

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 242/2018

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 1 april 2019 naar aanleiding van de op 10 augustus 2018 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
bijgestaan door C, dochter, en H te I,

k l a a g s t e r

-tegen-

E, internist, (destijds) werkzaam te B,
bijgestaan door mr. O.L. Nunes, advocaat bij KBS advocaten 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 aanvullende klaagschrift met de bijlage;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het op 23 november 2018 ontvangen schrijven namens klaagster, met bijlagen;
- het op 10 januari 2019 ontvangen schrijven namens klaagster, met bijlagen;
- het op 11 januari 2019 ontvangen e-mailbericht met bijlage namens verweerder;
- het proces-verbaal van het op 14 januari 2019 gehouden mondeling vooronderzoek;
- het op 15 januari 2019 ontvangen e-mailbericht met bijlage namens verweerder.

Klaagster heeft tevens klachten ingediend tegen D (zaaknummer 219/2018) en F (zaaknummer 243/2018). In deze zaken is bij afzonderlijke beslissing van dezelfde datum beslist.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch dossier) dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klaagster, geboren in 1948, werd op 9 mei 2017 doorverwezen door haar huisarts naar de afdeling Interne Geneeskunde van het G.

D was destijds als arts-assistent in het derde jaar van haar opleiding tot reumatoloog, werkzaam in het G op de afdeling Interne Geneeskunde. Van 16 mei 2017 tot en met 14 juli 2017 werkte D onder supervisie van verweerder en van 15 juli 2017 tot en met 15 januari 2018 onder supervisie van F.

De verwijsbrief van de huisarts vermeldde – voor zover thans van belang:

“Patiënte heeft diffuse klachten van hoesten, gevoel van kortademigheid, hartkloppingen, moeheid, misselijkheid, gejaagd. Mevrouw persisteert in het niet willen overstappen naar insuline omdat ze in het verleden al dermate zwaar is geweest dat ze nauwelijks meer kon lopen. (...) Haar dochter wil dat moeder wordt doorverwezen naar de internist/endocrinoloog, dat lijkt mij een relevante vraag omdat het ons niet lukt orde te scheppen. Graag uw evaluatie en zo mogelijk therapie.”

D heeft een plan van aanpak opgesteld met focus op de ontregelde glucose en hypertensie en dit plan besproken met haar supervisor, verweerder, en met F in zijn specialisme als internist-endocrinoloog. Beide specialisten waren akkoord met het behandelplan.

Klaagster was in april 2016 gezien op de Eerste Hart Hulp en in mei 2016 op de polikliniek cardiologie waarbij klinisch, biochemisch en electrocardiografisch geen aanwijzingen waren voor een coronair syndroom. De cardioloog zag geen argumenten voor onderliggende myocardijschaemie of cardiale pathologie anderszins.

D heeft voorafgaande aan het polibezoek op 16 mei 2017 een ECG, X-thorax en laboratoriumonderzoek uit laten voeren.

Tijdens de polikliniekbezoeken trad de dochter van klaagster, die de Nederlandse taal niet goed spreekt, als tolk op. De (hetero)anamnese werd afgenomen en de uitslagen van de onderzoeken werden besproken. D wilde starten met insuline, hetgeen patiënte niet wilde. Er is een afspraak ingepland bij de diabetesverpleegkundige en voor de week daarna een gecombineerde afspraak met D en de diabetesverpleegkundige. Op 22 mei 2017 zag D klaagster weer. De X-thorax had geen infiltratieve afwijkingen getoond. Het ECG toonde een sinusritme, intermediaire as, normale geleidingstijden, geen pathologische q, geen ST-elevatie of depressie en was conform 2016. D noteerde onder meer:

*“1. Zeer matig ingestelde DM type II waarbij patiënte geen insuline wil starten.
2. Klachten van een kriebelhoest DD tgv lisinopril wv switcht naar irbesartan”. Als beleid noteerde D: “gliclazide ophogen 1dd 90mg. Patiënt wil vooralsnog absoluut geen insuline starten. Diëtiste reeds icc gevraagd door dochter.”*

Zes weken later werd klaagster, volgens afspraak, weer gezien. Anamnestic gaf klaagster aan dat het goed ging. Klaagster wilde alleen kortwerkende insuline spuiten zo nodig en geen verhoging van de antihypertensiva in verband met bijwerkingen.

D zag klaagster 14 juli 2017 en noteerde dat de DM type II verbeterde. Er was nog ruimte voor scherpere controle van de tensie. Klaagster wilde dat uitstellen tot na haar vakantie. Een jaarlijkse controle bij de oogarts werd door D in het beleid genoteerd. De irbesartan zou opgehoogd worden na de vakantie van klaagster.

D koppelde de consulten aan de polikliniek aan de huisarts van klaagster terug.

D werd verder gesuperviseerd door F. Op 30 oktober 2017 gaf klaagster tijdens een consult aan dat zij meer last had van kortademigheid, geen pijn op de borst en wel hartkloppingen. Bij lichamelijk onderzoek waren geen aanwijzingen voor decompensatio cordis en COPD. Op verzoek van klaagster werd de medicatie gewijzigd. De amlodipine naar 1dd5mg, irbesartan naar 1dd 50 mg en hydrochloorthiazide naar 1dd 25mg. Een week later zou klaagster weer gezien worden met controle van de nierfunctie en de bloeddruk.

Op 6 november 2017 waren de klachten ongewijzigd. In het gesprek en gelet op de vragen van klaagster en haar dochter heeft D aangegeven dat een bloedvatenonderzoek niet zinvol was. Klaagster wilde minderen met de gliclazide. D gaf aan dat de Hb1C aan het dalen was en vermindering van gliclazide niet verstandig was. D noteerde verder:

“Stop doxazosine en start spironolacton 1dd 25 mg. Mogelijk zijn de klachten bij doxazosine.”

D meldde telefonisch aan klaagster op 17 november 2017, naar aanleiding van laboratoriumonderzoek, dat het beleid was om plastabletten te blijven gebruiken.

Op 4 december 2017 meldde klaagster onverminderde benauwdheid. Zij wilde de gliclazide niet meer ophogen. Uit de longfunctietest bleek *“vitale capaciteit binnen de norm, diffusie binnen de norm.”*

D noteerde ten aanzien van het consult:

“Zeer uitgebreid uitleg, CRVM is om de risico op de complicaties in de toekomst te verminderen. De patiënt heeft juist bij de verschillende antihypertensica klachten. Swichten van de medicatie geeft geen verbetering en in sommige gevallen juist vererping van de klachten. De patiënt en dochter denken dat de klachten komen van de hoeveelheid medicatie en dat het gevolg is dat door de klachten de bloeddruk verhoogd is. Optie: terug naar thuisdosering waarbij de patiënt de minste klachten had maar de tensie niet optimaal gereguleerd is. – Opnieuw zoutbeperkt dieet geadviseerd. Max 6 gram per dag eten. Bij volgende controle 24 uursurine. – Op verzoek van de patiënt opnieuw de medicatie aangepast. Nu spironolacton gestaakt en irbesartan opgehoogd naar 1d300mg. –PM doxa herstart -->geen verschil na staken van dit middel.”

Een afspraak werd gemaakt voor vier weken later.

15 januari 2018 vond het laatste polibezoek van klaagster bij D plaats.

D noteerde: *“hetero-anamnese dochter. Ze zijn ontevreden over dat het erg veel moeite heeft gekost om het recept voor de levothyroxine te krijgen. Alleen wanneer de dochter zegt dat het de verantwoordelijkheid is van het ziekenhuis wordt er een recept voor geschreven. De dochter vertelt dat dit niet was gebeurd wanneer zij dit niet geëist had. De dochter is ook ontevreden omdat er in de decursus van 4 december staat dat op verzoek van de patiënt opnieuw de medicatie is aangepast. De patiënt en dochter zijn geen arts, het is in overleg met de arts geweest.”*

Op verzoek van de dochter om klaagster door een internist te laten beoordelen heeft D, na overleg met supervisor F, afwijzend gereageerd. Een consult bij de internist had geen medische meerwaarde.

D noteerde over het laatste consult, voor zover thans van belang:

“-Ondanks meerdere veranderingen mede op het verzoek van de patient en de dochter van de medicatie is er geen verbetering van de klachten. Optie was zoals wat we de vorige keer besproken hebben; terug naar de dosering en medicatie waarmee zij kwam en de tensie niet geheel optimaal was. Met de huidige medicatie is het ook niet goed gereguleerd. – De dochter wil graag een internist zien en vraagt zich af waarom zij geen internist heeft gezien. Volgens de site zou dit wel moeten. –Indien de patiënt dit toch wenst kan zij opnieuw worden verwezen naar de interne geneeskunde met het verzoek alleen bij een internist gezien te worden. Ik heb mijn verontschuldiging aangeboden over dat ik de levothyroxine per abuis niet bij de rest van de medicatie heb voorgeschreven. Op de dag dat de dochter belde was ik niet aanwezig waarop de supervisor het voorgeschreven heeft. –De dochter en patient zijn echter het vertrouwen kwijt en de dochter is van mening dat de patiente terug wordt gestuurd omdat ze een klacht heeft ingediend. Uitgelegd dat de vraag was om de DM type II en hypertensie te optimaliseren, dit kan ook door de huisarts worden gedaan.”

D heeft bij de terugverwijzing naar de huisarts een uitgebreide brief aan de huisarts geschreven.

Klaagster heeft in de zomer 2018 in Turkije cardiale klachten gekregen. Zij is in Turkije opgenomen in het ziekenhuis en heeft daar een coronaire interventie ondergaan.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder –zoals geherformuleerd bij het mondeling vooronderzoek- dat hij:

- a. klaagster nooit heeft gezien;
- b. de klachten van klaagster niet serieus heeft genomen en het medisch dossier van klaagster niet in heeft gekeken, waardoor klaagster in een levensbedreigende situatie terecht is gekomen.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij ten aanzien van klaagster niet in strijd heeft gehandeld met de zorg die onder de gegeven omstandigheden van hem als arts mocht worden verwacht. Voor zover nodig zal hieronder nader ingegaan worden op het verweer.

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

Het college verwijst wat betreft de beoordeling van de behandeling van klaagster allereerst naar de overwegingen van het college in de klacht tegen D (219/2018).

Wat betreft het eerste klachtonderdeel verwijst het college meer specifiek naar hetgeen in 5.4 van die beslissing is overwogen namelijk dat het medisch gezien geen meerwaarde had gehad als verweerder klaagster zelf had gezien. Dit klachtonderdeel faalt daarom.

Wat betreft het tweede klachtonderdeel verwijst het college meer specifiek naar hetgeen in 5.2 van die beslissing is overwogen, namelijk dat klaagster serieus is genomen en zorgvuldig is onderzocht en behandeld. Niet gebleken is dat verweerder het dossier van klaagster niet heeft gezien. Verder wijst het college op hetgeen in rubriek 5.3 van die beslissing is overwogen namelijk dat niet vaststaat dat eerder onderzoek naar hart- en bloedvaten de problemen bij klaagster in de zomer van 2018 had kunnen voorkomen. Ook het tweede klachtonderdeel faalt derhalve.

5.3

Gelet op het voorgaande is de klacht kennelijk ongegrond en dient als volgt te worden beslist.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gegeven in raadkamer door E.W. de Groot, voorzitter, M. Willemse, lid-jurist, J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens, R.B. van Leeuwen, J.W.B. de Groot, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van H. van der Poel-Berkovits, secretaris en uitgesproken in het openbaar op 1 april 2019 door A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

voorzitter

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centraal 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 aangelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat. Het tot het Centraal 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. 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.