weekend een pijnlijk oog had gehad en nu beduidend minder zag. Klager had die dag om 11.30 uur een afspraak staan bij de reumatoloog voor zijn triggervinger. Om praktische redenen sprak de assistente, in overleg met verweerder, met klager af dat hij de klachten zou bespreken met de reumatoloog en als deze niets zou kunnen vinden zou er dezelfde dag door verweerder een visite worden afgelegd om de klachten te onderzoeken.

Klager gaf bij de reumatoloog aan dat hij sinds de vorige dag slechter zag met het rechteroog en is dezelfde dag nog gezien door de oogarts, waar hij nog een visus in het rechteroog had van 60%. De reumatoloog kwam tot de conclusie dat er bij klager vrijwel zeker sprake was van arteriitis temporalis en startte direct met prednisolon 60 mg. Desondanks was de visus de volgende dag verdwenen.

Op 22 juli 2017 heeft klager een consult gehad bij een waarnemer van verweerder. Deze noteerde dat klager het idee had dat verweerder de diagnose arteriitis temporalis had gemist.

Verweerder is op 25 juli 2017 bij klager langsgegaan maar trof klager niet thuis en verweerder kreeg klager op 28 juli 2017 en op 31 juli 2017 telefonisch niet te pakken. Bij brief van 3 augustus 2017 heeft klager verweerder medegedeeld dat hij de arts-patiëntrelatie per direct beëindigde. Verweerder heeft klager op 7 september 2017 een

brief gestuurd waarin hij kenbaar maakt dat hij de situatie betreurt en klager veel sterkte toewenst.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerder -zakelijk weergegeven-:

1. Een tunnelvisie, niet adequaat handelen en niet reageren/geen interesse. Klager verwijt verweerder dat hij onvoldoende onderzoek heeft verricht dan wel gehoor heeft gegeven aan de al in 2016 en later uitbreidende klachten. Volgens klager heeft verweerder zich teveel gericht op de eventuele hersenschudding terwijl CT-scans een hersenbeschadiging uitsloten en dat verweerder daarbij een of meerdere diagnoses heeft gemist.
2. Dat hij heeft verzuimd om op deugdelijke wijze contact op te nemen met klager.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan op gronden genoemd in het verweerschrift en in de conclusie van dupliek dat hem geen tuchtrechtelijk verwijt gemaakt kan worden. Voor zover nodig wordt hierna meer expliciet op het verweer ingegaan.

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

Kern van het eerste klachtonderdeel is dat verweerder de juiste diagnose heeft gemist. Op zichzelf behoeft het missen van de juiste diagnose niet doorslaggevend te zijn voor het slagen van de klacht. De klacht is pas gegrond, als vast komt te staan dat de wijze waarop verweerder (volgens bovengenoemd toetsingscriterium) heeft gehandeld naar aanleiding van de klachten van klager in strijd is met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwame beroepsgenoot mag worden verwacht.

5.3

Bedacht dient te worden dat een arteriitis temporalis (een ontsteking van een bloedvat in het hoofd) een zeldzame aandoening is (incidentie 0,2% per 1.000 patiënten boven de 50 jaar) en dat de diagnostisering hiervan voornamelijk op het terrein van de internist of de reumatoloog ligt. De BSE-waarde was in oktober 2016 laag en vormde op zichzelf geen aanleiding voor verder onderzoek. Ook bij de reumatoloog was deze waarde overigens nog niet erg hoog (37). Bedacht dient voorts te worden dat arteriitis temporalis doorgaans tamelijk acuut, in een periode van dagen tot weken ontstaat en dat het ernaar

uitziet dat dit hier ook zo is gegaan. Het is zeer wel mogelijk dat de arteriitis temporalis op 17 juli 2017 bij de reumatoloog aan het ontstaan was omdat de visusdaling kort tevoren was ontstaan, klager de eerste keer bij de reumatoloog nog visus had in het rechteroog en ook bij de oogarts de visus nog redelijk goed was. De volgende dag, bij de controle bij de reumatoloog, was de visus in het rechteroog verdwenen. Het is dus maar zeer de vraag of de eerdere klachten vanaf september 2016 te maken hebben gehad met de arteriitis temporalis. Duizeligheid, dé hoofdklacht sinds september 2016, is op zichzelf niet specifiek voor de genoemde aandoening, zeker niet bij een patiënt van 90 jaar oud die zelf aangaf dat het gerelateerd kon zijn aan stress(momenten). Een belangrijke aanwijzing, hoofdpijn, is in het begin nog wel genoemd door klager maar stond later niet meer op de voorgrond, niet alleen niet bij verweerder maar ook niet bij de specialisten die klager bezocht waaronder de neuroloog. De visusdaling was de meest kenmerkende aanwijzing, maar deze was kort tevoren ontstaan en verweerder niet eerder bekend dan op 17 juli 2017. Verweerder heeft er toen goed aan gedaan om vanwege de praktische reden dat klager later die dag de reumatoloog zou zien de klachten door haar te laten beoordelen en voorts een vangnet te organiseren in de vorm van een visite als dit geen soelaas zou bieden. Alleen de derde belangrijke aanwijzing, pijn in de kaken, is eenmaal, op 13 juli 2017, genoemd door klager. Verweerder heeft deze toen onderzocht. Het college acht het niet verwijtbaar dat bij verweerder toen geen alarmbellen zijn gaan rinkelen omdat het de eerste melding was en overige belangrijke aanwijzingen als hoofdpijn en visusdaling zich toen niet voordeden. Bovendien heeft verweerder verwezen naar de KNO-arts en een geriater voorgesteld als de KNO-arts geen oorzaak zou kunnen vinden. Klager ziet het nut van dit laatste advies niet in, maar naar het oordeel van het college was dit na alle eerdere, vergeefse verwijzingen bij een patiënt van 90 jaar een zinvolle volgende stap geweest. Al met al is het college van oordeel dat verweerder niet kan worden verweten dat hij de latere diagnose heeft gemist. Hij was laagdrempelig benaderbaar, heeft heel veel visites afgelegd en acties ondernomen en stapsgewijs voortdurend verwezen naar een volgende specialist als de vorige niets op zijn gebied vond. Kortom, het handelen van verweerder ten opzichte van klager getuigt veeleer van goede zorg dan dat hem tuchtrechtelijk hiervan een verwijt is te maken. Dit klachtonderdeel is dus ongegrond.

5.4

Wat de nazorg betreft heeft verweerder op overtuigende wijze aannemelijk gemaakt dat hij, anders dan klager meent, na te zijn geïnformeerd door de reumatoloog tot tweemaal toe tevergeefs met klager heeft gebeld en voorts tevergeefs bij hem aan de deur is geweest. Ook in dit opzicht treft verweerder dus geen verwijt.

5.5

De slotconclusie is dat de klacht ongegrond is, hetgeen moet leiden tot de volgende beslissing.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gegeven door A.L. Smit, voorzitter, M. Willemse, lid-jurist, M.D. Klein Leugemors, P.A.J. Buis en R.O. Rischen, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van

H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 25 januari 2019 door A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van 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.