

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 198/2015

## 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-

**C**, arts, (destijds) 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 MDL-arts D, waarop onder nr. 197/2015 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 het 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 de MDL-arts D. Patiënt vertelde dat hij geen klachten had. Het lichamelijk onderzoek was ongestoord en het gewicht stabiel. D 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. De afspraak heeft om onduidelijke redenen echter lang op zich laten wachten.

Patiënt is voor een second opinion naar het buitenland gegaan. In het 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 onder-vulling."* Afgesproken werd tot nader order te stoppen met de spironolacton (Aldactone), patiënt had dezelfde week een afspraak op de polikliniek.

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. D heeft dezelfde dag een verwijsbrief 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. D 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.

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. Verweerder was vijfdejaars arts in opleiding tot MDL-arts. Hij is (als zaalarts) bij patiënt betrokken geweest op 14, 20 en 21 juli 2015. Verweerder was alert op een spontane bacteriële peritonitis (SBP), hetgeen inderdaad bleek uit een ascitespunctie, en startte een behandeling met antibiotica en albumine. Dit alles in overleg met zijn supervisor en de eindverantwoordelijke behandelaar, de MDL-arts I. Uit de urinekweek bleek vervolgens op 16 juli 2015 dat patiënt besmet was met een MSRA-bacterie. Patiënt moest hierdoor geïsoleerd worden verpleegd op een kamer alleen. Dit was zeer deprimerend voor patiënt. Op 16 juli 2015 heeft een telefonisch gesprek plaatsgevonden tussen D en klaagster. 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 ontstekingswaar-

den in het bloed en afname van vocht in de buik. De behandeling met antibiotica is gestaakt. Verweerder heeft die dag telefonisch overleg gehad met het levertteam van het G. Men was akkoord met het gevoerde beleid. De afspraak voor 27 juli 2015 op de polikliniek van het levertteam van het G werd bevestigd. Na de grote visite, in aanwezigheid van de superviserend MDL-arts, werd besloten patiënt de volgende dag, op 21 juli 2015, te ontslaan uit het ziekenhuis en de verdere behandeling poliklinisch te laten plaatsvinden. Verweerder vroeg een familiegesprek te plannen. Het lukte de familie niet op een en hetzelfde tijdstip naar het ziekenhuis te komen. Verweerder heeft daarop het ontslag telefonisch toegelicht aan klaagster als eerste contactpersoon. Patiënt werd op de ontslagdatum nog gezien door de dermatoloog en de psychiater, die uitgebreid met patiënt sprak en aan de huisarts telefonisch psychische begeleiding in de thuissituatie adviseerde. Patiënt 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 met een MDL-arts en twee weken daarna een afspraak op de polikliniek in het ziekenhuis bij de MDL-arts.

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 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

De klachtonderdelen onder 3.a, 3.b en 3.d hebben blijkens de toelichting betrekking op de MDL-arts D. Deze klachtonderdelen worden in de beslissing op de klacht tegen hem als ongegrond beoordeeld. Met betrekking tot het tegen verweerder aangevoerde klachtonderdeel geldt het volgende. Het college ziet, net als verweerder, geen onderzoek dat tijdens de laatste opname nog in redelijkheid was uit te voeren om meer helderheid te verschaffen met betrekking tot de levercirrose van patiënt. Anders dan klaagster meent, is niet gebleken dat de MRSA-besmetting afkomstig was van een medepatiënt. Overigens bestaat er enig onbegrip bij klaagster over een MRSA-besmetting; anders dan zij meent, betekent een dergelijke besmetting normaal gesproken - en naar aangenomen mag worden ook hier - slechts dat de besmette persoon drager is van de bacterie en niet dat hij of zij daarvan ziek is, laat staan levensbedreigend. Uit het enkele feit dat zij en andere familieleden tevens een MRSA-besmetting hebben gehad, van patiënt of uit andere bron, kan niet worden afgeleid dat ontslag van patiënt onverantwoord was. Een MRSA-besmette patiënt in een ziekenhuis vormt een extreem groot risico voor verspreiding van een antibioticaresistente bacterie in het hele ziekenhuis en daarmee voor de zeer kwetsbare patiënten, die er wel levensbedreigend ziek van kunnen worden. Daarom brengt een bewezen MRSA-dragerschap de noodzaak van zeer strenge isolatiemaatregelen met zich. Deze zijn niet alleen belastend voor het ziekenhuis maar ook voor de patiënt zelf, zoals hier bleek, en ontslag uit het ziekenhuis is dan ook geboden zodra mogelijk. Een MRSA-besmetting is op zichzelf dus geen contra-indicatie voor ontslag, besmetting in de thuissituatie leidt in het algemeen niet tot ziektegevallen en al helemaal niet tot levensbedreigende besmettingen. Patiënt had geen koorts, de bloedwaarden waren niet afwijkend, met name de electrocyten van patiënt bleven stabiel. De MRSA-besmetting was voor patiënt dus niet gevaarlijk en behoefde naast genoemde isolatiemaatregelen geen antibiotische therapie. Dat verweerder in overleg met zijn supervisor tot ontslag heeft besloten is dus zeker niet verwijtbaar. Het was geïndiceerd patiënt in de thuissituatie Norfloxacin voor te schrijven om een recidief spontane bacteriële peritonitis te voorkomen. Ten slotte geldt, dat niet is gebleken dat klager 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.

### 5.3

Op basis van hetgeen hierboven is overwogen is het klachtonderdeel onder 3.c ongegrond. 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.

## 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.