

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2015-246

**Datum uitspraak: 19 juli 2016**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

**A**,  
wonende te B,  
klaagster,  
gemachtigde: J.T. Koetsier, werkzaam te Blauwestad,

tegen:

**C**, internist  
BIG-registratienummer: 39021642701  
werkzaam te B,  
verweerder,  
gemachtigde: mr. M.J. de Groot, werkzaam te Bussum.

### 1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 13 oktober 2015
- het verweerschrift met het medisch dossier (productie A en B)
- de repliek met bijlagen
- de dupliek
- de door klaagster op verzoek van het Tuchtcollege in het geding gebrachte cardiologiestatus van haar overleden vader.

1.2 De partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 7 juni 2016. Klaagster, vergezeld van haar moeder en broer en bijgestaan door haar gemachtigde, is verschenen. Verweerder is eveneens verschenen en werd bijgestaan door zijn gemachtigde voornoemd. Beide partijen hebben hun standpunten mondeling toegelicht, mede aan de hand van een pleitnotitie van de zijde van gemach-

tigde van klaagster. Klaagster heeft nog een nadere toelichting voorgelezen en overgelegd.

## 2. De feiten

2.1 Klaagster is de dochter van de heer D, geboren in 1936 en overleden op 4 mei 2015 (hierna patiënt).

2.2 Bij patiënt werd op 23 april 2015 door zijn eigen huisarts, eveneens aangeklaagd door klaagster (dossiernummer 2015-244), een splinter uit zijn rechterknie verwijderd zonder profylaxe. Op 29 april 2015 werd gestart met ciprofloxacin.

2.3 Verweerder is werkzaam in het E te B (verder: het ziekenhuis) als internist-endocrinoloog.

2.4 Patiënt die bekend was met nierfunctiestoornissen en een uitgebreide cardiale voorgeschiedenis, waaronder een aorta kunstklep, werd in verband met een verhoogd C-reefief proteïne (verder CRP) en klachten van algemene malaise, op vrijdag 1 mei 2015 via de Spoedeisende Hulp opgenomen op de Afdeling Interne Geneeskunde van het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van verweerder. Bij opname vertelde patiënt ondermeer dat hij een week tevoren gedurende 30 minuten een visusdaling had gehad.

2.5 Op basis van de klinische conditie van patiënt bij opname, de klachten van algemene malaise, de hemodynamiek en de nieuw ontstane leverfunctiestoornissen werd door verweerder de voorlopige werkdiagnose virale infectie (cytomegalovirus) gesteld. De door de huisarts van patiënt voorgeschreven ciprofloxacin werd gestaakt. Tevens werden er bloedkweken en een urinekweek ingezet.

2.6 Op 2 mei 2015 werd bekend dat de bloedkweken positief waren met grampositieve kokken (mogelijk coagulase negatieve stafylokokken). Op basis van de conditie van patiënt stelde verweerder een afwachtend beleid in tot de definitieve determinatie.

2.7 Op 3 mei 2015 kreeg patiënt koorts en koude rillingen. Naar aanleiding van het voorgaande werd gestart met flucloxaciline intraveneus. Nog diezelfde dag werd door verweerder in samenspraak met de microbioloog het beleid op basis van de definitieve bloedkweken uitslagen gewijzigd, de flucloxaciline werd vervangen door vancomycine. Later die dag is patiënt in een reanimatiesetting geraakt. In overleg met verweerder werd besloten patiënt over te plaatsen naar afdeling coronaire care unit (CCU), vanwege verdenking op endocarditis.

2.8 Op 4 mei 2015 werd patiënt na een hartkatheterisatie overgeplaatst naar het F te G, alwaar hij diezelfde dag overleed aan hartfalen ten gevolge van een losliggende aorta kunstklep door endocarditis.

2.9 Verweerder heeft na interventie van de huisarts van patiënt op verzoek van de familie een nagesprek gehad met de familie van patiënt waarin hij uitleg over de behandeling heeft gegeven en vragen van de familie heeft beantwoord.

### **3. De klacht**

Klaagster verwijt verweerder zakelijk weergegeven (i) het niet overwegen en beschrijven van bacteriële endocarditis in de differentiële diagnose bij opname en in plaats daarvan vasthouden aan de diagnose virale infectie, (ii) het te laat starten met antibiotica (pas op 3 mei 2015), terwijl dit al bij opname had moeten gebeuren, of in ieder geval op 2 mei 2015 toen de bloedkweken positief bleken te zijn en (iii) het pas in consult roepen van de cardioloog op 3 mei 2015, toen patiënt in een reanimatiesetting was terecht gekomen.

Samenvattend wordt verweerder verweten dat door tekort schietende diagnostiek vertraging is opgetreden in de behandeling van de endocarditis.

### **4. Het standpunt van verweerder**

Verweerder heeft de klachten en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

### **5. De beoordeling**

5.1 De moeder van klaagster heeft te kennen gegeven in te stemmen met de klacht. Klaagster is dan ook ontvankelijk in haar klacht.

5.2 Verweerder werd op vrijdagmiddag 1 mei 2015 rond 15 uur in consult geroepen bij patiënt die via de SEH was opgenomen in verband met een hoog CRP en klachten van algemene malaise.

Verweerder beschikte op dat moment nog niet over de verwijsbrief van de huisarts, maar wel over de cardiale status van patiënt aangezien patiënt in het ziekenhuis onder behandeling stond van de cardioloog.

Uit het verweerschrift en hetgeen verweerder ter zitting naar voren bracht, blijkt dat er bij opname op 1 mei 2015 sprake van een patiënt die geen zieke indruk maakte. Er was op dat moment met name geen koorts, er waren geen souffles waarneembaar, noch waren er tekenen van decompensatio cordis of perifere verschijnselen zoals huid/nagel afwijkingen die konden duiden op een endocarditis.

Klachtonderdeel (i) betreft het verwijt dat bij opname bacteriële endocarditis niet als zodanig in de differentiaal diagnose is betrokken en beschreven en in het verlengde hiervan is vastgehouden aan de diagnose virale infectie.

Het College is van oordeel dat endocarditis duidelijker als differentiaal diagnose had moeten worden opgenomen in het dossier en vooral op klinische gronden sterker had moeten worden overwogen en wel om de volgende redenen. Ten eerste had patiënt een ingreep ondergaan in een geïnfecteerd gebied zonder profylaxe. Verweerder heeft

aangevoerd dat hij niet beschikte over de verwijfsbrief bij opname. Het College stelt evenwel vast dat uit de beschrijving van het lichamelijk onderzoek blijkt dat het wondje aan de rechter knie van patiënt hem was opgevallen. Nu verweerder het wondje had geconstateerd, had hij bij de anamnese verdere navraag daarover moeten doen. Voorts was patiënt bekend met een aorta kunstklep en was er in de weken voorafgaand aan de opname sprake geweest van koorts. Bovendien had de episode van visusdaling in de week voorafgaand aan de opname een anamnestiche verdenking op een TIA moeten opleveren die in combinatie met de aanwezigheid van een kunstklep en koorts als een mogelijke septische embolie in het kader van een endocarditis had moeten worden beoordeeld.

Dit klachtonderdeel is daarom gegrond

5.3 Ten aanzien van klachtonderdeel (ii) overweegt het College als volgt.

Voor het beoordelen van de noodzaak tot het empirisch (vóór het bekend worden van de bloedkweken) starten met antibiotica bij endocarditis is het van belang onderscheid te maken tussen een acute endocarditis (veelal door *Staphylococcus aureus*) en een subacute endocarditis (door streptococcon of coagulase negatieve stafylokokken). In het eerste geval moet direct na afname van de bloedkweken gestart worden met flucloxacilline, in het tweede geval wordt in het algemeen afgewacht met antibiotica tot de bloedkweken positief zijn, om er zeker van te zijn de verwekker in handen te hebben. Het College is van oordeel dat bij patiënt vanuit infectiologisch perspectief geen sprake was van een acute endocarditis en er dus bij opname op 1 mei 2015 geen indicatie was empirisch met antibiotica te starten. Toen echter op zaterdag 2 mei 2015 bekend werd dat de bloedkweken positief waren met grampositieve kokken was voor verweerder het afzien van antibiotica-toediening niet langer te rechtvaardigen. Dit ook gelet op de bijkomende risicofactoren.

Het verweer dat verweerder in samenspraak met de microbioloog tot uitstel is gekomen om de definitieve determinatie af te wachten doet hier niet aan af, nu hierbij de verantwoordelijkheid van verweerder als internist voorop staat. Verweerder had in een later stadium op basis van aanvullende bloedkweken dan wel het bekend worden van de definitieve determinatie zijn antibiotica beleid zo nodig kunnen aanpassen, hetgeen overigens later ook is gebeurd (zie 2.7).

Het tweede klachtonderdeel is daarom gegrond.

5.4 Voorts wordt verweerder verweten dat hij de cardioloog pas in consult heeft geroepen

nadat verweerder op 3 mei 2015 in een reanimatiesetting was geraakt.

Het College is van oordeel, verwijzend naar hetgeen ten aanzien van klachtonderdeel (i) al ter sprake is gekomen, dat de cardioloog al vanaf de opname in de analyse en behandeling van patiënt betrokken had moeten worden. In dit verband wijst het College op het feit dat er bij opname al sprake had moeten zijn van een anamnestiche verdenking op een TIA (wegens de door patiënt doorgemaakte visusstoornissen), waardoor - in combinatie met de aanwezigheid van een kunstklep - beoordeling door de cardioloog noodzakelijk was. Een klepdysfunctie is bij een kunstklep immers moeilijk auscultatoir vast is te stellen.

Het verweer van verweerder dat in het ziekenhuis gangbaar beleid is om in eerste instantie een PET-scan te laten verrichten, waarna, bij een positieve bevinding, de cardioloog wordt geconsulteerd bij een mogelijke verdenking op endocarditis, kan geen stand houden. Ook het ter zitting door verweerder naar voren gebrachte argument dat de cardioloog in het weekend meestal geen echocardiogram vervaardigt, kan geen

stand houden. Bij het overwegen van de diagnose endocarditis had de cardioloog direct moeten worden geconsulteerd.

Ook het derde klachtonderdeel is gegrond.

5.5 De conclusie is dat verweerder in strijd heeft gehandeld met de zorg die hij ten opzichte patiënt behoorde te betrachten zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a, van de

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. De klacht is dan ook op alle onderdelen gegrond.

5.6 Het College acht, na grondige afweging, de hierna te noemen maatregel passend, omdat de verwijten in de diverse klachtonderdelen in wezen allemaal terug te voeren zijn op

één cruciale inschattingsfout van verweerder, namelijk het niet onderkennen van de potentieel

levensbedreigende mechanische complicaties van een lowgrade kunstklep endocarditis. Daarbij heeft het College ook meegewogen dat er bij de presentatie van patiënt

op de SEH van het ziekenhuis sprake was van geringe ziekteverschijnselen.

5.7 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, op de voet van artikel 71 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg bekend worden gemaakt op de hierna te vermelden wijze.

## **6. De beslissing**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag beslist als volgt:

Legt op de maatregel van waarschuwing

bepaalt dat om redenen, aan het algemeen belang ontleend, deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Deze beslissing is gegeven door mr. M.A.F. Tan-de Sonnaville, voorzitter, mr. E.B. Schaafsma- van Campen, lid-jurist, dr. J.W. van 't Wout, H.C. Baak en dr. E.A. Dubois, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door mr. G.G.M.L. Huntjens, secretaris en uitgesproken in het openbaar op dinsdag 19 juli 2016.

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 het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem 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 Den Haag, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.