



NIET -  
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/  
AFGEWEZEN

## Eerst het ergste uitsluiten

Levensbedreigende aandoeningen dienen zich lang niet altijd even duidelijk aan als in de leerboeken staat. Aan de huisarts de moeilijke taak om de juiste patiënten tijdig in te sturen, en tegelijkertijd niet elke ongeruste patiënt met gillende sirenes op zo'n dure SEH te laten bezorgen. De huisarts gebruikt alle informatie die tot zijn beschikking staat, om vervolgens zo goed mogelijk te beslissen. Maar elke huisarts heeft zijn eigen kerkhof, waar patiënten liggen bij wie die inschatting achteraf niet bleek te kloppen. Het is haast niet te vermijden.

In onderstaande zaak moest de huisarts besluiten of zij een 31-jarige man met acuut ontstane hoofdpijn wel of niet zou insturen. Het door patiënt genoemde 'knapje' in het hoofd kon wijzen op een subarachnoidale bloeding. Toch had hij drie jaar eerder vergelijkbare klachten, die destijds spontaan verdwenen. Na uitgebreid onderzoek door de aios, en overleg met de patiënt, concludeerde ze dat een SAB niet waarschijnlijk was. Toch was dat uiteindelijk wel de juiste diagnose, en de man overleed in het ziekenhuis. Vreselijk, maar kan het de huisarts aangerekend worden? Het

regionaal tuchtcollege vond van niet, maar het Centraal Tuchtcollege wel en verwijst daarbij naar de NHG-Standaard Hoofdpijn. Vóór de huisarts de mogelijkheid van een SAB verwierp, had ze deze levensbedreigende aandoening eerst moeten uitsluiten. Het levert haar een waarschuwing op. Zal ze op haar kop krijgen van de verzekeraar als ze de komende jaren 'te veel' mensen verwijst?

Sophie Broersen, arts/journalist  
Hilde van der Meer, jurist

### Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 19 december 2013

(ingekort door redactie Medisch Contact)

Beslissing in de zaak onder nummer C2013.090 van A, wonende te B, appellante, klaagster in eerste aanleg, tegen C, huisarts, werkzaam te D, verweerster in beide instanties, gemachtigde: mr. E.J.C. de Jong.

# 01

#### Verloop van de procedure

(...)

# 02

#### Beslissing in eerste aanleg

Het regionaal tuchtcollege heeft aan zijn voormelde beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

#### '2 De feiten

(...)

De klacht betreft de zorg voor de echtgenoot van klaagster, de

heer E, geboren in 1979 en overleden in 2010, verder ook patiënt te noemen. (...)

Op 1 oktober 2010 kwam verweerster om ongeveer 8.45 uur op de praktijk en werd aangesproken door de huisarts in opleiding F. Deze was in de eerste maand van haar opleiding en had daarvoor twee jaar als arts-assistent in een ziekenhuis gewerkt.

In overleg met de doktersassistente had F die ochtend patiënt op het spreekuur laten komen in verband met acuut ontstane heftige hoofdpijn. Zij had patiënt al gesproken en onderzocht en daarover het volgende genoteerd in het journaal:

"S drie jaar geleden heftige hoofdpijn gehad, kon toen niets meer. Achter het rechteroog, tranen oog en ptosis naderhand. Nu vanochtend auto aangeduwd toen knapje in nek en heftig hoofdpijn achter het rechteroog. Zeurend gevoel. Misselijkheid erbij. Erg geschrokken. Geen aura gehad. Lichtschuw-. Wel tranen rechteroog. Tintelingen in beide armen en voeten en rond mond. Doof gevoel beide armen. Duizelig erbij. Bleek weggetrokken, dacht dat er vaatje geknapt was in hoofd. Sinds aanval drie jaar geleden wel regelmatig hoofdpijn na stressvolle dagen, maar is anders. Familiaanamnese: migraine-.

O Bleek. Rillerig en angstig. RR 134/84 p 80 t 36,3. Cor s1 s2, geen souffle. Hersenzenuwen intact. Reflexen intact. Romberg gb.

Neus-top proef gb Kracht intact. Sensibiliteit intact. Geen verhoogde spierspanning. Bij rustig ademen verdwijnen tintelingen. Hoofdpijn zakt af.

E Hoofdpijn.”

In een naderhand opgesteld verslag heeft F onder meer nog genoteerd dat het knapje in de nek en de hoofdpijn drie jaar eerder vele malen erger waren geweest en dat zij de NHG-Standaard Hoofdpijn heeft doorgekeken en clusterhoofdpijn heeft opgezocht. Toen verweerster arriveerde heeft zij de casus aanstonds met haar besproken. Zij besprak dat patiënt dacht aan een vaatprobleem, maar beiden oordeelden dat het beeld meer paste bij clusterhoofdpijn. Verweerster en F hebben samen hun gedachten met patiënt besproken en afgesproken dat zij telefonisch overleg zouden voeren met de neuroloog om over een week opnieuw contact met patiënt te hebben. Verder is patiënt geadviseerd om bij nieuwe klachten 1000 mg paracetamol te nemen en bij verandering van de klachten weer contact op te nemen. Patiënt gaf aan dat hij graag een scan zou zien.

Om ongeveer 10.00 uur vertelde F verweerster dat zij een ambulanceverpleegkundige aan de telefoon had die wilde overleggen. De verpleegkundige was aanwezig bij patiënt nadat via 112 hulp was gevraagd vanwege hoofdpijnklachten. Hierover heeft F genoteerd:

“Gebeld door ambulancedienst: opnieuw heftige hoofdpijn. Volgens vriendin ook even weggeweest, verminderd aanspreekbaar. Al PCM genomen. RR 105/70, trok bij naar 120/70. Is misselijk en ziek.”

Verweerster heeft met F besproken dat in afwijking van het eerder afgesproken beleid direct telefonisch overlegd moest worden met de neuroloog. F vertelde de ambulanceverpleegkundige dat patiënt thuis kon blijven, dat zij met de neuroloog zou bellen en dat zij daarna patiënt terug zou bellen. F heeft het consult waarmee zij doende was afgemaakt en daarna contact opgenomen met de neuroloog van het perifere ziekenhuis ter plaatse. Hij gaf aan dat patiënt direct naar de afdeling Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis kon komen voor beoordeling (hij gaf aan dat de ambulance patiënt wel mocht meenemen, maar dat was niet meer mogelijk). Het lukte F vervolgens niet om weer contact te krijgen met patiënt. Achteraf is gebleken dat het enkele minuten na vertrek van de ambulance echt fout was gegaan met patiënt en klaagster weer 112 had gebeld. De ambulance arriveerde snel en patiënt is om ongeveer 10.45 uur opgenomen in het G ter plaatse. Om ongeveer 14.00 uur werd F gebeld door een neuroloog van dat ziekenhuis. Hij vertelde dat patiënt bij hen was opgenomen met een SAB die niet operabel was met een slechte prognose. Binnen enkele dagen is patiënt overleden.

Klaagster heeft eerder een klacht ingediend bij de klachtencom-

missie van de huisartsen in de regio, die gegrond is verklaard.

### 3 Het standpunt van klaagster en de klacht

Klaagster verwijt verweerster – zakelijk weergegeven – dat zij door het stellen van een verkeerde diagnose patiënt geen enkele kans heeft geboden op het overleven van een SAB.

### 4 Het standpunt van verweerster

Verweerster voert – zakelijk weergegeven – aan dat zij feitelijk erkent dat zij niet de juiste diagnose heeft gesteld. De beoordeling of dit haar ook in tuchtrechtelijke zin kan worden verweten, laat verweerster over aan het tuchtcollege.(...)

### 5 De overwegingen van het college

#### 5.1 (...)

5.2 Klaagster verwijt verweerster het missen van de juiste diagnose. In dit verband heeft te gelden dat het missen van de juiste diagnose op zichzelf niet doorslaggevend hoeft te zijn voor het slagen van de klacht. Alleen indien zou komen vast te staan dat de wijze waarop de aangeklaagde arts tot zijn, naderhand onjuist gebleken, diagnose is gekomen in strijd zou zijn met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwame beroepsgeenoot mag worden verwacht – rekening houdende weer met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep te doen gebruikelijk was – kan een dergelijke klacht tot het beoogde resultaat leiden.

#### 5.3 (...)

## 03

### Vaststaande feiten en omstandigheden

(...)

## 04

### Beoordeling van het hoger beroep

(...)

4.3 Bij de beoordeling van het handelen van de huisarts betreft het Centraal Tuchtcollege de Standaard Hoofdpijn van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (2004). Deze Standaard schrijft voor dat de huisarts alert dient te zijn op alarmsymptomen die voor kunnen komen bij ernstige, met hoofdpijn gepaard gaande aandoeningen. Volgens de daarbij behorende tabel is ‘acuut ontstane, zeer heftige pijn’ een alarmsymptoom voor meningitis, CVA en SAB.

Bij patiënt, die door de huisarts in opleiding was gezien, was

### DE GOEDE KANT OP

Terecht heeft het opiniestuk in Nature (2014, 22; 509: 421-3) van de hoogleraren Aleman (cognitieve neuropsychiatrie, RUG) en Denys (psychiatrie, AMC) veel media-aandacht gekregen. Zij breken een lans voor het beter bestuderen van de oorzaken van suïcide, een van de belangrijke – en wellicht voorkombare – doodsoorzaken wereldwijd. Sterker, suïcide is de op een na voornaamste doodsoorzaak tijdens de puberteit en jongvolwassenheid. In bredere zin voeren psychiatrische stoornissen tussen het 14de en 25ste levensjaar de boventoon en resulteren in 45 procent van de disability-adjusted life years (DALY's). Dat is bijna drie keer zoveel als de eerstvolgende factor, ongelukken, die 17 procent bijdraagt aan de DALY's op die leeftijd. Toch is de maatschappelijke aandacht voor psychiatrische stoornissen in de puberteit en jongvolwassenheid gering. Dit is helemaal verbazingwekkend als we weten dat de meeste psychiatrische aandoeningen, zoals angststoornissen, depressie, bipolaire stoornis en schizofrenie, in de (vroeg) puberteit ontstaan. Misschien komt dit omdat de psychiatrie nog altijd als een zonderling buitenbeentje van de geneeskunde wordt gezien. Zo hoorde ik laatst nog dat een van de decanen geneeskunde (nee, niet die uit Utrecht natuurlijk) bekende dat hij de psychiatrie nooit serieus had genomen, maar nu toch beseft dat het net zo'n vak is als de andere onderdelen van de geneeskunde. Kortom, het stuk van Aleman en Denys is niet bepaald overbodig en vormt een essentieel onderdeel van het 'normaliseren' van psychiatrische ziekten. Dat een invloedrijk blad als Nature de psychiatrie hier een forum voor verleent, betekent dat we de goede kant op gaan.

René Kahn

sprake van zodanige acuut ontstane heftige hoofdpijn. Dat deze hoofdpijn zich manifesteerde na een drukverhogende inspanning (het aanduwen van de auto) – patiënt zelf dacht aan een vaatprobleem en sprak in dit verband over een 'knapje' in zijn hoofd – had voor de huisarts aanleiding moeten zijn om te denken aan een SAB. De huisarts heeft verklaard dat zij bij het stellen van de diagnose in eerste instantie ook gedacht heeft aan een SAB, maar dat zij die gedachte heeft verlaten naar aanleiding van de voorgeschiedenis die patiënt had met hoofdpijnklaften. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege valt het de huisarts in tuchtrechtelijke zin aan te rekenen dat zij de gedachte aan de mogelijkheid van een SAB heeft verlaten; zij had deze levensbedreigende aandoening eerst moeten uitsluiten alvorens de diagnose clusterhoofdpijn te stellen.

**4.4** Het voorgaande voert tot de slotsom dat het beroep gegrond is en dat de beslissing van het regionaal tuchtcollege zal worden vernietigd. Het Centraal Tuchtcollege acht het opleggen van de maatregel van een waarschuwing ter zake van het handelen van de huisarts passend en geboden. Daarbij merkt het college op dat een waarschuwing een zakelijke terechtwijzing is die de onjuistheid van een handelwijze naar voren brengt zonder daarop een stempel van laakbaarheid te drukken.  
(...)

## 05

### Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

- vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep;

en opnieuw rechtdoende

- verklaart de klacht gegrond;  
- waarschuwt de huisarts;

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 mr. C.H.M. van Altena, voorzitter, mr. J.P. Fokker en prof. mr. J.K.M. Gevers, leden-juristen, en drs. H.J. Blok en drs. M.A.P.E. Bulder-Beers, leden-beroepsgenoten, en mr. M.H. van Gool, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 19 december 2013. ■

#### web

De volledige tekst van deze uitspraak staat op [medischcontact.nl/tuchtrecht](http://medischcontact.nl/tuchtrecht). Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

Voor meer uitspraken zie [tuchtrecht.nl](http://tuchtrecht.nl).