

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 064/2009

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 6 januari 2011 naar aanleiding van de op 1 april 2009 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,

k l a g e r

-tegen-

**C**, arts, werkzaam te D,  
bijgestaan door mr. H. Uhlenbroek, advocaat te Amsterdam,

v e r w e e r s t e r

### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Klager heeft een klaagschrift met bijlagen ingediend. Verweerster heeft een verweerschrift met bijlagen ingediend. Zij hebben vervolgens gerepliceerd en gedupliceerd. Beiden hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek. Op verzoek van de secretaris zijn de medische dossiers van na te noemen patiënte uit E en het F overgelegd. Verweerster heeft voorafgaande aan de zitting nog stukken overgelegd.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 27 november 2010, alwaar zijn verschenen klager en verweerster, de laatste bijgestaan door haar gemachtigde. Deze heeft een pleitnota overgelegd.

Ter zitting zijn ook de klachten tegen vier collega's van verweerster behandeld. In alle zaken (nrs. 062 t/m 066/2009) wordt gelijktijdig uitspraak gedaan.

### 2. DE FEITEN

Op grond van de stukken waaronder de medische dossiers en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

De klacht heeft betrekking op de behandeling van mevrouw G, de echtgenote van klager, geboren op 8 december 1962 (verder ook patiënte te noemen). Zij heeft het klaagschrift als blijk van haar instemming mee ondertekend.

Patiënte werd op 22 augustus 2008 vrijwillig opgenomen op de afdeling H van de GGZ-instelling E wegens een hypomaan/manisch beeld in het kader van een bipolaire stoornis. Bij opname slikte patiënte amitriptyline, oxazepam, pantazol, haloperidol en lithium. In de week van de opname werd olanzapine toegevoegd. De dosis lithium werd verhoogd tot een spiegel van rond 0,95.

I is op 1 september 2008 begonnen bij E, nadat zij het eerste halfjaar van haar opleiding tot psychiater elders had gevolgd. J was haar supervisor. I had het dagelijkse contact met de patiënten en hield de decursus bij. J had dagelijks overleg met haar en controleerde 'zo eens per week steekproefsgewijs' de aantekeningen van I in enkele van de medische dossiers van haar 15 patiënten. J en I spraken af de amitriptyline, die op 12 augustus 2008 elders was verhoogd, ingaande 15 september 2008 te verlagen aangezien deze medicatie werd gezien als mogelijke oorzaak voor de hypomane stoornis. Patiënte maakte kenbaar angstig te zijn voor een nieuwe depressieve episode. J besprak vervolgens met I om Lamictal (lamotrigine) toe te voegen aan de medicatie van patiënte ter voorkoming van depressieve periodes. Hij sprak, gezien de angst van patiënte voor depressieve episodes en ook haar wens om snel weer naar huis te kunnen, met I af de lamotrigine versneld op te bouwen. Een exact tijdschema is niet aan de orde geweest. Zijn gedachte was een opbouw 'in een week of twee'. I heeft vervolgens, na raadpleging van het Farmacotherapeutisch Kompas, aan hem een opbouw voorgesteld van 50 mg via 100 mg naar 200 mg in stapjes van twee dagen, hetgeen J heeft goedgekeurd. Volgens de medicatielijst van de apotheek zijn op 15 september 2008 2 stuks lamotrigine 50 mg 1x dd verstrekt, op 17 september 2008 2 stuks lamotrigine 100 mg 1x dd en op diezelfde datum 24 stuks lamotrigine 200 mg 1x dd. De dosering van de lamotrigine is dus in 5 dagen opgebouwd.

Over de met J gemaakte afspraken over de (opbouw van) lamotrigine zijn door I geen aantekeningen gemaakt in de decursus. De door klager bij replek overgelegde versie van de decursus vermeldt op 15 september 2008 als notitie van I over een gesprek met patiënte: *"B/ - Start opbouw Lamotrigine (pas bij goede spiegel Amitriptyline afbouwen)."* De later op verzoek van het college van E ontvangen decursus vermeldt op deze plaats: *"B/ - Start opbouw Lamotrigine, versneld opbouwen ivm steeds terugkerende ontslagwens (pas bij goede spiegel Amotriptyline afbouwen). cave depressie."* (onderstrepingen RTC) Ter zitting heeft J desgevraagd kenbaar gemaakt dat hij de hiervoor onderstreepte passages heeft toegevoegd om de onvolledige notities van I te dekken. Op 19 september 2008 heeft I gesproken met patiënte en klager, haar echtgenoot, over de bipolaire stoornis van patiënte. Niet is toen aangetekend of met patiënte en/of klager is gesproken over de (versnelde) opbouw van lamotrigine.

De richtlijn Bipolaire Stoornissen (2008) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie adviseert met betrekking tot lamotrigine onder meer: *"(...) de dosis moet zeer geleidelijk worden opgebouwd (...) week 1 en 2: 25 mg/dag (...) week 7 en 8: 200 mg/dag"* en

*“Verdacht voor ernstige huidafwijkingen zijn snel ontstane confluerende erupties over een groot oppervlak, vooral in het gelaat, de nek en het bovenste deel van de romp, in de buurt van de slijmvliezen, vast aanvoelend, met bijkomend algehele malaise, koorts, lymfeklierzwellen en afwijkende laboratoriumuitslagen (bloedbeeld, leverfuncties, ureum, kreatinine); elk van deze kenmerken afzonderlijk is suspect.”*

Patiënte kreeg ernstige hoofdpijn. Vervolgens kwam zij op zondag 28 september 2008 met koorts terug van verlof. Uit de verpleegkundige aantekeningen blijkt dat de koorts de week daarna wisselde tussen 38,5° C die dag en 41° C op 3 oktober 2008. Vervolgens zakte de koorts via 40,5° C en 40,2° C op 3 oktober 2008 om verder te dalen naar 39,8° C op 4 oktober 2008 (01.00 uur) naar 39,1° C (diezelfde dag om 07.00 uur). Hierna liep die vrijdag 4 oktober 2008 de koorts weer op via 40,7° C (18.00 uur) naar 40,9° C (19.40 uur). In de decursus heeft I op 1 oktober 2008 voor het eerst vermeld: *“Patiënte heeft koorts ontwikkeld.”*

In de week vanaf 29 september 2008 was I de dienstdoende aios. Op 30 september 2008 besprak zij met patiënte de hoofdpijnklachten. Volgens de decursus heeft I uitgelegd dat dit het meest waarschijnlijk door de snelle opbouw van de lamotrigine verklaard werd en dat het niet de bedoeling was de lamotriginedosering te verlagen totdat de spiegel bekend zou zijn. Tot die tijd (maximaal twee weken) kreeg patiënte standaard 1000 mg Paracetamol 4 dd. De hoofdpijn en koorts bleven onverminderd aanwezig. Op 1 oktober 2008 werd dit besproken door I en J. Een maligne neuroleptica syndroom (MNS) werd in overweging genomen, maar verworpen omdat patiënte geen klachten had van spierstijfheid. Voorts is gedacht aan een hypersensitiviteitssyndroom (HSS) maar deze diagnose werd niet gesteld omdat patiënte geen huidafwijkingen vertoonde. Wat de koorts betreft werd gedacht aan een virusinfectie, mede omdat dit heerste op de afdeling. Laboratoriumonderzoek werd afgesproken. Dit vond plaats op 2 oktober 2008, het laboratorium belde geen afwijkende waardes door. Op 2 oktober 2008 werd de huisarts gevraagd patiënte te beoordelen. Hij dacht ook aan een virale infectie.

I nam op 3 oktober 2008 kennis van de laboratoriumuitslag: o.a. Hb 8,4; leuco's 5,4; CRP 67; ASAT 170; ALAT 87; LD 2860; Lithium 0,98 (spiegel lamotrigine op 25 september 2008 0,6). Er bleek geen sprake van een verhoogd CK hetgeen het oordeel dat geen sprake was van een MNS bevestigde. Zij raadpleegde een eerste maal de aan E verbonden internist K naar aanleiding van de labuitslagen. Dit leverde geen nieuwe gezichtspunten op. Na een tweede telefoontje van I is de internist gekomen om patiënte te beoordelen. I noteerde in de status met betrekking tot beide telefonische consulten en het eigen onderzoek van K: *“Zou geneesmiddelenmetabolisme afwijkend kunnen zijn? Is niet bepaald nog, maar wel hoge Olanzapine spiegel. Opvallende verslechtering van leverfunctie en LD heel hoog. Geen tekenen van ahemolyse, dus meest waarschijnlijk levercelverval bij Lamotriginegebruik. Als bijwerkingen van Lamotrigine staan hoofdpijn en koorts beschreven. Advies: zo snel mogelijk stoppen Lamotrigine. Is ook even komen beoordelen: ziet zelfde beeld met iets exantheem op buik en conjunctivitis. Geen indicatie voor overplaatsing naar ziekenboeg op dit moment.”* De internist heeft nog overleg gevoerd met het hoofd van het klinisch chemisch laboratorium over de hoge LDH-waarde. Deze gaf aan dat dit kon passen bij een viraal infect. De internist adviseerde, naast het stoppen van de lamotrigine, driemaal daags temperatuur, tensie en pols te meten en bij een temperatuur boven 41° C of een systolische bloeddruk van 100 of lager overleg te hebben met het ziekenhuis. I nam (omdat J die dag niet aanwezig was) contact op met de waarnemend supervisor, psychiater L, die afbouw van de lamotrigine een goed plan vond. Na overleg met de apotheker, die snel afbouwen in vier

dagen mogelijk achtte, en de farmacoloog die te kennen gaf dat niets bekend was over nog sneller afbouwen, werd besloten af te bouwen in vier dagen. Verder noteerde I onder meer in de decursus dat patiënte drinken moest worden aangeboden, dat ze goed moest worden geobserveerd op onder meer bewustzijn en spierstijfheid en dat ze goed moest worden overgedragen aan de weekenddienst met het verzoek dagelijks te beoordelen. I nam telefonisch contact op met de dienstdoende arts-assistent van die avond en nacht om patiënte over te dragen en belde klager om de situatie uit te leggen.

Op zaterdag 4 oktober 2008 deed verweerster dienst als wacharts. Zij onderzocht als eerste patiënte en noteerde in de status dat patiënte zich beter voelde en helder was, ze at en dronk goed en de temperatuur lag tussen 39,9° C en 39,1° C, RR 180-137/95-76. Ze gaf opdracht aan de verpleging haar de resultaten van de periodieke controles door te geven. Nadat op aandringen van klager door de verpleging om 19.40 uur vervoegd controle was uitgevoerd, werd verweerster gebeld door de verpleging met de mededeling dat de bloeddruk weliswaar goed was, maar de temperatuur gestegen tot 40,9° C. Bij een herbeoordeling viel verweerster op dat patiënte verminderd aanspreekbaar was. Na overleg met de somatische achterwacht en de poortarts van het F is patiënte ingestuurd. Ze is daar opgenomen op de afdeling Intensive Care, waar patiënte is gekoeld onder een koelmatras. Daarna daalde de temperatuur snel. Op 10 oktober 2008 is patiënte weer teruggekeerd naar E.

De internist van het ziekenhuis concludeerde in zijn brief van 12 november 2008 dat sprake was geweest van maligne hyperthermie op basis van seretonerg syndroom, mogelijk als gevolg van de combinatie van Zyprexa en lamotrigine. In het somatisch overleg van E met onder meer de huisarts en internist K is geconcludeerd dat het een atypische presentatie is geweest van zowel MNS als een serotoninesyndroom. Als mogelijke verklaringen werden gezien een lamotrigine-effect op zichzelf, olanzapineverstooring door lamotrigine, een combinatie van Lithium, amitriptyline, olanzapine en lamotrigine of het Stevens-Johnsonsyndroom. Als leerpunt werd gezien dat hoge temperatuur die niet reageert op Paracetamol geen koorts is, maar hyperthermie. Besloten werd de bijwerkingen te melden bij Lareb.

M heeft bij E de functie van geneesheer-directeur ingevolge de Wet BOPZ. In die functie bevindt hij zich niet in de lijn van hiërarchisch leidinggevenden van de psychiaters en de assistenten in opleiding, eindigend bij de Raad van Bestuur. Hij heeft na kennis te hebben genomen van het ongenoegen van patiënte en klager een gesprek gevoerd met klager en een kennis van het echtpaar. Hij heeft dit in het medisch dossier vastgelegd op een 'formulier second opinion/beoordeling'. Hierin heeft hij onder meer vermeld dat hij heeft aangegeven dat over het inhoudelijk beloop van de behandeling niet werd gesproken. Dit gesprek heeft het ongenoegen bij klager uiteindelijk niet kunnen wegnemen, waarna werd besloten de beslissing van de klachtencommissie af te wachten.

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerster -zakelijk weergegeven- dat zij aangaf dat de situatie niet levensbedreigend was en dat zij patiënte pas heeft willen insturen na aandringen van klager. Zij moet voorts hebben geweten van de versnelde opbouw en heeft dit in de doofpot willen stoppen.

#### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

Verweerster voert -zakelijk weergegeven- aan dat zij heeft gehandeld als goed hulpverlener. Zij heeft vanaf het moment dat zij bij patiënte betrokken raakte adequaat gehandeld. Op het standpunt van verweerster zal hierna zo nodig verder worden ingegaan.

#### 5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

##### 5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

##### 5.2

Het college is van oordeel dat verweerster geen tuchtrechtelijk verwijt treft. Zij heeft patiënte op 4 oktober 2008 meteen aan het begin van haar dienst gezien en onderzocht. Gelet op haar bevindingen, patiënte voelde zich beter, was helder, at en dronk goed en de temperatuur lag tussen 39,9° C en 39,1° C, RR 180-137/95-76 hoefde zij op dat moment geen aanleiding te zien patiënte in te sturen. Zij heeft voorts zorgvuldig gehandeld door de verpleegkundige de opdracht te geven om de resultaten van de periodieke controles aan haar door te geven.

Toen klager op bezoek kwam is op zijn verzoek om 19.40 uur door de verpleegkundige een vervroegde controle gedaan (de laatste controle was om 18.00 uur geweest). De bloeddruk was goed maar de temperatuur was gestegen tot 40,9°. Toen verweerster deze uitslag telefonisch door kreeg is zij meteen zelf naar patiënte toegegaan en heeft naar longen en hart geluisterd. Dit leverde geen bijzonderheden op. Wel constateerde zij dat patiënte verminderd aanspreekbaar was. Zij heeft in de stukken en ook ter zitting toegelicht dat zij klager, die in haar ogen in paniek was, op dat moment heeft willen geruststellen door te zeggen dat er geen levensbedreigende situatie was en dat zij ging overleggen. Zij heeft vervolgens overleg gehad met de somatische achterwacht en met het ziekenhuis waarna de ambulance is gebeld. Het college is van oordeel dat deze handelwijze zorgvuldig is geweest. Met verweerster is het college van oordeel dat het te betreuren valt dat bij klager de indruk is ontstaan dat hij heeft moeten aandringen om patiënte in te sturen. De woorden van verweerster zijn kennelijk door klager op een bepaalde manier geïnterpreteerd maar hiervan kan verweerster geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt.

Ten slotte is er onvoldoende grond om het uitgangspunt van klager te kunnen aanvaarden dat verweerster heeft geweten van de versnelde medicatieopbouw en dit in de doofpot heeft willen stoppen.

##### 5.3

Gelet op het voorgaande is de klacht ongegrond.

## 6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. A.L. Smit, voorzitter, mr. E.W.M. Meulemans, lid-jurist, en prof. dr. F.A.M. Kortmann, dr. P.J. Wahab en M.D. Klein Leugemors, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. K.M. Dijkman, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 6 januari 2011 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aan-gelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.