

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2023/5476

A2023/5476

Beslissing van 29 december 2023

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing van 29 december 2023 op de klacht van:

A,  
wonende te B,  
klaagster,

tegen

C,  
huisarts,  
werkzaam te D,  
verweerder, hierna ook: de huisarts,  
gemachtigde: mr. A.W. Hielkema, werkzaam te Utrecht.

### 1. De zaak in het kort

1.1 De moeder van klaagster was patiënte bij de huisarts. Patiënte heeft de huisarts in een periode van een aantal maanden bezocht met diverse klachten waaronder terugkerende koorts. De huisarts heeft, uitgaande van de diagnose recidiverende blaasontsteking, herhaaldelijk een antibioticumkuur voorgeschreven. Toen de koorts bleef terugkomen en de patiënte zieker werd, heeft de huisarts laboratoriumonderzoek laten doen. Op grond van deze uitslag heeft hij patiënt met spoed verwezen naar de internist. Er bleek sprake te zijn van een endocarditis. Niet lang daarna is patiënte overleden aan de gevolgen van een hersenbloeding die optrad na het doormaken van een TIA welk op zich weer veroorzaakt was door een septische embolie.

1.2 Klaagster vindt dat de huisarts herhaaldelijk in gebreke is gebleven bij de behandeling van haar moeder.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat de klacht deels gegrond is. Hierna licht het college dat toe.

### 2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 15 maart 2023;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 12 september 2023 gehouden mondelinge vooronderzoek.

2.2 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 17 november 2023. De partijen zijn verschenen. Klaagster werd bijgestaan door E, weduwnaar van de patiënte. De huisarts werd bijgestaan door zijn gemachtigde.

### 3. De feiten

3.1 Verweerder is huisarts in een maatschap van huisartsen.

3.2 De moeder van klagster (hierna: de patiënte) was een vrouw van – destijds - 61 jaar en zij was patiënte in de praktijk van de huisarts.

3.3 Op 23 mei 2018 meldde patiënte zich via de spoedlijn bij de huisartsenpraktijk omdat zij 40°C koorts had. Er werd aangeboden om voor haar direct een afspraak op het spreekuur te maken.

3.4 Die avond is de patiënte naar de huisartsenpost gegaan. Volgens het waarneembericht van de huisartsenpost bestond er een verdenking van cystitis (blaasontsteking) en werd geadviseerd om met antibioticum te starten. Van de huisartsenpost heeft de patiënte een urinestick en een dipslide meegekregen. Zij testte negatief op nitriet en had daarbij geen klachten van pijn bij plassen of vaker plassen.

3.5 Op 25 mei 2018 heeft de patiënte de dipslide ingeleverd bij de huisartsenpraktijk. Ondanks het feit dat de uricult toen nog negatief was, is de dipslide naar het laboratorium gestuurd. De assistente heeft ervoor gezorgd dat het recept voor de antibioticumkuur bij de apotheek kwam. In het huisartsjournaal is – niet door verweerder - als diagnose vermeld: cystitis.

3.6 Op 28 mei 2018 heeft de patiënte het spreekuur van de huisarts bezocht. Zij was toen wat opgeknapt; de koorts was verdwenen. Zij had geen mictieklachten. Wel wat diarree. De antibioticumkuur was op dat moment nog niet voltooid. De huisarts stelde een hartsouffle vast (syst. schavende soufflé 3/6 bij ictus, mitraal insuff). Volgens de patiënte was zij bekend met een hartsouffle. Ook de huisarts noteerde in het huisartsenjournaal als diagnose: cystitis. Hij sprak met patiënte af dat zij de kuur zou afmaken tijdens haar vakantie in F.

3.7 Tijdens de vakantie in F voelde de patiënte zich niet goed en was zij moe, naar eigen zeggen vanwege pleuritis. Zij is eerder naar huis gegaan. Zij had tijdens haar vakantie niet de antibioticumkuur afgemaakt, maar in plaats daarvan NSAID's genomen.

3.8 Bij terugkomst bezocht de patiënte het spreekuur van de huisarts op 7 juni 2018. De huisarts liet in het ziekenhuis een thoraxfoto maken. Daarop was geen aanwijzing voor pleuritis te zien.

3.9 Een collega van de huisarts heeft de thoraxfoto met de patiënte besproken en

besloten werd om de borstkasklachten even aan te zien, met de afspraak dat zij terug zou komen bij aanhoudende klachten. De patiënte vroeg beoordeling van een gezwollen teen. De rode zwelling was niet warm en pijnlijk. De collega vermoedde dat dit een muggenbeet was. Ook dit zou even worden aangekeken.

3.10 Op 14 juni 2018 is de patiënte op het spreekuur van de huisarts geweest. Het ging inmiddels beter met de teen. Ook de huisarts hield het op een insectenbeet.

3.11 Op 21 juni 2018 heeft de patiënte aan de huisarts per e-mail de vraag voorgelegd of zij de eerder afgebroken antibioticakuur weer zou moeten hervatten. Zij beschreef dat zij een halve kuur had geslikt en dat daarop de koorts verdween. De vermoeidheid en last in haar rechterzijde bleef echter. Zij is na haar vakantie op 18 juni 2018 weer gaan werken en werd die ochtend wakker met 38,6°C. Ook ervoer zij nu meer pijn in de blaasstreek en in haar rechterzijde.

3.12 De huisarts noteerde in het huisartsenjournaal als diagnose: nierbekken/blaasontsteking. De patiënte werd verzocht nog diezelfde dag haar urine te laten onderzoeken door de assistente. Als dat onderzoek afwijkend was, moest zij starten met antibiotica en eventueel verder onderzoek ondergaan. De patiënte leverde echter haar urine niet in bij de assistente.

3.13 Wel is zij op 29 juni 2018 op het spreekuur van een collega van de huisarts verschenen met klachten over een pijnlijke en dikke enkel. De collega dacht aan tendinitis en schreef rust voor.

3.14 Op 3 juli 2018 heeft de patiënte het spreekuur van de huisarts weer bezocht met klachten over de enkel en vermoeidheid. De huisarts dacht eerder aan een distorsie van de enkel en liet een laboratoriumonderzoek doen.

3.15 Op 4 juli 2018 heeft de huisarts met de patiënte de uitslagen van het laboratoriumonderzoek besproken. Er is nog sprake van een infectieus beeld en een gezwollen voet. Ook heeft de patiënte af en toe verhoging. Als diagnose heeft de huisarts genoteerd: tendinitis en cystitis. Hij heeft antibiotica voorgeschreven.

3.16 Op 5 juli 2018 heeft patiënte verzocht om urineonderzoek te doen omdat zij klachten bleef houden. Uit onderzoek bleek dat zij positief testte op leukocyten. Er werd een uricult ingezet, die op 6 juli 2018 negatief blijkt. Door een collega van de huisarts werd als diagnose vermeld: cystitis. Tevens werd geadviseerd de kuur af te maken.

3.17 Op 11 juli 2018 was de patiënte weer op het spreekuur bij de huisarts. Hij heeft toen een splinter verwijderd uit de teen van de patiënte.

3.18 Op 27 augustus 2018 meldde de patiënte zich opnieuw bij de huisarts, nu met 39,6 °C en een pijnlijke blaas. Zij moest frequent plassen en had geen flankpijn. De patiënte testte negatief op nitriet en de leukocyten waren positief. Ery was negatief. De huisarts noteerde als diagnose: cystitis en schreef antibioticatabletten en estriol vaginaalcrème voor.

3.19 Op 25 september 2018 is de patiënte gezien door een collega van de huisarts, in verband met aanhoudende klachten en een uitstulping uit de urinebuis. De voorgeschreven crème had zij niet gebruikt. De collega liet een urinekweek doen en liet de patiënte alsnog de crème gebruiken.

3.20 Op 26 september 2018 bracht de patiënte een urinemonster. De dipslide bleek op 27 september 2018 negatief en is niet naar het laboratorium gestuurd.

3.21 Op 28 september 2018 heeft de patiënte het spreekuur van de collega bezocht, omdat zij achteruitging. Zij had koorts, was even weggeweest, keelpijn, hoofdpijn, stijvere klieren en hoesten. De collega stuurde een kweek naar het laboratorium. Ook werd er een CRP test in de praktijk bepaald, waarvan de uitslag 50 was. Daarnaast is ook een inspectie van de baarmoedermond gedaan en is een uitstrijkje gemaakt.

3.22 Op 1 oktober 2018 was de patiënte weer op het spreekuur van de huisarts, met klachten van koorts, hoofdpijn en misselijkheid. Geen buikpijn en ook geen problemen met plassen. De huisarts hoorde een hartsouffle. De urinetest wees uit dat de pH 9 was en dat de leukocyten en ery positief waren. Verder geen bijzonderheden. De huisarts heeft een dipslide ingezet met de bedoeling om op te sturen voor een kweek als die positief was. Ook heeft hij een afspraak gemaakt voor een laboratoriumonderzoek in het ziekenhuis. Als diagnose werd nog steeds cystitis vermeld. Ook is er een bloedonderzoek aangevraagd.

3.23 Op 2 oktober 2018 bleek de dipslide negatief. Het uitslagen van het bloedonderzoek zijn door een collega beoordeeld. Deze waarden pasten bij een bacteriële infectie.

3.24 Op het spreekuur van 5 oktober 2018 is patiënte bij de collega van de huisarts en waren de klachten nagenoeg verdwenen. De uitslagen werden beoordeeld als een lichte bloedarmoede en licht verhoogde infectiewaarden (Hb 7,3 BSE 47 CRP 48 en leuco 12). De patiënte werd zonder spoed naar de uroloog verwezen. De huisarts heeft op 8 oktober 2018 die afspraak vervroegd.

3.25 Op 9 oktober 2018 bezocht patiënte samen met haar partner het spreekuur van de huisarts. Beiden hebben veel zorgen en ongerustheid over de koortsperiodes en klaarblijkelijk steeds terugkerende blaasontsteking. Er werd opnieuw urine- en bloedonderzoek aangevraagd; de afspraak bij de uroloog is toen vervroegd.

3.26 Op 10 oktober 2018 ontving de huisarts de uitslag van het laboratoriumonderzoek (Hb 7,0 CRP 73 en leuco 16). Samenvattend was er sprake van een toename van alle infectieparameters in het bloed.

3.27 Op 11 oktober 2018 heeft de huisarts de uitslag met de patiënte besproken en een spoedafspraak met de internist geregeld.

3.28 In het ziekenhuis bleek uit een bloedkweek dat daarin de bacterie *Rothia dentocariosa* was aangetroffen. De patiënte is daarop opgenomen op de afdeling cardiologie hartbewaking in verband met een hoge verdenking op een endocarditis.

3.29 Vanwege de soufflé en de hoge verdenking op endocarditis nader onderzoek is verricht waarbij daarbij een ernstige mitralisklepinsufficiëntie werd vastgesteld. Het beleid luidde twee tot vier weken antibiotica en daarna een operatie. De patiënte kreeg echter een TIA waarop er gestart werd met clopidogrel. In de daaropvolgende nacht ontwikkelde zij een grote hersenbloeding, waarna zij in een coma geraakte. Zij is thuis overleden op 25 oktober 2018.

#### 4. De klacht en de reactie van de huisarts

4.1 Volgens klaagster heeft de huisarts onzorgvuldig en onjuist gehandeld, omdat hij:

- a. gedurende en periode van zes maanden niet tijdig de juiste onderzoeken heeft verricht, de onderzoeksresultaten niet juist heeft geïnterpreteerd, rode vlaggen niet heeft herkend, niet heeft doorgevraagd en de patiënte niet tijdig heeft doorverwezen naar de specialist;
- b. voorts heeft hij de patiënte het gevoel gegeven dat zij zich aanstelde terwijl zij ernstig ziek was.

4.2 De huisarts heeft aangevoerd dat hij begreep dat er sprake was van terugkerende urineweginfecties, waarvoor een paar keer antibioticumkuren zijn voorgeschreven. Dit was nog niet een alarmerende hoeveelheid. Ook de koorts was in die situatie niet alarmerend. Pas toen de uitslag van het bloedonderzoek binnenkwam, raakte hij gealarmeerd, en toen heeft hij ook actie ondernomen. De bacterie is heel zeldzaam. De huisarts had deze nog niet gezien in zijn carrière. Achteraf blijkt dat de antibiotica een dempend effect heeft gehad, hetgeen het sluimerende ziektebeeld verklaart. Wel betreurt de huisarts achteraf dat hij niet heeft doorgevraagd naar de soufflé en dat hij de patiënte niet heeft doorverwezen naar de cardioloog.

4.3 Het college gaat hieronder verder in op de standpunten van partijen.

#### 5. De overwegingen van het college

##### Ontvankelijkheid

5.1. Ingevolge artikel 65, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) kan een tuchtzaak aanhangig worden gemaakt door— onder meer – een rechtstreeks belanghebbende (art. 65, eerste lid, onder a). Onder dit begrip valt in ieder geval de patiënt zelf. Na het overlijden van de patiënt kunnen de nabestaanden klachtgerechtigd zijn, maar dit recht berust op de te veronderstellen wil van de overleden patiënt.

5.2. Omdat de klaagster in dit geval de dochter is van de overleden patiënte, geldt dat zij gerechtigd is een klacht in te dienen, omdat zij geacht moet worden de wil van de patiënte het beste te kennen. Dit geldt temeer nu zij handelt met medeweten en instemming van de echtgenoot van de patiënte. Klaagster is daarom ontvankelijk in de klacht.

##### De criteria voor de beoordeling

5.3. Het college heeft er begrip voor dat het overlijden van patiënte voor klaagster zeer

aangrijpend is geweest. Toch zal ook in dit geval, waar het gaat om de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen, moeten worden beoordeeld of de huisarts bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Daarbij wordt rekening gehouden met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klaagster klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen in de beroepsgroep terzake als norm was aanvaard. Dat een zorgverlener beter anders had kunnen handelen is niet altijd genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt. Tevens geldt dat de huisarts slechts tuchtrechtelijk verantwoordelijk is voor zijn eigen handelen.

Klachtonderdeel a) niet tijdig juiste onderzoeken verricht, de onderzoeksresultaten niet juist geïnterpreteerd, rode vlaggen niet herkend, niet doorgevraagd en patiënte niet tijdig doorverwezen naar de specialist;  
souffle

5.4. Het college overweegt dat de huisarts de patiënte in de periode waarop de klacht betrekking heeft voor het eerst zag op 28 mei 2018. Tijdens dat consult heeft de huisarts bij de patiënte een soufflé vastgesteld (3/6 mitr.insuff). Gelet op de waargenomen gradatie van de soufflé en de in dat verband door hem gemaakte opmerking "mitralis insufficiëntie" had de huisarts de patiënte moeten doorverwijzen naar een cardioloog voor nader onderzoek. De huisarts heeft daarover verklaard dat hij daarvan heeft afgezien omdat de patiënte hem vertelde dat zij reeds bekend was met de soufflé. De huisarts heeft echter verzuimd om daarop door te vragen. In het bijzonder heeft de huisarts niet gevraagd of de patiënte nog onder behandeling van een cardioloog was en wat diens bevindingen waren. Evenmin heeft hij geïnformeerd of zij van de cardioloog instructies had gekregen over de wijze waarop zij hiermee om diende te gaan. Ook heeft hij verzuimd zelf het (fysieke) dossier van de patiënte nader te raadplegen met betrekking tot die eerdere bekendheid. De enkele mededeling van de patiënte gaf dan ook geen aanleiding om af te wijken van het uitgangspunt dat de waargenomen soufflé reden had moeten zijn voor een doorverwijzing naar de cardioloog.

5.5. Het verweer van de huisarts dat volgens de NHG-Behandelrichtlijn Endocarditisprofylaxe preventief behandeling met antibioticum wordt voorgeschreven en dat daarin reeds was voorzien omdat die was voorgeschreven in verband met de cystitis, kan hem ook niet baten. Het abusievelijk en met een ander doel toedienen van de juiste medicatie kan niet worden aangemerkt als een adequate behandeling.

5.6. Het college merkt tevens op dat er alle aanleiding was om de soufflé op te nemen in de probleemlijst, ook in het geval er geen verwijzing naar de cardioloog plaatsvond.

5.7. Het college concludeert dat de huisarts op dit punt gehandeld heeft in strijd met de beroepsnorm.

cystitis

5.8. Tijdens datzelfde consult heeft de huisarts in het huisartsenjournaal de eerder door de huisartsenpost gestelde diagnose 'cystitis' bevestigd. Naar het oordeel van het

college was daarvoor op dat moment geen grond aanwezig. Er was een negatieve test op nitriet en ook de uricult was negatief. Er waren ook geen mictieklachten (geweest). Dat de patiënte wat leek te zijn opgeknapt als gevolg van de antibioticumkuur is onvoldoende reden voor de diagnose. Mogelijk is de huisarts op het verkeerde been gezet door de (voorlopige) diagnose van de huisartsenpost, maar het lag juist op zijn weg om de definitieve diagnose te stellen op basis van de onderzoeksuitslagen. Aan die uitslagen heeft hij een onjuist conclusie verbonden.

5.9. Ook bij de latere consulten herhaalde de huisarts ten onrechte de diagnose 'cystitis', zonder dat daarvoor enige feitelijke onderbouwing bestond. Op 21 juni 2018 was er weliswaar sprake van verhoging en pijn in de blaasstreek, maar ook toen waren er geen mictieklachten. Begin juli 2018 heeft een collega van de huisarts, ondanks een negatieve uitslag van de uricult, de patiënte de antibioticumkuur laten afmaken. Dit kan weliswaar de huisarts niet worden aangerekend, maar toen de patiënte zich op 27 augustus 2018 opnieuw bij hem meldde en vervolgens (opnieuw) negatief testte op nitriet en ery's, heeft de huisarts opnieuw 'cystitis' als diagnose vermeld. De patiënte had op dat moment koorts en pijn in de blaas, maar geen mictieklachten noch flankpijn. Desalniettemin heeft de huisarts de patiënte antibiotica voorgeschreven voor een urineweginfectie.

5.10. In de daaropvolgende periode heeft de patiënte contact gehad met een collega van de huisarts, en in die periode werd zij niet beter. De koorts hield aan. Ook in deze periode werd in het huisartsenjournaal door de collega's steeds genoteerd dat nitriet en ery negatief waren. Op 1 oktober 2018, toen de patiënte zich bij de huisarts meldde, had zij koorts en hoofdpijn en was zij misselijk. Zij had geen buikpijn en geen mictieklachten. Niettemin noteerde de huisarts: 'cystitis'. Wel liet hij een afspraak maken voor laboratoriumonderzoek. Ook liet hij een dipslide maken. De uitslag van het laboratoriumonderzoek is beoordeeld door de collega die concludeerde dat er lichte ontstekingsverschijnselen waren. Deze collega beoordeelde patiënte op 5 oktober 2016. Omdat haar klachten nagenoeg verdwenen waren heeft hij haar verwezen naar de uroloog voor een reguliere afspraak.

5.11. Op 8 oktober 2018 heeft de huisarts de afspraak bij de uroloog vervroegd en op 9 oktober heeft de huisarts patiënte en haar echtgenoot uitgebreid gesproken. Er is weer bloedonderzoek gedaan. Toen de uitslagen op 10 oktober 2018 binnenkwamen realiseerde de huisarts zich dat er iets anders (ernstigers) aan de hand was. hij heeft vanaf dat moment adequaat gehandeld door met spoed een afspraak met de internist te regelen.

5.12. Uit het voorgaande volgt dat de huisarts niet alleen op 28 mei 2018 op onjuiste gronden de diagnose cystitis heeft gesteld, maar dat hij daaraan ook in de periode daarna, te lang, heeft vastgehouden, dan wel te gemakkelijk de diagnose van een collega heeft overgenomen. Zowel de door de patiënte genoemde klachten, alsook de uitslagen van de urine-onderzoeken, hadden de huisarts aanleiding moeten geven om die diagnose te herzien. De huisarts heeft aldus niet gehandeld in overeenstemming met de beroepsnorm.  
tendinitis

5.13. Op 3 juli 2018 is de patiënte bij de huisarts geweest met klachten over een pijnlijke enkel. Zij was daarvoor eerder bij een collega van de huisarts geweest die dacht aan tendinitis en daarvoor rust voorschreef. De patiënte klaagde ook over moeheid. De huisarts noteerde dat hij eerder dacht aan een distorsie. Niettemin liet hij bloedonderzoek doen. De uitslag daarvan besprak hij op 4 juli 2018 met de patiënte. Hij constateerde dat er nog een infectieus beeld te zien was. Als diagnose noteerde hij tendinitis. Vervolgens schreef hij (opnieuw) antibiotica voor.

Het college overweegt ten aanzien van dit handelen dat, als er al een goede reden zou zijn om tot de diagnose tendinitis te komen, het voorschrijven van antibiotica daarvoor niet de juiste behandeling is. Onduidelijk is waarop hij de beslissing om te behandelen met antibiotica heeft gebaseerd. Hiermee heeft de huisarts evenmin gehandeld conform de beroepsnorm. gewichtsverliesgewichtverlies

5.14. Klaagster verwijt de huisarts voorts dat hij niet adequaat heeft gereageerd op het

aanzienlijk gewichtsverlies binnen een aantal maanden. Het college kan op grond van het huisartsenjournaal niet vaststellen dat de patiënte haar gewichtsverlies aan de huisarts heeft medegedeeld. Evenmin blijkt uit de beschikbare gegevens dat haar gewicht tussen de consulten van de huisarts zodanig is gewijzigd dat de huisarts dit had moeten opmerken en daaraan conclusies had moeten verbinden. Het college kan dan ook niet vaststellen dat de huisarts op dit punt in strijd heeft gehandeld met de beroepsnorm.

Klachtonderdeel b) Niet serieus nemen

5.15. Volgens klaagster voelde de patiënte zich niet serieus genomen en heeft zij het gevoel gekregen dat zij zich aanstelde. Voor zover dit verwijt voorkomt uit de omstandigheid dat de patiënte gedurende maanden koorts had en zich ziek voelde en dat die klachten telkens werden toegeschreven aan de blaasontsteking wordt verwezen naar het voorgaande. Ondanks het feit dat niet steeds de juiste onderzoeken zijn gedaan en de juiste behandeling is ingezet, kan het college uit het huisartsenjournaal niet afleiden dat de huisarts de patiënte niet serieus heeft genomen.

5.16. Dat tegen de patiënte gezegd zou zijn dat het 'tussen haar oren' zat en dat het misschien overspannenheid was, wordt door de huisarts weersproken en kan door het college niet worden vastgesteld.

Slotsom

5.17. Het college komt op grond van het voorgaande tot de volgende conclusie. Het is uitermate treurig dat de patiënte besmet is geraakt met een Rothia dentocariosa-bacterie, die bij haar heeft geleid tot een endocarditis, hetgeen haar uiteindelijk fataal is geworden. Met de huisarts stelt het college vast dat het hier gaat om een uiterst zeldzame bacterie, waarvan de infectie een huisarts gemakkelijk kan ontgaan. Dat wordt hem op zichzelf dan ook niet kwalijk genomen. Wel moet worden geconstateerd dat de huisarts op verschillende momenten de aan hem gepresenteerde klachten en zijn eigen bevindingen en onderzoeksresultaten onjuist heeft geïnterpreteerd en dat hij onjuiste behandelingen heeft ingezet. Ten aanzien van



de diagnose 'cystitis' lijkt sprake te zijn van een tunnelvisie. Naar het oordeel van het college waren er diverse aanwijzingen die de huisarts aanleiding hadden moeten geven om de diagnose te heroverwegen. Dat geldt temeer nu het bloedonderzoek dat werd gelast in verband met de verdenking op een tendinitis verhoogde ontstekingswaarden liet zien. De huisarts had de patiënte dan ook eerder moeten doorverwijzen naar een specialist.

5.18. Datzelfde geldt ook voor de waargenomen soufflé. Ook daarbij heeft de huisarts steken laten vallen door onvoldoende door te vragen bij de patiënte en door haar niet te verwijzen naar de cardioloog.

5.19. Het voorgaande leidt tot de slotsom dat de klacht onder a gegrond is en dat het opleggen van een maatregel passend is. Klachtonderdeel b is ongegrond.

5.20. Tijdens de klachtprocedure heeft de huisarts zich toetsbaar opgesteld en ervan blijk gegeven te willen leren van gemaakte fouten. De huisarts heeft onderkend dat hij ten aanzien van de soufflé onjuist heeft gehandeld. Hij heeft daarover verklaard dat hij zijn praktijkvoering op dit punt heeft aangepast. Ook heeft hij ter zitting ervan blijk gegeven in te zien dat het stellen van de diagnose cystitis onjuist was.

5.21. Bij deze stand van zaken acht het college het opleggen van een waarschuwing passend.

#### Publicatie

5.22. In het algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere huisartsen mogelijk iets van deze zaak kunnen leren. De publicatie zal plaatsvinden zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

#### 6. De beslissing

Het college:

- verklaart klachtonderdeel a gegrond;
- legt de huisarts daarvoor de maatregel op van waarschuwing;
- verklaart klachtonderdeel b ongegrond;
- bepaalt dat deze beslissing, nadat die onherroepelijk is geworden, zonder vermelding van namen of andere herleidbare gegevens in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan het tijdschrift Medisch Contact.

Deze beslissing is gegeven door J.F. Aalders, voorzitter, R.E. van Hellemond, lid-jurist, I. Weenink, G.J. Dogterom en A.D.J. van Empel, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door F.J.E. van Geijn, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 29 december 2023.