

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 197/2015

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 27 januari 2017 naar aanleiding van de op 18 september 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

**D**, maag-, darm- en leverarts, werkzaam te B,  
bijgestaan door mr. C.J. van Weering, advocaat te Leiden,

v e r w e e r d e r

### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlage;
- het aanvullende klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek met de bijlagen.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid om gehoord te worden in het kader van het vooronderzoek.

Klaagster heeft ook een klacht ingediend tegen de hieronder genoemde arts in opleiding, waarop onder nr. 198/2015 een beslissing wordt gegeven.

## 2. FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch dossier) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

De klacht betreft de behandeling van de broer van klaagster, E, geboren in het buitenland in 1966 en overleden in 2015, verder 'patiënt' te noemen.

Patiënt had in 1999 bij een auto-ongeluk zijn vrouw verloren. Hun kinderen waren toen vier en zeven jaar oud. Klaagster heeft zich nadien over de kinderen ontfermd. De kinderen hebben ingestemd met het indienen van de klacht. Klaagster is bij alle behandelmomenten aanwezig geweest en fungeerde in voorkomende gevallen als tolk voor haar broer.

Patiënt is op 9 maart 2015 via de afdeling spoedeisende hulp (SEH) opgenomen in F in B (hierna 'het ziekenhuis') vanwege buikpijn bij obstipatie. Op grond van de uitgevoerde onderzoeken kwam onverwacht naar voren dat patiënt levercirrose had zonder duidelijke oorzaak. Patiënt is op 12 maart 2015 uit het ziekenhuis ontslagen. De uitslagen van verdere onderzoeken naar de oorzaak van de cirrose zouden poliklinisch besproken worden. Vanwege de ascites werd als medicatie Aldactone (spironolacton) [een plastalet, RTC] 50 mg per dag voorgeschreven.

Op 7 april 2015 vond een poliklinisch consult plaats bij verweerder. Dat was de eerste keer dat hij patiënt zag. Patiënt vertelde dat hij geen klachten had. Het lichamelijk onderzoek was ongestoord en het gewicht stabiel. Verweerder heeft, na aandringen, aan patiënt en klaagster verteld dat zijn lever voor ongeveer 70% niet meer functioneerde. Mogelijke oorzaken voor de levercirrose zijn besproken. Zo is besproken dat patiënt geen alcohol gebruikte en dat vroeger ook niet veel had gedaan. De MELD-score [een score met betrekking tot de ernst van deze leverziekte, RTC] was 12 (op dezelfde datum is ook een MELD-score van 18 vermeld, waarvoor geen goede verklaring bestaat). Genoteerd is dat patiënt geen leverbiopsie wilde laten afnemen. De oorzaak van de cirrose en de progressie daarvan waren nog onduidelijk. Na twee weken zou er weer een afspraak worden gepland om de onderzoeksresultaten te bespreken, volgens verweerder ter zitting een kortere termijn dan gebruikelijk wegens de ongerustheid bij de familie. De afspraak heeft om onduidelijke redenen echter lang op zich laten wachten.

Patiënt is voor een second opinion naar het buitenland gegaan. In buitenland kreeg patiënt het advies een 'living related donor' levertransplantatie te ondergaan en geen leverbiopsie te laten doen vanwege de daaraan verbonden risico's. Zijn MELD-score werd daar bepaald op 15. Dit alles volgens klaagster, verweerder heeft geen schriftelijke informatie hierover ontvangen.

Terug in Nederland had patiënt last van duizeligheid, misselijkheid en braken en verlies van bewustzijn. Met deze klachten heeft patiënt op 17 mei 2015 de SEH van het ziekenhuis bezocht. Het gemaakte ECG is beoordeeld als niet afwijkend. De conclusie was *"Algehele malaise, anamnestic rectaal bloedverlies en bloedneuzen bij patiënt met levercirrose (van onbekende oorzaak). Duizeligheidsklachten mogelijk obv ondervulling."* Afgesproken werd tot nader order te stoppen met de spironolacton (Aldactone), patiënt had dezelfde week een afspraak op de polikliniek bij verweerder.

Op 20 mei 2015 vond dat poliklinisch consult plaats. Besproken is dat de artsen in het buitenland niets anders vertelden dan de artsen in Nederland maar dat daar in tegenstelling tot in Nederland wel de mogelijkheid was van een 'living related donor' levertransplantatie. Ook is besproken dat vader, de broer van vader, en de broer van moeder zijn overleden aan een leverziekte. Verweerder noteerde ook dat de buitenlandse doktoren patiënt hadden aangegeven dat hij vooral geen leverbiopt moest laten doen omdat dat gevaarlijk was. Verweerder noteerde een MELD-score van wederom 12. De laboratoriumuitslagen en de klinische toestand van patiënt waren ongewijzigd. Verweerder heeft dezelfde dag een verwijfsbrief geschreven voor het levertransplantatieteam in het G te H, niet zozeer vanwege de hoogte van de MELD-score en/of de ernst van de levercirrose, maar vanwege de onbekende oorzaak van de levercirrose en de sterk belaste familieanamnese. Er werd poliklinische controle na twee weken afgesproken.

Deze controle vond plaats op 3 juni 2015. Patiënt had een bollere buik bij gelijk gewicht. De conclusie was dat er sprake was van een gedecompenseerde levercirrose, de MELD-score was gestegen naar 15. Er werd weer gestart met de Aldactone (spironolacton) 50 mg per dag.

Op 23 juni 2015 vond er weer een poliklinische controle plaats. Het gewicht was 1.4 kg gezakt, patiënt had een platte soepele buik. De MELD-score was gestegen naar 16 bij een oplopend bilirubinegehalte. Verweerder heeft die dag een brief gestuurd over patiënt aan de huisarts en aan het leverteam van het G. De afspraak in het G stond gepland voor 27 juli 2015.

Op 4 juli 2015 heeft patiënt de SEH van het ziekenhuis bezocht vanwege malaise, hoofdpijn, misselijkheid, verwardheid en duizeligheid. Patiënt bleek een ernstig zouttekort te hebben en een verhoogd ammoniak. Patiënt is opgenomen in het ziekenhuis waar de Aldactone (spironolacton) is gestopt. Hij heeft een infuus gekregen omdat differentiële aaldiagnostisch werd gedacht aan verwardheid door zouttekort of een hepatische encephalopathie. Vanwege de obstipatie werd lactulose gegeven. Hierop knapte patiënt op en op 8 juli 2015 is hij met ontslag gegaan. Verweerder was niet de behandelend arts.

Op 13 juli 2015 bezocht patiënt 's avonds laat de SEH van het ziekenhuis vanwege ascites en buikpijn, koorts (39,5°C), een trombopenie (33), een verhoogd bilirubinegehalte (79) en een CRP van 46. Patiënt werd opgenomen in het ziekenhuis onder de diagnose spontane bacteriële peritonitis (SBP) en behandeld met antibiotica en albumine. Uit de urinekweek bleek vervolgens op 16 juli 2015 dat patiënt besmet was met een MRSA-bacterie. Patiënt moest daarom geïsoleerd worden verpleegd op een kamer alleen. Dit was zeer deprimerend voor patiënt. Op 16 juli 2015 heeft een telefonisch gesprek plaatsgevonden tussen verweerder en klaagster. Verweerder was niet de behandelend MDL-arts in de kliniek en het was de laatste werkdag voor zijn vakantie. Hij heeft uitleg gegeven over de besmetting met de MRSA-bacterie, dat er geen achteruitgang was van de leverziekte en dat er geen reden was om patiënt op dat moment over te plaatsen naar het G. Om de vochtophoping in de buik te verminderen is op 17 juli 2015 gestart met 100 mg spironolacton (Aldactone). De nierfunctie en de elektrolyten in het bloed zijn gecontroleerd en de uitslagen waren niet afwijkend. Op 20 juli 2015 was patiënt meerdere dagen koortsvrij, met laag-normale ontstekingswaarden in het bloed en afname van vocht in de buik. De behandeling met antibiotica voor

de spontane bacteriële peritonitis is gestaakt. Een arts in opleiding tot MDL-arts heeft die dag telefonisch overleg gehad met het leverteam van het G. Men was akkoord met het gevoerde beleid. De afspraak voor 27 juli 2015 op de polikliniek van het leverteam van het G werd bevestigd. De volgende dag, op 21 juli 2015, is patiënt ontslagen uit het ziekenhuis. Hij kreeg uit voorzorg, om een recidief spontane bacteriële peritonitis te voorkomen, antibiotica (Norfloxacin) voorgeschreven. Er werden controleafspraken gemaakt; na een week was er een afspraak in het G, een week daarna een telefonische afspraak via het ziekenhuis en twee weken daarna een afspraak op de polikliniek van verweerder in het ziekenhuis.

Op 23 juli 2015 is patiënt onwel geworden en na een reanimatie opgenomen in het ziekenhuis. Hij had zodanig ernstige hersenschade opgelopen dat het geen zin meer had hem verder kunstmatig in leven te houden. Enige dagen later is hij overleden. Op grond van de beschikbare laboratoriumgegevens was de MELD-score op 23 juli 2015 (na de reanimatie) 16. Uit een postmortem leverbiopt bleek uitgebreide micronodulaire levercirrose met cholestase zonder aanwijzingen voor alfa-1-antitrypsinedeficiëntie, koperstapeling, ijzerstapeling, een infectie met het herpes simplex virus, primair galganglijden of auto-immunhepatitis. Er heeft verder geen obductie plaatsgevonden.

Vanwege de korte tijd tussen het ontslag uit het ziekenhuis en de reanimatie is een interne VIM-melding gedaan. Naar aanleiding van deze melding is in het ziekenhuis onderzocht of er een verband was tussen de hartstilstand en de eerder geleverde zorg. Het onderzoeksrapport is door verweerder als bijlage bij het verweerschrift overgelegd. In dit onderzoek is geen oorzaak voor de hartstilstand gevonden en zijn geen tekortkomingen in de zorg geconstateerd.

Klaagster heeft een klacht ingediend bij de klachtencommissie van het ziekenhuis. De formulering van de klacht was gelijk aan de formulering hieronder. De klachtencommissie heeft de klachten bij beslissing van 14 januari 2016 ongegrond verklaard.

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

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij:

- a. geen goede behandeling heeft toegepast;
- b. nodige behandelingen achterwege heeft gelaten;
- c. een niet volledig behandelde patiënt heeft ontslagen;
- d. niet op tijd de behandelingen heeft gestart.

### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij van mening is dat hij patiënt heeft behandeld met inachtneming van de zorgvuldigheid die van hem als MDL-arts mag worden verwacht. Voor zover nodig wordt hierna meer specifiek op het verweer 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

Anders dan klaagster veronderstelt, komt een patiënt met een MELD-score van 15 niet meteen in aanmerking voor levertransplantatie. De overlevingskans zonder transplantatie is dan in beginsel nog groter dan met een transplantatie, die immers zelf ook nadelen en risico's kent. En een levertransplantatieteam bepaalt zelf wanneer een patiënt voor transplantatie in aanmerking komt. Een score van 15 is weliswaar in het algemeen de grens vanaf welke een patiënt kan worden aangemeld bij een leverteam, tegelijkertijd is deze score nog steeds laag, moet deze grens niet al te absoluut worden genomen en is een aanmelding bij een hogere waarde ook zeer wel verdedigbaar waarna de wachttijd voor transplantatie in het algemeen korter zal zijn. In dit geval heeft verweerder, vanwege de belaste familieanamnese en de onbekende oorzaak van de levercirrose, patiënt reeds aangemeld bij een score van 12. Dat is in een zeer vroeg stadium en daar valt geen enkele aanmerking op te maken. Het was, zoals verweerder ter zitting heeft uitgelegd, bedoeld om patiënt in het kader van een expert opinion verder te screenen en een mogelijke oorzaak van de leverproblemen te achterhalen. Transplantatie was op dat moment, ook naar het oordeel van het college, nog niet aan de orde. Verder staat een berekende MELD-score op basis van een aantal na onderzoek verkregen (laboratorium)gegevens in beginsel los van de vraag of en zo ja, in welke mate een patiënt ziek is. De keren dat patiënt ziek was en zich meldde bij de SEH werd steeds een oorzaak daarvan gevonden en werd hij, al dan niet na opname, daarvoor adequaat behandeld. Veel van het ongeduld en de toenemende frustratie bij patiënt en zijn familie laten zich verklaren door het onbegrip over het voorgaande en dat onbegrip was kennelijk bij gelegenheid van de poliklinische consulten en de klinische opnames alsook na uitleg ter zitting niet weg te nemen. Dit naast de ervaring van patiënt en zijn familie met het overlijden van meerdere familieleden aan een leverziekte zonder dat de oorzaak daarvoor tijdig was achterhaald. Hoewel verweerder sceptisch was over de mogelijkheid van levende donor transplantatie, heeft hij in de aanmelding bij het leverteam die wens van de familie wel vermeld, hetgeen correct is te noemen. De afspraak bij het leverteam op 27 juli 2015 was op korte termijn en normaal gesproken ruimschoots op tijd voordat het functioneren van de lever van patiënt zodanig zou zijn verslechterd dat zijn situatie urgent zou worden. Verweerder heeft in redelijk uitgebreide notities van de consulten een uitgebreide differentiaaldiagnose gehanteerd en adequaat onderzoek gedaan. Het college ziet, net als verweerder, geen onderzoek dat nog in redelijkheid was uit te voeren om meer helderheid te verschaffen met betrekking tot het leverfalen van patiënt. Verweerder sluit niet uit dat hij op enig moment heeft gezegd dat een door patiënt en klaagster geopperd onderzoek niet alleen geen zin had maar ook kostbaar was. Zonder dat hem met betrekking tot die laatste opmerking echt een tuchtrechtelijk verwijt valt te maken, had dit beter nagelaten kunnen worden nu het bij klaagster en de familie een

eigen leven is gaan leiden in de zin dat aanvullend onderzoek te duur zou zijn geweest voor patiënt. Verweerder heeft, hoewel hij bij de laatste opname in het ziekenhuis niet de behandelend MDL-arts was, op 16 juli 2015 blijkens zijn notities de tijd genomen om klaagster te woord te staan over de toen ontstane situatie. Ten slotte geldt, dat niet is gebleken dat patiënt is overleden aan leverfalen, noch een relatie tussen het overlijden en de cirrose en/of de behandeling daarvan. Bij verder onderzoek van hart en bloedvaten in het ziekenhuis is geen cardiale afwijking gebleken. Op basis van hetgeen hierboven is overwogen zijn de klachtonderdelen onder 3.a, 3.b en 3.d ongegrond. Datzelfde geldt voor klachtonderdeel 3.c, nu verweerder niet was betrokken bij de ziekenhuisopname en het ontslag.

### 5.3

Dit leidt ertoe dat de klacht wordt afgewezen, hoezeer het college net als verweerder begrip heeft voor de vragen en emoties die klaagster heeft bij het overlijden van haar broer, zo kort na zijn ontslag uit het ziekenhuis en terwijl hij onder behandeling was bij verweerder.

## 6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan door mr. A.L. Smit, voorzitter, mr.dr. E. Plomp, lid-jurist, dr. A.W.M. van Milligen de Wit, dr. P.J.M. van Gulp en dr. J.W.B. de Groot, leden-artsen, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 27 januari 2017 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 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.