

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 19/400

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 22 augustus 2019 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle binnengekomen en vervolgens naar dit college doorgestuurde en op 23 oktober 2019 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
k l a a g s t e r,
namens wijlen haar dochter, mevrouw **C**,
gemachtigde: mr. D. van der Wulp, advocaat te Den Bosch,

tegen

D,
huisarts,
werkzaam te E,
v e r w e e r d e r,
gemachtigde: mr. K.M. Volker en mr. A.G. Joxhorst, beide advocaat te Amsterdam en verbonden aan VvAA Rechtsbijstand.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- de op 30 januari 2020 binnengekomen brief van (de gemachtigde van) klagster;
- de brief van de secretaris van 12 februari 2020 aan (de gemachtigde van) klagster;
- de op 24 februari 2020 binnengekomen brief van (de gemachtigde van) klagster.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

De klacht is in raadkamer van 11 februari 2020 behandeld.

2. De feiten

Op grond van de stukken kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1. Klaagster is de moeder van wijlen mevrouw C (hierna: "patiënte"). Verweerder is werkzaam als huisarts.

2.2. Op vrijdag 10 augustus 2018, aan het einde van de middag, heeft patiënte telefonisch contact opgenomen met de huisartsenpost (HAP). In eerste instantie is patiënte te woord gestaan door een triagiste, die haar enkele vragen heeft gesteld. In het waarneembericht van de HAP staat vermeld:

"(...)

contactdatum 10-08-2018

(H) Wil beoordeling

(B) Sinds afgelopen nacht stekende pijn in de linker zijde schouder/rug en borst, lijkt toe te nemen, nu pijnscore 9. Pijn is echter maximaal aan de rug, niet aan de voorkant. Geen last van kortademigheid, klinkt ook absoluut niet kortademig aan de telefoon, wel pijnlijk bij diepe inademing. Geen uitstraling naar kaak. Geen dikke/stijve kuiten.

(TRI) ABCD is veilig!

Ingangsklacht Triage: Pijn thorax

Reden urgentie: Ernst pijn/druk thorax

- karakter pijn thorax = stekend/scherp
- tijdsduur pijn/druk thorax = langer dan 12 uur
- ernst pijn/druk thorax = hevig (8-10)
- beloop pijn/druk thorax = geleidelijk
- locatie pijn/druk thorax = links
- uitstraling pijn/druk thorax = typisch cardiaal
- vegetatieve verschijnselen = voorbij

(...)"

2.3. In overleg met de regiearts van de HAP (niet zijnde verweerder) heeft de triagiste de urgentie van de klachten van patiënte naar een lagere urgentie overgeschreven (van U2 naar U3). Na dit eerste telefonisch contact met de HAP is patiënte – samen met haar partner - vervolgens op het spreekuur van de HAP gekomen. Verweerder was op dat moment de dienstdoende huisarts en heeft patiënte gezien. In het waarneembericht van het consult van verweerder met patiënte staat genoteerd:

"(...)

(NEE) De klachten zijn dinsdag begonnen aan de beide kanten

Gebruikt de pil sinds een lange tijd. Ze heeft veel gehoest en bij elke beweging doet het pijn en bepaalde bewegingen zou het erger maken en blijft stijf en bij hoesten erger

(O) (TRI) Let op! De urgentie is door ORA overschreven van U2 naar U3

Motivatie: lom regiearts: niet typisch cardiaal, wel hoge pijnscore (NEE) Niet benauwd maar ademt oppervlakkig door de spierpijn links Temp:37C SO2:99% Pols:90 Pulm: VAG

(E) (NEE) Spierpijn door veel hoesten

(P) (NEE) PCM 500mg 3d2. Bij klachten contact

Medicatie: Diclofenac-Natrium (...)

(...)

Medicatie: Pantoprazaol (...)

(...)"

2.4. Na dit eenmalige consult heeft verweerder patiënte niet meer gezien.

2.5. Zes dagen later, op 16 augustus 2018, is patiënte onverwachts overleden als gevolg van (blijkens obductie) massale longembolieën in de proximale takken van de arteriae pulmonales beiderzijds.

2.6. Eind augustus 2018 is verweerder door de eigen huisarts van patiënte hiervan op de hoogte gebracht. Naar aanleiding van het overlijden van patiënte is de HAP een calamiteitenonderzoek gestart. In het kader van het calamiteitenonderzoek heeft de onderzoekscommissie met verweerder gesproken, die een nader verslag heeft opgesteld van zijn consult van 10 augustus 2018 met patiënte:

“Op 10 augustus 2018 om 19:00 uur kwam een patiënte met gezelschap van haar echtgenoot op mijn spreekuur op de HAP (...). Haar klacht was rugpijn en thoraxpijn na veel hoesten, mogelijk door een beginnende griep. Bij anamnese, onderzoek en klinisch beeld leek er duidelijk sprake te zijn van spierpijn na veel hoesten. Patiënte kreeg advies pijnstilling te gebruiken. Bij navraag of zij zelf nog vragen had, vertelde ze dat ze alcohol mocht drinken aangezien ze hierna na een feest gaat. Ze kreeg het advies om geen alcohol te drinken omdat het de klachten/symptomen van de ziekte kunnen maskeren. Verder vertelde ik haar om alert te blijven en dat het de bedoeling was dat ze bij aanhoudende klachten weer contact met ons of met haar eigen huisarts opneemt. Zes dagen later is ze overleden in bed getroffen door haar man, zonder een tweede contact met haar eigen huisarts of met een andere zorginstelling opgenomen te hebben. Haar huisarts heeft na haar overlijden contact opgenomen met mij. Ik gaf aan dat ik graag de familie te woord zou willen staan om uitleg te geven, mochten ze daar behoefte aan hebben. De huisarts beloofde dat ze mij zou bellen als de familie behoefte had aan een gesprek. Ik hoorde niets meer van haar huisarts.”

3. De klacht en het standpunt van klagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder nalatig is geweest en niet adequaat heeft gehandeld.

Ter onderbouwing van haar klacht stelt klagster dat verweerder aanvankelijk de diagnose longembolie had gesteld, maar daarop terug is gekomen. Door het nalatig en niet adequaat handelen van verweerder is haar dochter overleden, aldus klagster.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden.

Verweerder beroept zich primair op de niet-ontvankelijkheid van klagster.

Ingevolge het bepaalde in artikel 65, eerste lid onder a, van de Wet Beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG) wordt een tuchtzaak aanhangig gemaakt door een schriftelijke klacht van onder meer een rechtstreeks belanghebbende. Het recht van een naaste betrekking om een klacht in te dienen ten aanzien van de medische behandeling van een overleden patiënt berust niet op een eigen klachtrecht van de naaste betrekking, maar op een klachtrecht dat is afgeleid van de in het algemeen veronderstelde wil van de patiënt. Van belang is dus of klagster met de onderhavige klacht de veronderstelde wil van de patiënte, haar dochter, uitdrukt. Volgens verweerder is sprake van bijzondere omstandigheden die aanleiding geven hier aan te twijfelen. Patiënte kwam op 10 augustus 2018 samen met haar partner naar het spreekuur van verweerder. Een levensgezel wordt geacht een (overleden) persoon meer na te staan dan de overige naaste

betrekkingen. Nu de partner van de patiënt geen ongenoegen heeft geuit over het handelen van verweerder, zelf geen (tucht-)klacht heeft ingediend en de onderhavige tuchtklacht – voor zover verweerder bekend – ook niet ondersteunt, heeft verweerder gereede twijfel of klaagster met het voeren van deze procedure wel de wil van patiënte vertegenwoordigt. Nu deze gereede twijfel bestaat, betwist verweerder dat klaagster een van de wil van de patiënte afgeleid klachtrecht heeft.

Secundair meent verweerder dat hij met zijn handelen op 10 augustus 2018 niet is tekortgeschoten in de zorg dat hij jegens patiënte in acht behoorde te nemen.

Voor zover nodig wordt hieronder nader op het verweer ingegaan.

5. De beoordeling

Ontvankelijkheid

5.1. Allereerst moet worden beoordeeld of klaagster ontvankelijk is in haar klachten. Klaagster is de moeder van patiënte, die een levensgezel had. Het college overweegt daartoe als volgt.

5.2. Voor het antwoord op de vraag of een nabestaande rechtstreeks belanghebbende is, moet aansluiting worden gezocht bij de vertegenwoordigingsregeling van artikel 7:465, derde lid, Burgerlijk Wetboek. Als de patiënt tijdens zijn leven een levensgezel had, is deze levensgezel (echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel) als nabestaande klachtgerechtigd. Als niet de levensgezel, maar een andere nabestaande de tuchtklacht indient, wordt ook deze geacht de wil van de overleden patiënt te vertegenwoordigen behoudens het geval dat er sprake is van bijzondere omstandigheden die aanleiding geven daaraan te twijfelen (bijvoorbeeld als andere nabestaanden een afwijkend standpunt hebben en in het bijzonder als de wettige partner van de overleden patiënt niet instemt met de het indienen van de klacht).

5.3. Dergelijke omstandigheden doen zich in deze zaak niet voor. Het is het college niet gebleken dat andere nabestaanden een afwijkend standpunt hebben of dat de wettige partner van patiënte niet heeft ingestemd met het indienen van onderhavige tuchtklacht. Verweerder heeft voorts geen andere bijzondere omstandigheden aan de orde gesteld die maken dat klaagster niet kan worden geacht de veronderstelde wil van haar overleden dochter te vertegenwoordigen. De conclusie van het voorgaande is dat klaagster kan worden ontvangen in haar klacht en het college toekomt aan een inhoudelijke beoordeling van de klacht.

Inhoudelijk

5.4. Het college heeft er begrip voor dat het plotselinge overlijden van patiënte zeer aangrijpend is geweest. Toch zal ook dit geval, waar het gaat om de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen moeten worden beoordeeld of verweerder ‘binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven’. De kern van klaagsters klacht – althans zo begrijpt het college de klacht – is dat verweerder de diagnose ‘longembolie’ heeft gemist. Het missen van de juiste diagnose betekent op zichzelf nog niet dat de klacht gegrond is. De klacht is pas gegrond als vast komt te staan dat de wijze waarop verweerder tot de onjuiste diagnose is gekomen in strijd is met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwame beroepsgenoot mag worden verwacht. Daar komt bij dat de toetsing van het handelen van verweerder moet plaatsvinden

in het licht van wat hem op het moment van zijn handelen bekend was en bekend kon zijn.

5.5. Verweerder heeft op 10 augustus 2018 een anamnese afgenomen en lichamelijk onderzoek verricht bij klaagster naar aanleiding van pijnklachten. Patiënte heeft verweerder verteld dat zij sinds drie dagen (7 augustus 2018) pijnklachten had, de afgelopen dagen veel had gehoest en dat bij elke beweging voornamelijk haar rug, maar ook haar schouder en borst, pijn deed. Bepaalde bewegingen maakten het erger en voornamelijk bij het hoesten werd de pijn erger. Patiënte heeft verder verteld dat de algehele thorax stijf voelde. Bij onderzoek door verweerder bleek patiënte niet benauwd, maar had zij wel een oppervlakkige ademhaling door de spierpijn links. Er was geen sprake van verhoging en patiënte had een normale saturatiescore van 99%, een normale pols van 90 en bij pulmonaal onderzoek was sprake van normaal ademgeruis. Op basis hiervan heeft verweerder de klachten van patiënte geduid als spierpijn door veel hoesten. Hij heeft patiënte Diclofenac als pijnmedicatie voorgeschreven alsmede Pantoprazol als maagzuurremmer en patiënte aangegeven dat zij alert moest blijven en bij aanhoudende klachten contact moest opnemen met de HAP dan wel haar eigen huisarts. Het college is van oordeel dat verweerder zowel de anamnese als het lichamelijk onderzoek voldoende zorgvuldig heeft verricht en dat de door hem vergaarde gegevens zijn (werk-)diagnose 'spierpijn door veel hoesten' konden dragen.

Op 16 augustus 2018, zes dagen na het consult op de HAP, is patiënte uiteindelijk overleden aan de gevolgen van (massale) longembolieën in de proximale takken van de arteriae pulmonales beiderzijds. Een longembolie is een aandoening die lastig te diagnosticeren is. Klinische verschijnselen voor de aanwezigheid hiervan bij klaagster waren bij anamnese en lichamelijk onderzoek door verweerder op 10 augustus 2019 niet aanwezig. Gelet op de criteria voor een longembolie (de zogenoemde Wells-criteria) lag de diagnose longembolie bij een Wells-score van nul ook niet voor de hand. Dat verweerder op dat moment niet bedacht is geweest op – de mogelijkheid van – een longembolie, is dan ook niet onzorgvuldig te achten. Dat achteraf is gebleken dat patiënte is overleden als gevolg van longembolieën, maakt dat niet anders. Zoals hiervoor onder 5.1. immers is overwogen, vindt de toetsing van het handelen van verweerder plaats in het licht van wat hem op het moment van zijn handelen bekend was en bekend kon zijn. Het college verklaart de klacht ongegrond.

5.6. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht kennelijk ongegrond is. Verweerder kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg wg worden gemaakt.

6. De beslissing

Het college verklaart de klacht ongegrond.

Aldus beslist op 16 maart 2020 door:

J. Brand, voorzitter,

D.E. de Jong en A. Wewerinke, leden-huisarts,

bijgestaan door A. Kerstens, secretaris.

WG secretaris

WG voorzitter