CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2019.163

C E N T R A A L T U C H T C O L L E G E
voor de Gezondheidszorg
Beslissing in de zaak onder nummer C2019.163 van:
A., neuroloog, werkzaam in B., appellant, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde: mr. D.M. Pot, verbonden aan de stichting VvAA Rechtsbijstand in Utrecht,
tegen
C., wonende in B., verweerder in beroep, klager in eerste aanleg, gemachtigde: D..
1. Verloop van de procedure
C. – hierna klager – heeft op 6 september 2018 bij het Regionaal Tuchtcollege in Eindhoven tegen A. – hierna de neuroloog – een klacht ingediend. Bij beslissing van 9 mei 2019, onder nummer 18145a, heeft dat College de klacht gegrond verklaard, geanonimiseerde publicatie van de beslissing gelast en aan de neuroloog een waarschuwing opgelegd. De neuroloog heeft op tijd beroep tegen die beslissing ingesteld. Klager heeft een verweerschrift in beroep ingediend.
De zaak is in beroep behandeld op de openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 25 september 2020, waar zijn verschenen klager, bijgestaan door mevrouw D. voornoemd, en de neuroloog, bijgestaan door mr. Pot voornoemd.
Partijen hebben hun standpunten bij de mondelinge behandeling over en weer verder toegelicht. Zij hebben dat mede gedaan aan de hand van notities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.
2. Beslissing in eerste aanleg
Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd. Hierbij is de neuroloog aangeduid als verweerder.
“2. De feiten
Het gaat in deze zaak om het volgende.
Klager is op 31 oktober 2016 rond 03.30 uur wakker geworden met langzaamaan progressieve hoofdpijnklachten. Hij is met een ambulance naar het F. gevestigd te B. (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:
Hersenzenuwen: 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/vingerknijpktacht/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 langzaamaan opkomende hoofdpijnklachten, duizeligheid/dronkemansgevoel, tintelingen aan beide armen en li been en tijdelijk verminder 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. … (college: naam internist)
-geen aanwijzingen hypertensieve crisis, eerder neurologisch: ICC neurologie.
IOM dr…. (college: 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 (college: 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 (college: 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 ter zake 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 ter zake 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 klemt 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.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, met dit verschil dat het Centraal Tuchtcollege in plaats van de laatste zin onder 2. De feiten leest: “Klager is als gevolg van het herseninfarct blijvend invalide geraakt.”.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 De neuroloog heeft tegen de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege twee grieven aangevoerd. De neuroloog verzoekt het Centraal Tuchtcollege in de eerste plaats de klacht ongegrond te verklaren of anders, bij gegrondverklaring van de klacht, de oplegging van een maatregel achterwege te laten.

4.2 Klager heeft in beroep verweer gevoerd en vraagt het Centraal Tuchtcollege het beroep van de neuroloog te verwerpen.

4.3 In beroep ligt opnieuw de vraag voor of de neuroloog tuchtrechtelijk verweten kan worden dat hij een verkeerde inschatting van de gezondheidssituatie van klager heeft gemaakt en klager naar huis heeft gestuurd zonder hem te hebben gezien. Net als het Regionaal Tuchtcollege beantwoordt het Centraal Tuchtcollege deze vraag bevestigend. Het Centraal Tuchtcollege overweegt als volgt.

4.4 Tijdens de mondelinge behandeling in beroep heeft de neuroloog de verdeling destijds tussen de SEH's van de vestigingen van het F.-Ziekenhuis verduidelijkt. In oktober 2016 was een en ander zodanig georganiseerd dat neurologische spoedgevallen door de ambulancedienst naar de locatie E. werden vervoerd en de andere spoedgevallen naar de locatie B.. Op basis van de triage ("urgentie classificatie: levensbedreigend", "CVA", "Neurologische uitval") en de naar aanleiding daarvan opgestelde instructies van de HAP was vervoer van klager naar de locatie E. dus aangewezen. Klager is echter door de ambulancedienst naar de locatie B. gebracht, naar de neuroloog vermoedt omdat de inschatting van het personeel van de ambulancedienst was dat er bij klager eerder sprake was van een hypertensiecrisis. In B. is klager na binnenkomst op de SEH onderzocht door een arts-assistent die, naar ter terechtzitting in beroep is gebleken, op dat moment nog niet heel lang in het F.- Ziekenhuis werkzaam was en die de neuroloog niet heel goed kende. Deze arts-assistent heeft eerst contact opgenomen met de dienstdoende internist, die heeft geconcludeerd dat voor de gepresenteerde klachten eerder aan een neurologische oorzaak moest worden gedacht dan aan hypertensie. De arts-assistent heeft vervolgens telefonisch met de neuroloog overlegd.

4.5 Uit de aantekeningen in het dossier van de arts-assistent blijkt dat sprake was van focale- of lateralisatieklachten en van een hoge bloeddruk, die door de geraadpleegde internist eerder niet geduid was als aanwijzing voor een hypertensieve crisis. Het Centraal Tuchtcollege volgt het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat hetgeen de neuroloog blijkens de aantekeningen van de arts-assistent tijdens het telefonisch overleg bekend is geworden, voor hem aanleiding had moeten zijn klager zelf te komen beoordelen dan wel hem voor de zekerheid ter observatie op te laten nemen. Dit geldt te meer nu de neuroloog de arts-assistent niet goed kende en zij nog niet lang in het ziekenhuis werkzaam was.

4.6 De conclusie van het voorgaande is dat het beroep van de neuroloog faalt waar het zich richt tegen de gegrondverklaring van de klacht. Het Centraal Tuchtcollege vindt de door het Regionaal Tuchtcollege opgelegde waarschuwing, als zijnde een zakelijke terechtwijzing die de onjuistheid van een handelwijze naar voren brengt zonder daarop een stempel van laakbaarheid te drukken, in dit geval passend, zodat het beroep van de neuroloog ook op dit punt niet slaagt.

4.7 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal deze beslissing op de hierna vermelde manier worden gepubliceerd.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep;
hetgeen meebrengt dat de maatregel van waarschuwing gehandhaafd blijft;
bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: A.D.R.M. Boumans, voorzitter; T.W.H.E. Schmitz en M.W. Zandbergen, leden-juristen en P.J. Koehler en C.C. Tijssen, leden-beroepsgenoten en
M.D. Barendrecht-Deelen, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 30 oktober 2020.

Voorzitter w.g. Secretaris w.g.