

Vijf lessen uit tuchtklachten over de huisartsenpost

Wulphert Venderink, Boukje van Dijk, Paulien Verhoef, Eva Ouwendijk, Patrick Dielissen

Tussen 2011 en 2022 dienden er 229 tuchtzaken tegen huisartsen op huisartsenposten. Uit de 71 geground verklaarde klachten trekken wij 5 lessen voor de individuele patiëntenzorg. De meeste klachten gingen over een gebrek aan medische expertise van de huisarts. Niet het missen van een diagnose was doorslaggevend voor het geground verklaren van een klacht, maar de beoordeling van het toestandsbeeld, het handelen daarnaar en de verslaglegging.

Het tuchtrecht is bedoeld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken, en om de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen.¹ Een tuchtcollege verwacht niet van de huisarts dat deze altijd de juiste diagnose stelt. Wel dat de anamnese, het lichamelijk onderzoek, eventueel aanvullend onderzoek en de verslaglegging adequaat zijn. Huisartsen kunnen uit geground verklaar-

de tuchtklachten belangrijke medisch-inhoudelijke lessen trekken, zowel in hun eigen praktijk als op de huisartsenpost. Een belangrijk kritiekpunt op het tuchtrecht is dat de beroepsgroep te weinig leert van de bestaande jurisprudentie.² Daarom analyseren we in deze beschouwing een aantal uitspraken en delen we de belangrijkste leerpunten.

Op de website tuchtrecht.nl zijn alle tuchtrechtelijke uitspraken te vinden die de gezondheidszorg betreffen. Via verschillende zoektermen identificeerden we 188 voor de huisartsenpost relevante uitspraken van een regionaal tuchtcollege en 41 uitspraken in hoger beroep van het Centraal tuchtcollege, gedaan tussen 1 januari 2011 en 8 april 2022. Uit de 71 (deels) geground verklaarde klachten selecteerden 4 huisartsen in consensus de 5 belangrijkste leerpunten. Dat zijn vooral punten waarbij in meerdere tuchtzaken vergelijkbaar handelen aan de orde kwam.



Het tuchtrecht verwacht van de huisarts dat de anamnese, het lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek en de verslaglegging adequaat zijn.

DE KERN

- Verwar bij onbekende patiënten in de spoedzorg symptomen niet met een diagnose; gebruik de ABCDE-systeematiek en handel ernaar.
- Wees extra zorgvuldig met diagnostiek en vangnetadviezen als het missen van een diagnose ernstige consequenties heeft.
- Besef in de overdracht met ketenpartners dat de huisarts de diagnose stelt, niet de ambulanceverpleegkundige.
- Doe adequaat verslag van bevindingen en beleid; denk daarbij ook aan het vermelden van negatieve bevindingen.
- Het doel in de spoedzorg is niet per se een juiste diagnose, maar wel het herkennen van een acuut zieke patiënt of spoedindicatie en daarnaar handelen conform de richtlijnen en werkafspraken.

LES 1 EEN SYMPTOOM IS GEEN DIAGNOSE

In 5 tuchtzaken had de huisarts de diagnose ‘hyperventilatie’ gesteld, maar dit niet herkend als symptoom van CVA (2 keer), longembolie (1 keer), myocardinfarct (1 keer) en pneumonie (1 keer).³⁻⁷ Hyperventilatie (overmatige ademhaling) kan diverse oorzaken hebben, maar wordt het meest geassocieerd met een psychogene oorzaak, bijvoorbeeld stress bij een paniekaanval. Het kan echter ook een compensatoir symptoom zijn van hypoxie (astma, longembolie, myocardinfarct) of metabole acidose (ontregelde diabetes mellitus, sepsis). Bovendien moet hyperventilatie onderscheiden worden van acute dyspneu. Kortom: hyperventilatie is een symptoom, geen diagnose.

Behalve de genoemde tuchtzaken over hyperventilatie waren er meer waarin symptoombestrijding leidend was zonder de oorzaak na te gaan. Opioiden werden geregeld (telefonisch) voorgeschreven zonder voorafgaande fysieke beoordeling of zonder dat de oorzaak van de pijn was nagegaan. Vaak namen de patiënt of een mantelzorger vervolgens opnieuw contact op met de huisartsenpost. De les is: wanneer meer pijnstilling nodig is dan op grond van het toestandbeeld en de gediagnosticeerde aandoening te verwachten is, is fysieke (her)beoordeling aangewezen.

LES 2 STUUR EEN ACUUT ZIEKE PATIËNT IN ALS DE DIAGNOSE ONDUIDELIJK IS

In meerdere tuchtuitspraken stond centraal dat de huisarts niet adequaat of tijdig had ingeschat dat een patiënt acuut ziek was. Dit gebeurde met name bij kinderen met sepsis, dehydratie, torsio testis of meningitis. In de spoedzorg is snel beoordelen van de vitale functies en daarnaar handelen belangrijker dan de juiste diagnose. Het gaat daarbij om de ABCDE-sys-

tematiek.⁸ De Nederlandse Triage Standaard schrijft voor dat bij elk telefonisch contact in de spoedzorg gestart wordt met een ABCDE-check. Soms volstaat een snelle controle, bijvoorbeeld vragen of er nog andere klachten zijn. Een lichamelijk onderzoek moet altijd beginnen met een *primary survey* volgens de ABCDE-methodiek om systematisch vast te stellen welke vitale stoornissen of bedreigingen er zijn en daarnaar te handelen. Deze beoordeling kan op elk moment leiden tot een interventie, zoals zuurstof geven of direct verwijzen per ambulance. Pas als dat is afgerond en de patiënt stabiel is, is er ruimte voor diagnostisch denken in een *secondary survey*, die bestaat uit een snelle anamnese en een volledig lichamelijk onderzoek, volgens vaste richtlijnen.

Een bekende valkuil bij patiënten die binnen enkele uren meermaals contact opnemen, is dat de bevindingen van de voorgaande hulpverlener als uitgangspunt worden genomen voor een vervolgactie of -advies, zonder opnieuw de *primary* en *secondary survey* te doen. De NHG-Triagewijzer beschouwt een tweede contact echter als een alarmsignaal dat de urgentie verhoogt en reden is om opnieuw een ABCDE-check te doen. Uit calamiteitenanalyses is overigens gebleken dat wanneer het eerste contact met de eigen huisarts heeft plaatsgevonden en er daarna contact is met de huisartsenpost, dit laatste lang niet altijd als tweede contact wordt herkend.

CASUS: EEN BETONSPLINTER IN HET OOG

Een patiënt meldde zich rond 18:00 uur op de huisartsenpost omdat tijdens werkzaamheden een betonsplinter in zijn rechteroog was gekomen. In eerste instantie probeerde een aios de splinter te verwijderen met een wattenstaafje en vervolgens met een blauw subcutaan naaldje. Omdat dit niet lukte, deed de huisarts (verweerster in deze zaak) zelf pogingen om met een blauw subcutaan naaldje de splinter te verwijderen. Omdat ook dit niet het gewenste resultaat had, gebruikte ze vervolgens een oogboortje met een autostop. Hierop kwam een deel van de splinter los. Bij een volgende poging om het laatste restje te verwijderen kwam er ineens helder vocht vrij en gaf patiënt aan veel minder te zien. De huisarts staakte haar pogingen en overlegde met de dienstdoende oogarts. Uit de opnamen van het telefoongesprek bleek dat de huisarts de oogarts vertelde van het opgetreden visusverlies, maar niet van het ineens vrijgekomen vocht. Op basis van dit overleg adviseerde de oogarts patiënt naar huis te laten gaan met oogzalfverband en de volgende dag naar een oogarts te laten gaan. In deze casus werd de aios en de huisarts niet verweten dat ze er niet in slaagden de splinter uit het oog te verwijderen, maar wel werd het de huisarts verweten dat zij de dienstdoende oogarts niet van alle relevante informatie had voorzien terwijl het vrijkomen van het vocht juist de reden was om contact op te nemen met de oogarts. De huisarts kreeg een waarschuwing opgelegd. [Centraal Tuchtcollège voor de Gezondheidszorg, 14 september 2022.]

LES 3 WEES EXTRA ZORGVULDIG ALS HET MISSEN VAN EEN DIAGNOSE ERNSTIGE CONSEQUENTIES KAN HEBBEN

Pijn op de borst en acute pijn van het scrotum zijn 2 illustratieve tuchtzaken waarin een te late of verkeerde diagnose ernstige consequenties had: het missen van een acuut coronaair syndroom respectievelijk een torsio testis. Volgens de

NHG-Standaard Acut coronair syndroom moet je bij pijn op de borst laagdrempelig insturen vanwege de mogelijk ernstige gevolgen (levensbedreigende ritmestoornissen en op langere termijn hartfalen).⁹

Kenmerkend voor een torsio testis is een acute, scherpe pijn in de balzak. Maar bij een puber of adolescent moet ook aan een torsio testis gedacht worden bij pijn in het onderste gedeelte van de buik, de lies of het bovenbeen. Bijkomende klachten kunnen zijn: duizeligheid, misselijkheid of braken, en soms ook roodheid en zwelling van de balzak. Vermoeden van een torsio testis is een urologische spoedindicatie; het bewijs wordt geleverd met een echo. Het is noodzakelijk de bal zo snel mogelijk terug te draaien om necrose van de bal te voorkomen.¹⁰ Pijn in het scrotum als ingangsklacht leidt vrijwel altijd tot een U2-consult. De oorzaak van het missen van een torsio testis ligt dus in het vervolgtraject.

Huisartsen zien veel klachten in een vroeg stadium of patiënten met atypische klachten bij wie er (nog) sprake is van diagnostische onzekerheid, ook op de huisartsenpost. Als er in de differentiaaldiagnose een diagnose staat met een ernstige consequentie, is er eerder reden voor laagdrempelig aanvullend onderzoek of verwijzing. Een intercollegiale consultatie kan hierbij behulpzaam zijn. Hierbij geldt dat de huisarts zelf verantwoordelijk blijft voor de zorg en kritisch met de adviezen om moet gaan.

LES 4 VOLG DE BEVINDINGEN VAN DE AMBULANCEVERPLEEGKUNDIGE NIET BLINDELINGS

De overdracht en de verdeling van verantwoordelijkheden zijn belangrijke aspecten van de samenwerking tussen huisartsen en ambulanceverpleegkundigen. De tuchtcolleges concludeerden diverse keren dat de werkdiagnose van een ambulanceverpleegkundige de diagnose van de huisarts niet kan vervangen. Bij acute hoofdpijn bijvoorbeeld is het aan de huisarts en niet aan de ambulanceverpleegkundige om de diagnose ‘migraine’ te stellen en een subarachnoïdale bloeding uit te sluiten.¹¹ Ambulanceverpleegkundigen denken in toestandsbeelden en handelen in principe protocollair. Huisartsen zijn getraind om in diagnoses en patronen te denken. De huisarts moet dus de informatie uit de primary en secondary survey van de ambulanceverpleegkundige afzetten tegen het eigen referentiekader, en beseffen dat de verantwoordelijkheid voor de zorg bij de huisarts ligt als deze de overdracht heeft geaccepteerd. Belangrijke voorwaarden om van verdere zorg af te zien, zijn een goede verklaring voor de klachten, afwezigheid van vitale stoornissen of bedreigingen, een gezamenlijke probleemdefinitie met de patiënt en een vangnetadvies. Bij twijfel over of onvolledige verklaring van de oorzaak van de klachten moet de huisarts zelf informatie verzamelen en van daaruit een toestandsbeeld vaststellen met zo mogelijk aansluitend een diagnose en beleid.

CASUS: FLAUWTE, HOOFDPIJN, BRAAKNEIGINGEN EN PIJN IN DE NEK

Op een zondag in 2011 nam de partner van een 52-jarige vrouw contact op met de huisartsenpost in verband met een ineens opgekomen gevoel van flauwte, zeer zware hoofdpijn, braakneigingen en pijn in de nek. De triagiste op de huisartsenpost trad in overleg met de huisarts [verweerder in deze zaak], die vervolgens besloot dat een ambulance naar patiënte moest worden gestuurd in verband met het vermoeden van een subarachnoïdale bloeding.

De ambulancebroeder deed ter plaatse onderzoek en nam vervolgens contact op met de huisartsenpost omdat de situatie die hij aantroef toch anders was dan de triagiste in eerste instantie had doorgegeven. Besproken werd onder andere dat patiënte was flauwgevallen na de toiletgang, op de trap was gaan zitten en vervolgens op eigen kracht naar de woonkamer was gegaan. Op grond van dit overleg en de bevindingen van de ambulancebroeder had de huisarts vervolgens geconcludeerd dat het waarschijnlijk ging om spanningshoofdpijn of migraine. Op dat moment werd besloten mevrouw niet naar het ziekenhuis te vervoeren. Wel kregen de patiënte en haar partner instructies en een terugbelafspraak. Nog voordat de afspraak kon worden nagekomen was patiënte niet meer aanspreekbaar en werd via de huisartsenpost wederom een ambulance gestuurd. In het ziekenhuis bleek vervolgens dat zij toch een subarachnoïdale bloeding had.

Het tuchtcollege legde een waarschuwing op, overwegende ‘dat de ambulancebroeder weliswaar uitgebreid en zorgvuldig onderzoek heeft gedaan, maar dat verweerder aan de observaties van de ambulancebroeder de verkeerde consequenties heeft verbonden. Het goed aanspreekbaar zijn en het ogenschijnlijk ontbreken van neurologische verschijnselen is onvoldoende reden om een subarachnoïdale bloeding uit te sluiten, gezien het klachtenpatroon dat vanaf de eerste melding in feite niet veranderd bleek te zijn. Daarbij komt dat een ambulancebroeder slechts een globaal neurologisch onderzoek verricht en niet competent is om een subarachnoïdale bloeding te bevestigen dan wel te ontkrachten. Verweerder had dus niet op de bevindingen van de ambulancebroeder mogen afgaan maar had zelf onderzoek moeten verrichten of patiënte naar het ziekenhuis moeten laten vervoeren.’ [Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam, 2 april 2013.]

LES 5 WAT IS NAGEVRAAGD OF ONDERZOCHT MOET WORDEN OPGESCHREVEN

Diverse uitspraken hadden betrekking op onvolledige dossiervoering. De regel ‘wat is nagevraagd of onderzocht moet worden opgeschreven’ bevordert de kwaliteit van de zorg. Het registreren biedt gelegenheid voor een korte reflectie: zijn de juiste vragen gesteld, was het lichamelijk onderzoek volledig, is er een (voorlopige) diagnose gesteld en is het beleid – inclusief vangnetadvies – besproken? In het vervolgtraject is deze zorginhoudelijke informatie bovendien onmisbaar, niet alleen bij een meningsverschil, claim of (tucht)klacht, maar ook voor de continuïteit van zorg: bij consultondersteuning (forum), medicatieveiligheid, medicatieoverdracht, adequate verwijzing en gedeelde zorg, zoals op een huisartsenpost.¹² Dit betekent ook dat elke huisarts rekening moet houden met tekortkomingen in de registratie en overdracht, en niet moet handelen vanuit veronderstellingen. Het blijft naar het inzicht van de huisarts welke bevindingen en negatieve gegevens relevant zijn om te vermelden in het licht van de klacht en de betreffende richtlijn.

BESCHOUWING

We bespraken 5 belangrijke lessen uit het tuchtrecht die een bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van zorg op de huisartsenpost. De hier gekozen lessen zijn natuurlijk niet de enige. De jurisprudentie is erg casuïstisch en het tuchtrecht is afhankelijk van de ingediende klachten van patiënten. In de ruim 11 door ons bekeken jaren werden slechts 71 tuchtklachten gegrond verklaard. Dat is een extreem kleine fractie van het aantal handelingen dat in die 11 jaar op huisartsenposten is uitgevoerd. Er zit dus een zekere bias in onze leerpunten: wij kozen ze omdat het handelen betrof dat in meerdere tuchtzaken leidde tot een tuchtrechtelijk verwijt en we hopen dat kennismaken van deze lessen de lezer behoedt voor soortgelijk handelen. De belangrijkste boodschappen zijn dat elke acuut zieke patiënt via de ABCDE-systematiek moet worden getrieerd, onderzocht en behandeld, en dat ook bij een ABCDE-stabiele patiënt nader onderzoek naar de symptomen noodzakelijk is. Daarnaast zijn volledige verslaglegging en goede afspraken over ieders verantwoordelijkheid noodzakelijke elementen in de zorgketen. ■

LITERATUUR

1. KNMG. Dossier tuchtrecht. <http://www.knmg.nl>, geraadpleegd 19 september 2022.
2. Herregodts R, Bol C, Weenink J, Hertogh M. Toekomstbestendig tuchtrecht: De lerende werking van het tuchtrecht en team- en netwerkverantwoordelijkheid in het tuchtrecht op grond van de Wet BIG. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2022.
3. Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven, 13 december 2017. ECLI:NL:TGZREIN:2017:130, geraadpleegd november 2022.
4. Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven, 27 september 2017. ECLI:NL:TGZREIN:2017:99, geraadpleegd november 2022.
5. Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 1 september 2015, ECLI:NL:TGZRSGR:2015:122, geraadpleegd november 2022.
6. Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam 6 september 2011, ECLI:NL:TGZRAMS:2011:YG1391, geraadpleegd november 2022.
7. Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle 13 december 2012, ECLI:NL:TGZRZWO:2012:YG2499, geraadpleegd november 2022.
8. Sluiter AC, Rutten MH. ABCDE, wat kun je er mee? Huisarts Wet 2018;61:DOI:10.1007/s12445-018-162-8.
9. Auwerda A, Bouma M, Bruins Slot M, Cohen M, Damman P, de Roy van Zuijdewijn F, et al. NHG-Standaard Acut coronair syndroom. Utrecht: NHG, 2022. [richtlijnen.nhg.org](https://www.nhg.org).
10. Thuisarts.nl. Heftige pijn in de balzak. <https://www.thuisarts.nl/verdraaiing-van-teelbal>, geraadpleegd 19 februari 2022.
11. Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam 2 april 2013. ECLI:NL:TGZRAMS:2013:YG2800, geraadpleegd november 2022.
12. Richtlijn Adequate dossiervorming met het EPD. Utrecht: NHG, 2019. <https://www.nhg.org/themas/artikelen/richtlijn-adequate-dossiervorming-met-het-epd>, geraadpleegd 31 januari 2022.

Venderink W, Van Dijk BG, Verhoef P, Ouwendijk E, Patrick Dielissen PW. Vijf lessen uit tuchtklachten over de huisartsenpost. Huisarts Wet 2023;66:DOI:10.1007/s12445-022-2154-y.
Erasmus MC, afdeling Radiologie en Nucleaire Geneeskunde, Rotterdam: dr. mr. W. Venderink, radioloog en jurist. Huisartsenpost Nijmegen: B.G.H. van Dijk, huisarts en kaderarts spoedzorg; P. Verhoef, huisarts en kaderarts spoedzorg. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Voortgezette opleiding tot Huisarts, Nijmegen: E. Ouwendijk, huisarts en medisch adviseur huisartsenpost Nijmegen; dr. P.W. Dielissen, huisarts: pdielissen@mc-onderdelinde.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.