

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2018/515

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 7 december 2018 binnengekomen klacht van:

**A**,  
wonende te B,  
k l a a g s t e r,  
gemachtigde: C,

tegen

**D**,  
huisarts,  
werkzaam te E,  
v e r w e e r d e r,  
gemachtigde: mr. M.J. de Groot, advocaat te Hilversum en verbonden aan Stichting  
VvAA Rechtsbijstand te Utrecht.

#### 1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlage;
- het verweerschrift, binnengekomen op 29 januari 2019, met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;

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

De klacht is behandeld op de openbare zitting van 12 maart 2019. Namens klaagster was C aanwezig. Verweerder was aanwezig met mr. M.J. de Groot voornoemd.

#### 2. De feiten

2.1 De klacht heeft betrekking op de medische behandeling van de heer F (geboren april 1939, overleden op januari 2018), hierna te noemen: patiënt. Klaagster is zijn echtgenote. De klacht is namens haar ingediend door haar schoonzoon C (hierna: de schoonzoon).

2.2 Verweerder is huisarts sinds 2001 en sinds 11 jaar werkzaam in huisartsenpraktijk G te E.

2.3 Op vrijdag 12 januari 2018 heeft de eigen huisarts (niet verweerder) van patiënt telefonisch bij hem de diagnose blaasontsteking gesteld en is medicatie (Nitrofurantoïne ofwel furabid) gestart. De volgende dag, 13 januari 2018, heeft de echtgenote van patiënt, klaagster, met de huisartsenpost (hierna: HAP) gebeld, omdat de situatie van patiënt verslechterde. Naar aanleiding van deze melding heeft verweerder patiënt die middag bezocht van 14:00-14:30 uur in het verzorgingshuis waar patiënt woonde. Verweerder werd daarbij vergezeld door een eerstejaars huisarts in opleiding (hierna: de AIOS).

2.4 Met betrekking tot dat bezoek vermeldt het waarneembericht, voor zover relevant: "Urgentie classificatie: Spoed (U2)

(..)

Deelcontact: (U71.00) Cystitis/urine­weginfectie

(..)

(B) Wijkvbk: gisteren gestart met furabid vanwege blaasontsteking. Nu koude rillingen, is aan het schudden (dus niet zozeer rillerig). Heeft het ook heel koud. Onrustig. Verward (meer dan normaal). Bij inspanning wat kortademig, verder niet. Temp. 37.0, rectaal gemeten. Moesten contact opnemen bij achteruitgang. Grijpt steeds naar de buik. (...), AIOS: 2 wk geleden hoesten, is beter gegaan. Echter afgelopen week wat rillerig, polakisurie en onderbuikspijn. Gisteren macroscopische hematurie en op basis daarvan furabid gestart. Vandaag rillingen, verwarder dan normaal, bij inspanning wat kortademig, geen koorts. Def gb, drinkt weinig. Heeft zorg 2dd en woont samen met echtgenote.

VG: Bekend met dementie en DM, niet regelmatig UWI, geen COPD (0)

(NHE [= de AIOS]) Oogt ziek, rillerig+, ligt met kleren aan plat in bed. Spreekt wat on­ samenhangend en onduidelijk, niet duidelijk dysartrisch/afatisch.

Temp. 37.8, sat 88%, AE 25/min, pols 110/min irreg, RR 188/130mmHg

Pulm: VAG bdz, geen bijgeluiden

Abd: bol, wel soepel, spaarzame peristaltiek, WT, geen demping Lhv blaas, geen drukpijn, geen slagpijn nierloges

(CRA) toevoeging (pt is later op dezelfde dag na reanimatiesetting overleden): urine 3+ leuko's en 3+ ery's

(E) (NHE) Gecomplieerde UWI

(P) (TRA) Zelfstandig advies: Visite afgesproken. Bij acute verandering eerder contact opnemen.

(NHE) Mede beoordeeld door dr H: switch AB naar ciprofloxacin 500 mg 2dd1 gedurende 10dg. Bij zieker worden/koorts contact opnemen! PM herbeoordeling eigen HA?

(....)

2.5 Later die dag, zaterdag 13 januari 2018, werd de huisartsenpost om 19:16 uur weer gebeld omdat de conditie van patiënt verder achteruit was gegaan. Vervolgens heeft de andere dienstdoende arts (hierna aangeduid als SLI) patiënt om 20:30 uur bezocht. Tijdens dit bezoek is patiënt na vergeefse reanimatie overleden.

2.6 Het waarneembericht vermeldt met betrekking tot dit tweede bezoek, voor zover relevant:

Urgentie classificatie: Dringend (U3)

Deelcontact: (A96.00) Dood/overlijden (ex. A95)

(S)(MOO)

(H) opname?

(B) thuiszorg: momenteel onrustig en kortademig, wordt behandeld voor blaasontsteking. Vanmiddag ook deze klachten.

Echtgenote: praat warriq, niet te verstaan, kleindochter: klachten zijn erger geworden, weet niet waar hij is. Antwoordt niet adequaat. Wel contact mee te maken. Temp 37, iets.

(EKA)

(SLI) SL/ niet succesvolle reanimatie

20.30 u ter plaatse, 20.50 u ambu gebeld en zelf reanimatie gestart Zie onderstaand en vorig contact.

Bij binnenkomst V E, schoonzoon en kleindochter (VPK) aanwezig: gaat niet beter vanmiddag, eerder slechter, slecht aanspreekbaar, kleindochter vertelt dat opa zelfs niet notie heeft dat hij de medicijnen door moet slikken die zij in haar mond doet. Hierop aangegeven dat het mij dan verstandig lijkt om pt in te sturen omdat als hij geen med kan slikken er in de thuissituatie het niet haalbaar is om hem hier te houden. Uitleg dat ik eerst nog controles ga doen en daarna zal bellen met zh

(0) (SLI) bij aankomst op bed liggend op li zijde, met mond open nl freq, niet echt reagerend op aanspreken; RR 87/52, T 37,4, Sat 85%, p 65/min, gluc 2,1

Gluc als laatste geprikt, hierop direct infuus geprikt, eerst re elleboog, lukte niet (kleindochter vertelt dat hij altijd moeilijk te prikken is), toen re pols, direct goed en 2x 4cc glucose gespoten, hierop weer even aanspreekbaar, ogen geopend en wat brabbelen, kleindochter nog gezien en binnen paar min (tijdens dat ik RR nogmaals wilde co) weg gezakt, gestopt met ademen en geen pols

direct ambu gebeld voor 2 auto's, chauffeur direct AED gaan halen en ikzelf begonnen met reanimatie; toen chauffeur terug kwam hem op grond gelegd, AED aangesloten, hartmassage en mond op mond beademing gedaan, AED ca 4-5x co gedaan, asystolie, geen shok; na ik schat eerste co weer even AH en reactie op lijn, echter zeer kort (paar sec) van duur

Ambu heeft pt naar huiskamer vervoerd en daar hele protocol afgelopen, helaas zonder succes

Toen ambu klaar was al groot deel van fam aanwezig, nog op zoon uit I gewacht om uitleg te geven over hetgeen gebeurd is

gelegenheid te geven vragen te stellen, familie verdrietig maar rustig en reëel overkomend

(P) (TRA) Zelfstandig advies: iom raven visite

(SLI) zie bovenstaand

2.9 Een commissie heeft onderzoek gedaan naar het gebeurde en de bevindingen neergelegd in een Calamiteitenrapportage. De rapportage vermeldt in Hoofdstuk III (Basisoorzaken, bijvangst en conclusies):

### **Basisoorzaken**

#### **1. Actuele kennis over sepsis niet toegepast**

De commissie is van mening dat de eerste visite-arts de patiënt had moeten insturen omdat er al het vermoeden bestond van de aanwezigheid van een urosepsis en het, op basis van het gedrag van de patiënt, waarschijnlijk reeds bestaan van een delier op het moment van de visite.

De huisarts had dit tijdens de visite moeten herkennen en een nieuwe bloeddrukmeting moeten doen. Zeker aangezien deze meting een belangrijke rol heeft gespeeld in het besluit niet in te sturen. Het besluit de patiënt thuis te behandelen is daarom deels ge-

baseerd op waarschijnlijk foutieve informatie, namelijk de bloeddrukwaarden. Dit had de HA het inzicht kunnen geven dat de sepsis al verder gevorderd was dan hij — mede op het klinische beeld — heeft aangenomen.

De gestelde diagnose had dus urosepsis moeten zijn.

Feit is dat de kennis van de huisarts bij het vroegtijdig signaleren van sepsis op dat moment ontoereikend is. Sepsis is een levensbedreigende aandoening en huisartsen zullen er steeds vaker mee te maken van krijgen, vooral bij oudere en kwetsbare patiënten. De kennis over vroege herkenning van sepsis is relatief nieuw.

Mede gezien het feit dat sepsis vaker een rol speelt bij calamiteiten, lijkt het nut en noodzaak hier meer actief aandacht aan te besteden. Deze conclusie wordt door vakliteratuur ondersteund: <https://www.henw.org/artikelen/sepsis-herkennen-bij-een-volwas-sene>

### **3. De klacht en het standpunt van klagster**

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

- a) een verkeerde diagnose heeft gesteld en ernstig nalatig heeft gehandeld door het niet insturen van patiënt naar het ziekenhuis ondanks vermoeden van de ernstige situatie gezien alle door deze arts gemeten waarden;
- b) het voorval niet heeft gemeld als calamiteit ondanks de verplichting daartoe;
- c) geen excuses heeft gemaakt richting de familie voor de fout;
- d) 's avonds nog aanwezig was op de Huisartsenpost maar ondanks de ernst van de situatie niet zelf voor de tweede keer is gekomen.

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

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

### **5. De beoordeling**

#### *a. diagnose gemist en niet ingestuurd naar ziekenhuis*

5.1 De kern van klachtonderdeel a) is dat verweerder de diagnose urosepsis heeft gemist en patiënt niet direct naar het ziekenhuis heeft verwezen. Het missen van de juiste diagnose betekent op zichzelf nog niet dat de klacht gegrond is. De klacht is pas gegrond als vast komt te staan dat de wijze waarop verweerder tot de onjuiste diagnose is gekomen in strijd is met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwame beroepsgeenoot mag worden verwacht. Bij de beoordeling daarvan wordt rekening gehouden met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klager klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep terzake als norm was aanvaard.

5.2 Het college heeft er begrip voor dat het overlijden van patiënt voor de familie zeer aangrijpend is geweest. Toch zal ook in dit geval moeten worden beoordeeld of verweerder bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening zoals bedoeld onder 5.1. De tuchtrechtelijke toetsing van het handelen van verweerder zal plaatsvinden in het licht van wat hem op dat moment bekend was en bekend kon zijn.

5.3 Klaagster heeft ter onderbouwing verwezen naar de door haar overgelegde calamiteitenrapportage. Het college betreft deze rapportage in de beoordeling, maar merkt op dat de tuchtrechter een eigen afweging maakt. Het oordeel van de tuchtrechter over de individuele verwijtbaarheid en de motivering van een eventuele maatregel dient niet in overwegende mate te berusten op de inhoud van een dergelijke rapportage (vgl. CTG 20-03-2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:83).

5.4. Het college constateert dat verweerder tijdens het middagbezoek op 13 januari 2019 als diagnose heeft gesteld: gecompliceerde urineweginfectie (met weefselinvasie). Patiënt is dezelfde avond thuis overleden aan waarschijnlijk een urosepsis, hoewel andere doodsoorzaken zoals een hartaanval niet geheel kunnen worden uitgesloten, mede omdat er geen obductie heeft plaatsgevonden. Sepsis (vroeger ook wel: bloedvergiftiging) is een levensbedreigende orgaanfunctie als gevolg van een ontregelde immuunrespons op een infectie.

5.5 Verweerder heeft Ciprofloxacin voorgeschreven en bij zijn vertrek het advies gegeven aan de familie om patiënt goed in de gaten te houden en bij verdere achteruitgang weer contact op te nemen met de HAP. Het voorschrijven van ciprofloxacin past volgens de NHG standaard Urineweginfecties bij de door verweerder gestelde diagnose. Volgens deze Standaard moet de patiënt bij tekenen van sepsis echter naar het ziekenhuis worden verwezen. De vraag is of het tuchtrechtelijk verwijtbaar is dat verweerder de sepsis niet heeft herkend en patiënt niet heeft ingestuurd.

5.6 Verweerder heeft aangevoerd dat hij op basis van jarenlange ervaring een inschatting heeft gemaakt van de situatie en dat hij achteraf gezien op dat moment onvoldoende heeft ingezien hoe ziek patiënt was, maar dat de diagnose en zijn beslissing om niet in te sturen (naar het ziekenhuis) na zorgvuldige afweging tot stand zijn gekomen. Daarbij speelden volgens verweerder de volgende factoren een rol:

- een dag eerder was er ook al sprake geweest van algehele malaise, rillen en buikpijn, hetgeen volgens de NHG-standaard en de standaard voor urologen duidt op een (gecompliceerde) urineweginfectie met weefselinvasie, waarbij in beginsel niet Nitrofurantoin maar Ciprofloxacin moest worden voorgeschreven. Dit heeft een rol gespeeld bij de keuze van verweerder om (eerst) het krachtigere antibioticum in te zetten. Dat patiënt nu zieker was geworden en ook bloed plaste (hematurie) versterkte deze gedachte. Als de Ciprofloxacin al op 12 januari 2019 zou zijn gestart en patiënt er op 13 januari 2019 toch zo slecht aan toe was als verweerder hem aantrof, zou hij hem waarschijnlijk wel hebben ingestuurd.

- patiënt oogde wel ziek, maar hij kon nog zelfstandig naar de WC lopen, drinken en zelf zijn medicijnen innemen. Verweerder heeft patiënt niet zien 'schudden' en ook was de huid niet blauw/wit gemarmerd. Daarom dacht verweerder eerder aan een verergerde urineweginfectie, waarbij een breder antibioticum (Ciprofloxacin) mogelijk al na 1 tot 2 giften verbetering zou kunnen geven, dan aan een sepsis;

- de door de AIOS gemeten bloeddruk 188/130 was inderdaad vreemd (verschil onderen bovendruk klein bij die hoge bovendruk) en hij had die wellicht moeten nameten, maar verweerder overwoog dat een hoge bloeddruk in dit geval beter was een lage. Ook had verweerder patiënt zien lopen en interpreteerde dat als een goed teken voor de bloeddruk.

- de door de AIOS gemeten wat lage saturatie van 88% en de ademfrequentie van 25 per minuut heeft verweerder geïdentificeerd als passend bij de combinatie van leeftijd, ziek zijn,

COPD, recent doorgemaakte longontsteking en het plat op bed liggen; later bleek dat van COPD geen sprake was, maar dat wist verweerder toen niet.

- verweerder heeft de mogelijkheid van insturen naar het ziekenhuis wel overwogen en ook in het bijzijn van de familie met de AIOS besproken, maar er bewust van afgezien. Daarbij speelde een rol dat aan een ziekenhuisopname ook risico's kleven; in het algemeen kunnen oudere zieke mensen met een dementieel beeld, zoals patiënt, in het ziekenhuis ernstig delirant raken.

5.7. Het college stelt voorop, dat verweerder patiënt niet kende en het moest doen met de informatie die hij op de HAP doorkreeg. Daarom was het voor verweerder bijvoorbeeld lastig in te schatten of patiënt verwarder was dan anders. Wel is het college van oordeel dat verweerder bij een 78-jarige patiënt met een infectie alert moest zijn op een mogelijke sepsis. Sepsis komt bij ouderen meer voor en het risico op een ernstig beloop is sterk verhoogd. Vooral bij oudere patiënten is de klinische beoordeling lastig; ouderen krijgen niet altijd koorts bij een infectie (patiënt had ook geen koorts) en hun klachten bij sepsis zijn vaak aspecifiek. Daar moet een huisarts op bedacht zijn.

5.8 Volgens de NHG-standaard zijn hypotensie, tachycardie, koude rillingen en verwardheid tekenen die op sepsis kunnen duiden.

Volgens het artikel "De Sepsis herkennen bij een volwassene" in Huisarts en Wetenschap van 3 augustus 2017 is een sepsis waarschijnlijk als een patiënt met een infectie voldoet aan minimaal twee van de volgende kenmerken:

ademhalingsfrequentie  $\geq 22$ /min,

veranderd bewustzijn,

systolische bloeddruk  $\leq 100$  mmHg.

Onmiddellijke ziekenhuisopname is aangewezen bij tenminste één zogenaamde 'rode vlag', zoals:

ademhalingsfrequentie  $\geq 25$ /min;

systolische bloeddruk  $\leq 90$  mmHg,

saturatie  $< 92\%$  (of  $88\%$  bij COPD).

5.9 De tijdens de visite van verweerder gemeten ademhalingsfrequentie van 25/minuut was zo'n rode vlag. De saturatie van  $88\%$  was dat ook. Zelfs als patiënt COPD had, waarvan verweerder uitging, zat de saturatiewaarde op de grens. Het college is verder van oordeel dat verweerder de bloeddruk opnieuw zelf had moeten meten, nu de door de AIOS gemeten waarde vreemd was. Dan was mogelijk een veel lagere bloeddruk gemeten (vgl. de een paar uur later gemeten bloeddruk van RR 87/52).

Aangezien het verweerder bekend was dat patiënt ook diabetes had, had het daarnaast voor de hand gelegen dat hij de bloedsuiker had geprikt (zoals de arts bij het tweede bezoek wel heeft gedaan). Naast ouderdom is diabetes een factor die het risico op sepsis verhoogt. De uitkomst van beide metingen had mogelijk het vermoeden van sepsis versterkt. Daarnaast blijkt uit het waarneembericht van het middagbezoek dat de AIOS heeft genoteerd dat patiënt zowel rilleriger als verwarder was dan voordien.

5.10 Deze combinatie van factoren vormde voldoende reden voor een vermoeden van sepsis en daarmee voor een direct insturen naar het ziekenhuis. Verweerder heeft dit niet gezien en niet gedaan en dat betreurt hij achteraf zelf ook. Aan verweerder kan overigens worden toegegeven dat een ziekenhuisopname voor bejaarde en/of dementerende patiënten ook risico's met zich meebrengt. Het was om deze reden wellicht verdedigbaar om op deze grond patiënt nog niet direct in te sturen en de reactie op de

nieuwe antibiotica af te wachten, maar dan had verweerder wel na bijvoorbeeld een uur moeten nabellen hoe de situatie was of moeten verzekeren dat er een goed vangnet bij de patiënt was. Geen van beide is gebeurd. Er was geen adequaat vangnet, nu – anders dan verweerder veronderstelde – het personeel van het verzorgingshuis waar patiënt een zelfstandige seniorenflat bewoonde niet voortdurend de vinger aan de pols hield en de bejaarde echtgenote van patiënt daartoe niet in staat kon worden geacht.

5.11 Uit het voorgaande volgt dat klachtonderdeel a gegrond is.

#### *Klachtonderdeel b. calamiteit niet gemeld*

5.12. De plicht om een calamiteit te melden rust op de huisartsenpost, die dat in dit geval (uiteindelijk) ook heeft gedaan. Het college heeft geen aanwijzingen dat verweerder aan het vervolgens ingestelde calamiteitenonderzoek niet zijn volledige medewerking heeft verleend. Verweerder treft dus geen tuchtrechtelijk verwijt en klachtonderdeel b is ongegrond.

#### *Klachtonderdeel c. geen excuses*

5.13. Verweerder heeft aangevoerd dat hij in de week na het overlijden van patiënt contact heeft gezocht met de eigen huisarts van patiënt om met haar van gedachten te wisselen en met de familie van patiënt in contact te komen om zijn medeleven te betuigen en uitleg te geven. Deze huisarts reageerde echter niet op de drie verzoeken om contact op te nemen met verweerder. Wel heeft zij de laatste keer kort contact gehad met de AIOS en gezegd dat zij eerst contact op zou nemen met de familie. Op 29 maart 2018 ontving verweerder toestemming om met de familie te spreken. Op 1 mei 2018 heeft verweerder ongeveer 45 minuten gesproken met klaagster en haar schoonzoon. Ter zitting heeft de schoonzoon verklaard, dat de familie op 28 maart 2019 voor het eerst met de eigen huisarts heeft gesproken en verder dat hij het gesprek met verweerder op 1 mei 2018 als prettig heeft ervaren, maar dat hij geen goede verklaring voor het niet insturen heeft gehoord. Op 2 mei 2018 heeft de schoonzoon gebeld met Zorgpunt Nederland, hetgeen tot de calamiteitenrapportage heeft geleid.

5.14 Het college ziet niet in welk tuchtrechtelijk verwijt verweerder kan worden gemaakt bij deze gang van zaken. Niet gebleken is dat hij een gesprek met de familie zou hebben afgehouden of geen openheid van zaken zou hebben willen geven (vgl. ECLI:NL:TGZCTG:2016:345), integendeel. Klachtonderdeel c is daarom ongegrond.  
*Klachtonderdeel d. bij tweede bezoek niet zelf gekomen*

5.15 Verweerder heeft aangevoerd, dat de assistente die 's avonds gebeld werd door de familie telefonisch heeft overlegd met verweerder. Hij begreep dat patiënt zieker en verwarder was geworden en concludeerde dat er een nieuwe visite moest volgen, waarvan naar verwachting de uitkomst was dat patiënt moest worden ingestuurd. Omdat verweerder op dat moment druk was met consulten op de HAP en de andere dienstdoende huisarts die dag nog geen visites had gedaan, is de andere huisarts naar patiënt gegaan. Een andere dan deze praktische reden zat daar niet achter. Verweerder heeft vooraf zijn bevindingen van die middag overgebracht aan de andere huisarts.

5.16 Deze gang van zaken is voorstelbaar en op zichzelf ook niet door klaagster betwist. Naar het oordeel van het college heeft verweerder niet klachtwaardig gehandeld

door de tweede visite niet zelf te doen. Daartoe bestond geen plicht of medische noodzaak, nog daargelaten de vraag of het praktisch mogelijk was. Klachtonderdeel d is ongegrond.

### *Conclusie*

5.17 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens klaagster had behoren te betrachten. Nu verweerder naar de overtuiging van het college een inschattingsfout heeft gemaakt maar naar eer en geweten heeft gehandeld, zich toetsbaar heeft opgesteld, ervan heeft geleerd en niet eerder tuchtrechtelijk is veroordeeld, is het college van oordeel dat een waarschuwing een passende maatregel is.

Om redenen aan het algemeen belang ontleend, in het bijzonder het onder de aandacht brengen van de vrij recente kennis over het herkennen van sepsis bij met name ouderen, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekendgemaakt.

## **6. De beslissing**

Het college:

- verklaart klachtonderdeel a gegrond;
- verklaart de klacht voor het overige ongegrond;
- legt aan verweerder de maatregel van waarschuwing op;
- bepaalt dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus beslist door:

mr. E.A. Messer, voorzitter,

J.C. van der Molen, D.E. de Jong, G.J. Dogterom, leden-arts,

mr. M.A.H. Verburgh, lid-jurist,

bijgestaan door mr. J.M. Sodderland-Elzas, secretaris.

en in het openbaar uitgesproken op 11 april 2019 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG  
secretaris

WG  
voorzitter