

# uitspraak tuchtcollege

## Echtgenote tevens praktijkverpleegkundige

Een huisartsenpraktijk waarin naast de huisarts diens echtgenote al een kwart eeuw als praktijkverpleegkundige meedraait. Natuurlijk kent ook zij de patiënten van haver tot gort. En natuurlijk delen de echtelieden, betrokken als ze zijn, ook buiten de werksituatie veel informatie over 'hun' patiënten. In deze situatie, die vroeger heel gewoon was, wordt de echtgenote/praktijkverpleegkundige door veel patiënten (en soms ook door haarzelf) steeds meer als vervanger van 'hun dokter' gezien. In het kader van chronische zorg kan dat bij een praktijkverpleegkundige zelfs wenselijk zijn, maar bij acute zorg ligt dat toch anders.

In onderstaande zaak reageert de echtgenote/praktijkverpleegkundige op een telefonische vraag om een spoedvisite bij een overbekende patiënte met multipathologie door zelf de visite af te leggen. Zij onderzoekt en stelt gerust, zowel de patiënte en haar familie als ook haar eigen echtgenoot, die de vrouw niet alsnog bezoekt. Achteraf allemaal onterecht, want de patiënte overlijdt uiteindelijk aan de gevolgen van een peritonitis op basis van een geperforeerde galblaas. Zowel de huisarts als zijn echtgenote krijgt een waarschuwing. Hij als verantwoordelijke voor zijn niet-adequate praktijkorganisatie én omdat hij zelf niet was gaan kijken. Zij (zie website) omdat zij zich ten opzichte van de familie niet kenbaar had gemaakt als niet-arts en een diagnose had gesteld in een acute situatie.

Het tuchtcollege zegt er niets over, maar de waarschuwing is duidelijk dat ook (en misschien juist) in praktijken waarin werk en privé zo nauw zijn verweven, goede werkafspraken moeten worden gemaakt, hoe moeilijk misschien ook. 'Wie is de baas' op de werkvloer kan namelijk heel anders zijn dan in een huwelijk.

B.V.M. Crul, arts  
mr. W.P. Rijkse

### Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Eindhoven d.d. 20 januari 2009

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Eindhoven heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 12 februari 2008 binnengekomen klacht van A, wonende te B, klaagster, tegen C, huisarts, werkzaam te D, wonende te D, verweerder.

#### 1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van het klaagschrift en de aanvullingen daarop, het verweerschrift, de repliek, de dupliek, een afdruk van het journaal en een ter zitting op verzoek van het college overgelegde uitdraai uit het medisch dossier.

Partijen hebben geen gebruikgemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord. De klacht is ter openbare zitting

van 10 december 2008 behandeld. Partijen waren aanwezig. Klaagster werd ter zitting bijgestaan door haar echtgenoot, de heer E.

#### 2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende: Verweerder was de huisarts van de moeder van klaagster, hierna te noemen: patiënte. Patiënte had een uitgebreide ziektegeschiedenis met urostoma, renale insufficiëntie, hypertensie, neiging tot hartfalen en COPD. Zij had problemen met haar medicatie; zij hamsterde medicijnen en had moeite met het volgen van doseringsschema's. Daarom was afgesproken dat voor haar een weekverpakking met dagdoseringen in de praktijk van verweerder werd klaargemaakt. Zodoende kwam ze bijna elke week op de praktijk om de medicatie te halen. Patiënte woonde in dezelfde straat als waar

zich de praktijk van verweerder bevond.

Op 9 januari 2008 vond de schoon-zuster van klaagster patiënte in haar woning. Ze had het bewustzijn verloren. Zij heeft toen de praktijk van verweerder gebeld met verzoek om een spoedvisite. Verweerder was niet aanwezig. In plaats van verweerder verscheen om ongeveer 15.15 uur de praktijkverpleegkundige, de echtgenote van de huisarts, die vanaf 1983 in de praktijk werkzaam was. Zij trof patiënte in bed aan.

Naar aanleiding van dit bezoek is het navolgende in het medisch dossier opgenomen:

'S Mevrouw is aanspreekbaar bij binnenkomst, geen pijn maar kon zich niet herinneren wat er gebeurd was.

O Mevrouw is onderzocht op blauwe plekken, uitslag, fractuurverschijnselen, glucose, tensie en pols en op tekenen van TIA/CVA. Urine in urinezak was helder en rook niet volgens familie. De medicatie van vandaag is kennelijk tot op dat moment goed ingenomen. Ben er ruim een uur bijgebleven en mevrouw is in die tijd duidelijk opgeknapt.

E Onwel geworden zonder duidelijke oorzaak.

P Wist niet wat gebeurd is. Een hoop geregeld. Een hoop medicijnen in huis gevonden ondanks dat ze eigenlijk niets meer in huis zou kunnen hebben. Apotheek (...) gebeld dat ze niets meer mogen meegeven. Als advies iets meer drinken ook vanwege het gebruik van vochttabletten, parac klaargelegd op het nachtkastje voor als er pijn zou optreden. Controle zn.'

Na deze visite heeft zij een volle plastic zak met medicijnen, die in de woning van patiënte was gevonden, meegenomen. Toen verweerder om ongeveer 16.30 uur van zijn visites terugkwam, heeft zijn praktijkverpleegkundige hem onmiddellijk verslag gedaan. Ze heeft hem gezegd dat haar de situatie stabiel leek, dat de familie niet meer had gebeld en dat het naar haar mening niet meer nodig was dat hij nog een visite bij

patiënte zou afleggen. Hij heeft dat ook niet meer gedaan.

Toen het die avond slechter met patiënte ging is haar familie met haar naar het ziekenhuis gereden. Men stelde daar vast dat zij was uitgedroogd en dat diverse functies onvoldoende waren. Zij werd opgenomen op de intensivereafdeling. Daags daarna heeft tussen enkele familieleden van patiënte en verweerder een gesprek plaatsgevonden over de gang van zaken.

Op 19 januari 2008, het was in het weekend, is de echtgenoot van klaagster naar de woning/praktijk van verweerder gegaan met de bedoeling om te vragen of verweerder niet in het ziekenhuis kon nagaan hoe het werkelijk met patiënte ging en wat hun te doen stond als ze een second opinion wilden. Verweerder heeft geantwoord dat haar man dienst had op de huisartsenpost. Op de vraag of hij 's avonds nog zou willen bellen, heeft zij geantwoord dat hij erg moe was als hij zo laat (om 23.00 uur) van zijn dienst thuiskwam.

Bij thuiskomst heeft zij haar echtgenoot verslag gedaan, die 's avonds toch nog met de familie heeft gebeld. Inmiddels was in het ziekenhuis gebleken dat patiënte een vierkwadrant peritonitis had op basis van een geperforeerde galblaas. Zij is hieraan nog geopereerd, maar dit heeft niet mogen baten. Op 21 januari 2008 is zij in het ziekenhuis overleden.

### 3. Het standpunt van klaagster en de klacht

De klacht houdt in dat verweerder op 9 januari niet zelf is gekomen.

### 4. Het standpunt van verweerder

Op 9 januari is een telefonisch verzoek om een spoedvisite binnengekomen. Verweerder was op dat moment niet aanwezig. Hij was visites aan het afleggen, met name bij een terminale patiënt. Verweerders echtgenote, die als praktijkverpleegkundige al vanaf 1983 in zijn praktijk werkzaam is, is daarop alvast naar de vlakbij gelegen woning van patiënte gegaan om te inventariseren wat er aan de hand was. Zij heeft daarover geen overleg met verweerder gevoerd.

Bij onderzoek bleek de praktijkverpleegkundige dat patiënte aanspreekbaar was en geen neurologische verschijnselen had die op een TIA/CVA duiden, waarvoor de familie bang was. Zij is ruim een uur gebleven en patiënte knapte duidelijk op. Zij heeft verder gecontroleerd op blauwe plekken, uitslag, fractuurverschijnselen, glucose, tensie en polsen en zij heeft gevraagd naar urineproductie. De urinezak lag nog in de kamer; het zag er niet troebel uit. Zij heeft geen medicatie toegediend; ze heeft alleen gezegd de paracetamol, die patiënte nog niet had ingenomen, klaar te leggen voor eventuele inname later. Ze heeft geadviseerd meer te drinken. Na

ruim een uur is ze teruggegaan naar de praktijk met de mededeling dat ze wel iets zouden horen als het nodig mocht zijn. Tijdens het bezoek vond de schoondochter een volle plastic tas met medicamenten, meer dan 1000 stuks; de praktijkverpleegkundige heeft die tas meegenomen.

Toen verweerder terugkwam van zijn visite heeft zij hem onmiddellijk van haar bevindingen verslag gedaan en daarbij gezegd dat het haar niet nodig leek dat hij patiënte zou bezoeken, mede nu niet meer van de familie was vernomen. Verweerder heeft dat advies gevolgd.

Er is in de praktijk geen protocol waarin de taakverdeling tussen arts en verpleegkundige is vastgelegd.

### 5. De overwegingen van het college

Toen de familie van patiënte telefonisch een verzoek deed voor een spoedvisite door een arts, had dit verzoek niet zonder meer afgedaan mogen worden door een praktijkverpleegkundige.

Op zich acht het college het niet verwijtbaar dat de praktijkverpleegkundige in de gegeven omstandigheden 'alvast' is gaan kijken. Het ging hier echter niet om een verzoek in het kader van chronische zorg, die in de regel door een praktijkverpleegkundige kan worden behandeld, maar om een acute hulpvraag voor een patiënte met multipathologie. Gelet hierop kon niet worden volstaan met een beoordeling door een praktijkverpleegkundige, maar had deze hulpvraag onmiddellijk aan een arts ter beoordeling moeten worden voorgelegd. In de praktijk van verweerder bestond geen enkele regel hoe in een dergelijk geval te handelen. De organisatie van de praktijk, waarvoor verweerder verantwoordelijk is, schoot op dit vlak tekort en dat moet verweerder worden aangerekend. Verweerder heeft voorts niet adequaat gereageerd toen hij, zij het verwijtbaar te laat, op de hoogte kwam van de hulpvraag. Hij had onmiddellijk zelf moeten gaan kijken. Dit geldt temeer nu de bevindingen van de praktijkverpleegkundige bepaald niet zo geruststellend waren als zij

## Glioblastoom

Een patiënt komt met spoed op de SEH met een epileptische aanval. Een aiOS stelt de waarschijnlijkheidsdiagnose 'glioblastoom'. De neuroloog instrueert slechts telefonisch.



Hij zegt dat hij de patiënt heeft opgezocht, maar dat staat nergens genoteerd. Een second opinion wijst uit dat er sprake is van een hersenabces in plaats van een glioblastoom. Nog net binnen de verjaringstermijn van tien jaar wendt de patiënt zich tot het tuchtcollege. De advocaat van de neuroloog probeert nog een vormkwestie als verdediging aan te voeren. Maar het tuchtcollege verklaart de klacht ontvankelijk en geeft de neuroloog een waarschuwing.

De inspectie selecteert en commentarieert elke week een ongepubliceerde tuchtzaak op [medischcontact.nl/tuchtzaken](http://medischcontact.nl/tuchtzaken).

## Imago

De Nederlandse medisch specialist heeft een imago probleem. Op grond van recente onderzoeken lijkt het grote publiek te denken dat specialisten de patiënt (te) weinig aandacht geven, dat we regelmatig fouten maken maar daar weinig van leren, en dat we elkaar ook nog de hand boven het hoofd houden als we er een zootje van maken. De OESO heeft becijferd dat in Nederland medisch specialisten aanzienlijk meer verdienen dan in de rest van Europa. Vergelijkbare opleiding, vergelijkbaar werk, vergelijkbare dienstenbelasting, meer inkomen. De Orde heeft inhoudelijk kritiek op het OESO-rapport, maar kan ook niet om het gegeven heen dat de specialist in Nederland gemiddeld ruim twee ton per jaar verdient. Ik heb al eerder op deze plek mijn verbazing uitgesproken over (het gebrek aan rechtvaardiging voor) inkomensverschillen tussen medisch specialisten in ons land. Dienstverbanders als ik komen aan maximaal 140.000 euro per jaar; anderen verdienen dus ruim 60.000 euro meer.

Tot nu toe heeft de Orde op dit soort gegevens gereageerd met gezwollen frasen over 'professionele autonomie', 'optimale zorg centraal' en 'de zegeningen van het vrije ondernemerschap voor dokters'. Pogingen om te komen tot een evenwichtiger inkomensverdeling tussen specialisten leveren een gruwelijk complex systeem op, dat vervolgens toch weer tot grote inkomensverschillen leidt. In ons gedrag lijken we verdacht veel op bankiers die hun bonussysteem willen behouden. Als de inkomens van politici, managers in de publieke sector en nu ook ziekenhuisbestuurders een plafond kennen, dan zie ik geen reden waarom dat niet ook voor medisch specialisten zou kunnen gelden.

De Orde zou het imago van de Nederlandse specialist een geweldige dienst bewijzen als ze nu eens serieus werk maakte van een redelijk en vergelijkbaar inkomen voor alle Nederlandse specialisten.

Paul Brand,  
kinderarts

wel meende. Haar conclusie naar aanleiding van de visite was immers dat patiënte onwel was geworden zonder duidelijke oorzaak. Dat betekent dat er, zeker bij een patiënte met deze ziektegeschiedenis, alleszins reden was om deze patiënte onmiddellijk te gaan zien. Dat verweerder dit niet heeft gedaan valt hem te verwijten. Het voorgaande houdt in dat de klacht gegrond is.

Het college is van mening dat kan worden volstaan met het opleggen aan verweerder, die zich overigens een betrokken arts heeft betoond, van de maatregel van waarschuwing. Het college zal deze beslissing ter publicatie aanbieden aan Medisch Contact en aan Bijzijn.

### 6. De beslissing

Het college:

- legt aan verweerder op de maatregel van waarschuwing;

Bepaalt dat de beslissing ter publicatie zal worden aangeboden aan Medisch Contact en aan Bijzijn met het verzoek tot plaatsing. Aldus gewezen door mr. H.P.H. van Griensven, voorzitter, A.F.A van de Reepe en N.Ph. Zonneveld, leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van mr. J.C. Out, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 20 januari 2009 in aanwezigheid van de secretaris.



De uitspraak betreffende de echtgenote/praktijkverpleegkundige

staat op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

## Kind met syndroom van Waterhouse-Friderichsen

Een drama, zeker voor de klagende ouders, maar ook voor de aangeklaagde kinderarts. De eerstgenoemden verloren hun anderhalf jaar oude zoon aan het syndroom van Waterhouse-Friderichsen (dubbelzijdige bijnierbloedingen); de kinderarts zal haar beroep waarschijnlijk nimmer meer uitoefenen mede door de enorme impact die de gebeurtenissen op haar hebben gehad. Het hoogste tuchtcollege verzwaarde de maatregel van het regionaal tuchtcollege van 'waarschuwing' naar 'berisping' terwijl de arts toch op de hectisch verlopen avond in mei 2004 de benen uit haar lijf had gelopen. De op onze website te vinden lange uitspraak is verplichte kost voor in ieder geval iedere medisch specialist (in opleiding) die zich met acute kindergeneeskunde bezighoudt. De kern is dat de kinderarts na het uitsluiten van de diagnose 'meningitis' van de insturend huisarts toch niet heeft onderkend hoe ziek het kind werkelijk was. Zij heeft een aantal verschijnselen gemist dan wel verkeerd geïnterpreteerd. Te snel is zij het spoor 'koorts zonder focus' gaan volgen en zij heeft niet onderkend dat er sprake was van een sepsis waarbij onmiddellijk met intraveneuze antibiotica had moeten worden gestart. Geen dehydratie (het kind dronk namelijk goed en er was geen gastro-enteritis) maar wel sepsis met shock. Ook de afgesproken controles door de verpleging lagen te ver uit elkaar. Dat zij een veel te lage dosering van rifampicine aan de ouders had meegegeven voor contactpersonen wordt haar door het regionaal tuchtcollege nog vergeven. Het hoogste tuchtcollege oordeelt echter strenger en schrijft dat 'ook in een hectische situatie van een professional mag worden verwacht dat hij/zij dit soort fouten niet maakt'. De opleiding tot arts en medisch specialist duurt niet voor niets zo lang.

B.V.M. Crul, arts  
mr. W.P. Rijksen



Alleen online te lezen op  
[www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).