

## **REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: 218/2019

no. 218/2019

### **REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE**

Beslissing d.d. 16 oktober 2020 naar aanleiding van de op 26 september 2019 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,  
bijgestaan door C,

k l a a g s t e r

-tegen-

**D**, internist, werkzaam te B,  
bijgestaan door mr. D.M. Pot, verbonden aan VvAA Rechtsbijstand te Utrecht,

b e k l a a g d e

#### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 16 januari 2020 gehouden gehoor in het kader van het mondeling vooronderzoek;
- aanvullende stukken van gemachtigde beklagde d.d. 5 februari 2020;
- de brief met stukken van gemachtigde klaagster d.d. 3 maart 2020;
- de brief met stukken van gemachtigde beklagde d.d. 6 maart 2020;
- aanvullend stuk per e-mail van klaagster d.d. 15 april 2020.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 18 september 2020, waar zijn verschenen de gemachtigde van klaagster en beklagde bijgestaan door zijn gemachtigde.

#### 2. DE 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.

Klaagster, geboren in 1962, werd op 10 februari 2016 met een acute nierinsufficiëntie opgenomen op de afdeling nefrologie van het E te B, verder het ziekenhuis, voor diagnostiek en behandeling. Er werden diverse oorzaken van nierinsufficiëntie overwogen en diverse onderzoeken volgden, waaronder een nierbioptie. In het nierbiopt werden kristallen in de tubuli aangetroffen, een beeld dat suggestief is voor een intoxicatie maar daarvoor waren anamnestic gezien geen aanwijzingen.

Op 16 februari 2016 was klaagster voldoende hersteld en werd zij ontslagen uit het ziekenhuis met het advies zoutarm en vezelrijk te eten. In de ontslagbrief staan als conclusies vermeld:

*“1. Acute nierinsufficiëntie met zeer hoog serum kreatinine en eGFR van 2 op basis van tubulaire toxiciteit, waarvoor 3/week hemodialyse.*

*2. Fors verhoogd CK, nu aflopend.*

*3. Renale anemie bij 1 waarvoor Erythropoëtine.*

*6. Overvuld waarvoor Furosemide en vochtonttrekking op dialyse.*

*7. Coördinatie problemen en verwardheid op basis van cerebellair syndroom/encefalopathie, waarvoor expectatief beleid in overleg met neurologie.*

*8. Myogene pijn rug waarvoor paracetamol en fysiotherapie.*

*9. Echo-arme laesie in de rechterleverkwab van 3 cm gezien waarvoor Poliklinisch MRI en afspraak MDL.*

*10. Alcohol abus. Advies gegeven hulp verslavingszorg te zoeken via huisarts.”*

Beklaagde nam het hoofdbehandelaarschap op zich omdat klaagster in zijn dialysegroep werd geplaatst.

Op 8 maart 2016 staat in het medisch dossier genoteerd:

*“Uitgebreid gesproken over een (andere) oorzaak van de nierinsufficiëntie, het nefrotisch syndroom. Oorzaak, gezien het ontbreken van licht microscopische veranderingen wellicht een minimal change disease of toch een primaire focale segmentale glomerulosclerose.*

*Prognose gezien de presentatie van de nierinsufficiëntie wellicht minder goed, echter nog wel (spontaan) herstel van nierfunctie. NB heeft up-front 3 dagen methylprednison 1000 mg gehad. Overigens dalend serum albumine en stijgend proteïnurie. Derhalve ernstig nefrotisch syndroom waarvoor indicatie prednison tenminste 4-8 weken, maar afhankelijk van de klinische respons. (...)”*

In de volgende weken herstelde de nierfunctie van klaagster waardoor de dialyse gestaakt kon worden. Op 17 maart 2016 werd de dialysecatheter verwijderd.

In het F vond revisie van het nierbiopt plaats waarbij werd geconcludeerd dat er sprake was van een vroege fase van een membraanuze glomerulopathie.

Op 24 maart 2016 werd klaagster opnieuw opgenomen in verband met hyponatriemie in combinatie met hyperkaliemie, hypotensie met tachycardie en kramp in haar kuit. In het medisch dossier werd geconcludeerd:

*“1. Hyponatriemie dd bij dehydratie (hoog ureum) icm furosemide, hyperglycemie niet hoog genoeg als oorzaak, mogelijk toch alcohol? (osmolaliteit volgt morgen)*

*2. Hyperkaliemie bij dehydratie*

*3. Hyperglycemie*

#### 4. Tachycardie dd secundair aan ondervulling.”

Na opname steeg het natrium langzaam onder behandeling met intraveneuze zoutinfusen. Klaagster kreeg meer last van vochtophopping als teken van het vasthouden van zout. Deze zoutretentie werd geïdentificeerd als passend bij het nefrotisch syndroom waar klaagster aan leed. De zoutinfusen werden gestopt en gestart werd met een Furosemidepomp 500 mg/24 uur.

Op 25 maart 2016 had klaagster nog steeds veel last van kramp in de benen. De benen werden gezwachteld, klaagster kreeg Oxycodon 5 mg zo nodig tot 4dd en er werd met Lyrica 25 mg 2dd gestart.

Op 27 maart 2016 vertelde klaagster dat de Lyrica goed had geholpen en dat zij de morfine niet meer nodig had. Wel was zij geobstipeerd geraakt waarop met Movicolon werd gestart. Op 28 maart 2016 werd in het medisch dossier bij de Conclusie genoteerd: *“Diurese komt weer op gang met de furosemide pomp Derhalve nu (nog) geen aanvullende actie 2 Gezien hypoalbuminemie (<20) bij membraneuze glomerulopathie toch besloten therapeutisch te antistollen”*

Op 29 maart 2016 gaf klaagster aan veel last van buikpijn te hebben, waarop een klysma werd gegeven. Daarna was er, zo is in het medisch dossier aangekend, geen buikpijn meer.

Later ontwikkelde klaagster tekenen van infectie, een forse leukocytose en hoog CRP in combinatie met buikpijn. Op de CT-scan bleek een abces in het kleine bekken en een geperforeerde diverticulitis, meest waarschijnlijk van het sigmoïd. In overleg met chirurgie werd eerst een expectatief beleid gevolgd. Na verslechtering van haar conditie werd klaagster overgenomen door chirurgie en heeft zij op 31 maart 2016 een laparoscopie ondergaan, waarbij het abces werd gedraineerd en er een dubbelloops colostoma werd aangelegd. Vanwege de operatie werden de bloedverdunners één dag gestaakt. In de postoperatieve dagen werd uit de afgenomen bloedkweek een Staphylococcus Aureus bacterie gekweekt. Dit gaf aanleiding tot het maken van echo's van het hart, transthoracaal en transoesofagaal, en het vervaardigen van een total body PET CT-scan. Er werd geen infectiebron gevonden, evenmin strooihaarden. De bacterie is in overleg met de infectioloog en medisch microbioloog twee weken behandeld met intraveneuze antibiotica.

Intussen ontwikkelde klaagster neurologische uitval waarvoor de neuroloog in consult werd gevraagd. Op de CT-scan van de hersenen werden meerdere ischemische infarcten gezien, met name cerebellair rechts. Aanvullend onderzoek is verricht middels MRI- en PET-CT-scan en mogelijke oorzaken van de infarcten zijn in afstemming met de neuroloog overwogen. Als meest waarschijnlijke oorzaak werd de verhoogde stollingsneiging bij nefrotisch syndroom en actieve infectie (diverticulitis) aangemerkt.

Inmiddels was klaagster op 5 april 2016 weer overgedragen aan de afdeling nefrologie met medebehandeling van de neuroloog. Ook de fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en een revalidatiearts werden betrokken bij de behandeling.

Het verpleegkundig dossier vermeldt op 13 april 2016 dat de stoma die ochtend onder de plak lekte, waarna deze werd verwijderd en de stoma werd verzorgd. Met de nieuwe plak en zak liep er gelijk veel defecatie uit.

Hierna leek het een periode goed te gaan met klaagster en werd gesproken over revalidatie in revalidatiecentrum G.

Op 6 mei 2016 bleek uit een preventieve bloedkweek opnieuw groei te zien van Staphylococcus Aureus bacterie. In overleg met de infectioloog en medisch microbioloog is de behandeling met antibiotica herstart en is klaagster daarmee gedurende zes weken

behandeld. Daarnaast is de transthoracale en transoesofagale echo herhaald, heeft de kaakchirurg een dentogene bron als infectiefocus uitgesloten en is opnieuw een total body PET-CT-scan verricht, zonder dat een infectiebron of een strooihaard werd gevonden.

Op 6 juni 2016 werd klaagster ontslagen naar revalidatiecentrum G. Op 1 juli 2016 zag beklaagde klaagster op de polikliniek en ging het goed met haar. Zij was ontslagen uit het revalidatiecentrum. Er was herstel van de nierfunctie, afname van gewicht en stijging van het serum albumine. Ook bij de controles op 8 juli, 3 augustus, 26 september en 26 oktober 2016 ging het goed met klaagster en uiteindelijk was sprake van een volledig genormaliseerde nierfunctie.

Op 20 april 2016 werd het ziekenhuis door de echtgenoot van klaagster per brief aansprakelijk gesteld. Deze aansprakelijkstelling werd op 20 mei 2016 ingetrokken.

Op 5 januari 2017 ontving het ziekenhuis een e-mail waarin de echtgenoot van klaagster de bestaande schadeclaim wilde handhaven en uitbreiden.

Op 28 februari 2017 heeft het ziekenhuis de aansprakelijkheid afgewezen. Op 24 oktober 2017 werd door de aansprakelijkheidsverzekeraar van het ziekenhuis dit standpunt nogmaals toegelicht en bevestigd.

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

Klaagster verwijt beklaagde - zakelijk weergegeven - dat hij niet de zorgvuldigheid in acht heeft genomen die mag worden verwacht. Meer specifiek verwijt klaagster beklaagde:

1. dat hij verwarrende of onjuiste informatie heeft verstrekt met betrekking tot het zoutgehalte;
2. dat hij geen juiste analyses van het bloed heeft gedaan waardoor een Staphylococcus Aureus bacterie werd opgelopen c.q. die bacterie is teruggekomen;
3. dat hij geen aandacht heeft geschonken aan ernstige buikpijnen gedurende de tweede opname waardoor obstipatie en een darmperforatie zijn ontstaan;
4. dat zich tijdens of na de operatie twee CVA's hebben voorgedaan die voorkomen hadden kunnen worden;
5. dat het beschermkapje van een stomazakje niet was verwijderd waardoor klaagster helse pijnen heeft doorstaan;
6. dat er leemtes in het medisch dossier zitten;
7. dat hij klaagster onder druk heeft gezet om de klacht in te trekken.

### 4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklaagde stelt zich in het verweerschrift op het gemotiveerde standpunt dat de tegen hem ingediende klacht ongegrond is. Op het verweer van beklaagde zal hierna voor zover nodig nader 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

Klaagster stelt in het eerste klachtonderdeel dat beklaagde verwarrende of onjuiste informatie heeft verstrekt met betrekking tot het zoutgehalte.

Naar het oordeel van het college valt beklaagde op dit punt geen verwijt te maken.

Vast staat dat klaagster bij haar ontslag op 16 februari 2016 na de eerste opname van beklaagde het advies geeft gekregen om zoutarm en vezelrijk te eten. Dit advies acht het college, gelet op de klinische toestand van klaagster en de beschikbare informatie op dat moment, geïndiceerd en adequaat bij de behandeling van een nefrotisch syndroom.

Op 24 maart 2016 is klaagster vervolgens opnieuw opgenomen met een hyponatriemie. De uiteindelijke conclusie van beklaagde was dat er niet alleen sprake was van een zouttekort maar van een van zout en vooral water teveel. De hyponatriemie was het gevolg van het nefrotisch syndroom waar klaagster aan leed. Beklaagde heeft aangegeven dat hij zich goed kan voorstellen dat het advies bij ontslag op 16 februari 2016 en de bevindingen en berichtgeving bij aanvang van de tweede opname verwarrend zijn overgekomen. De achtergrond is gelegen in de nierziekte van klaagster, die tot de medisch ingewikkelde situatie leidde dat het zoutgehalte in het bloed te laag en in het lichaam te hoog was hetgeen een juiste duiding van de problematiek bij aanvang van de opname bemoeilijkt. Het college verenigt zich met deze toelichting, die beklaagde naar zijn zeggen herhaaldelijk aan klaagster en haar echtgenoot heeft gegeven. Van onjuiste informatieverstrekking of anderszins tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen in dit verband is geen sprake geweest.

Dit klachtonderdeel is ongegrond.

## 5.3

In het tweede klachtonderdeel wordt gesteld dat er geen juiste bloedanalyses zijn gedaan waardoor een Staphylococcus Aureus bacterie werd opgelopen c.q. is teruggekomen.

Het college stelt vast dat direct na het bekend worden van de bacterie door beklaagde veel aandacht is besteed en onderzoek is verricht naar de bron van de infectie en naar mogelijke complicerende infecties (hartklep/tussenwervelschijven). Het antibiotisch beleid, behandeling gedurende twee weken met intraveneuze antibiotica, vond plaats in overleg met de infectioloog en de medisch microbioloog.

Toen er in mei 2016 sprake was van een recidief Staphylococcus Aureus bacterie is opnieuw uitgebreid onderzoek gedaan om de infectiebron op te sporen. De antibiotica zijn, wederom in overleg met de infectioloog en medisch microbioloog, aangepast en klaagster is daar ditmaal gedurende zes weken mee behandeld.

Ook door het ziekenhuis is uitgebreid onderzoek gedaan naar de bron van de Staphylococcus Aureus bacteriemie. De afdeling Hygiëne & Infectiepreventie is bevestigd en door hen is teruggekoppeld dat in de periode van de ziekenhuisopname van klager de afdeling van beklagde is ge-audit op de naleving van hygiëneregels. Daarbij zijn geen bijzonderheden gevonden. Er is ook geen sprake geweest van een uitbraak, in die zin dat zich een infectie heeft voorgedaan die zich in clusters van patiënten voordoet.

Het college concludeert dat na het constateren van de positieve bloedkweek beide keren de juiste vervolgdagnostiek is uitgevoerd en klager op de juiste wijze is behandeld. Meer of andere bloedanalyses waren medisch gezien niet noodzakelijk. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

#### 5.4

In het derde klachtonderdeel verwijt klager dat beklagde geen aandacht geschonken heeft aan ernstige buikpijnen gedurende de tweede opname waardoor er obstipatie en een darmperforatie zijn ontstaan.

Uit het medisch dossier komt naar voren dat klager daags na de opname van 24 maart 2016 veel last had van neuropathische pijn. Beklaagde heeft aangegeven dat daarvoor in het algemeen pijnstilling wordt geschreven, maar dat men hiermee bij patiënten met een nefrotisch syndroom terughoudend is. Dit was voor beklagde reden om de neuroloog in consult te roepen, die in lage doseringen morfine voorschreef. Tegelijkertijd werd met Lyrica gestart waarop klager goed reageerde zodat morfine na twee dagen niet meer nodig was. Wel was klager geobstipeerd geraakt waarvoor werd gestart met Movicolon.

Blijkens het medisch dossier had klager op 29 maart 2016 van veel last van buikpijn. Klager is een klyisma toegediend, waar zij volgens het medisch dossier goed op reageerde.

Later ontwikkelde klager tekenen van een infectie, een forse leukocytose en een hoog CRP in combinatie met buikpijn. Er werd een CT-scan gemaakt, waaruit een abces in het kleine bekken en diverticulitis met perforatie bleek. Nadat aanvankelijk in overleg met chirurgie een expectatief beleid werd gevoerd, is klager na verslechtering van haar conditie overgedragen aan chirurgie en heeft zij op 31 maart 2016 een operatie ondergaan.

Uit het voorgaande volgt naar het oordeel van het college dat beklagde aandacht heeft geschonken aan de buikklachten van klager. Beklaagde heeft naar aanleiding en op basis van die klachten tijdig en adequaat onderzoek verricht en waar nodig de hulp van medebehandelaars ingeroepen.

Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Het college merkt wat betreft de klachtonderdelen twee en drie nog wel op dat de per 8 maart 2016 voorgeschreven Prednison klager gevoeliger kan hebben gemaakt voor infecties en complicaties. Het voorschrijven van Prednison was blijkens het medisch dossier echter weloverwogen en medisch geïndiceerd met het oog op het nefrotisch syndroom van klager, met de werkdiagnose minimal change nefropathie op het moment van voorschrijven.

## 5.5

In het vierde klachtonderdeel wordt beklagde verweten dat zich tijdens of na de operatie twee CVA's hebben voorgedaan. Volgens klaagster hadden deze voorkomen kunnen worden.

Beklaagde heeft er terecht op gewezen dat bij een membraanuze glomerulopathie de kans op trombose hoog is. Uit het medisch dossier blijkt verder dat op 26 maart 2016 is gestart met bloedverdunnende middelen in een profylactische dosis.

Toen op 28 maart 2016 sprake was van een serum albumine gehalte < 20 gram is gestart met therapeutische antistolling. De antistolling is één dag onderbroken vanwege de operatie op 31 maart 2016.

Aan chirurgie is geadviseerd de behandeling met antistolling te hervatten, hetgeen op 1 april 2016 ook is gebeurd. Het college stelt vast dat klaagster aldus conform de Richtlijn Membraanuze Nefropathie[1] is behandeld met antistolling. Ook andere oorzaken van de infarcten, zoals een septische embolie bij een aureus infectie, zijn door beklagde in overweging genomen en onderzocht in overleg met de neuroloog. Beklaagde heeft zorgvuldig gehandeld.

Dit klachtonderdeel is ongegrond.

## 5.6

In het vijfde klachtonderdeel verwijt klaagster beklagde dat het beschermkapje van een stomazakje niet was verwijderd waardoor klaagster helse pijnen heeft doorstaan.

Het college oordeelt dat het verzorgen van een stoma handelen betreft, waartoe verpleegkundigen werkzaam op de afdeling MDL/NEF bevoegd en bekwaam zijn. Beklaagde heeft dit handelen derhalve aan verpleegkundigen mogen overlaten. Er is niet gebleken van signalen die bij beklagde bekend waren of bekend hadden moeten zijn, die maken dat beklagde in dit opzicht desondanks een tuchtrechtelijk verwijt te maken valt.

Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

## 5.7

In het zesde klachtonderdeel verwijt klaagster beklagde dat er leemtes in het medisch dossier zitten.

Het college oordeelt dat gelet op de lange en gecompliceerde opname van klaagster sprake is van een adequate verslaglegging waarmee beklagde heeft voldaan aan zijn dossierplicht.

Voor zover klaagster beklagde verwijt dat hij in deze procedure geen volledig medisch dossier heeft overgelegd en zowel klaagster als het college aanvullende informatie hebben moeten opvragen, acht het college niet tuchtrechtelijk verwijtbaar dat naar aanleiding van het (summiere) klaagschrift in eerste instantie een selectie is overgelegd. Van onvolledige, onjuiste of ontbrekende informatie is het college niet gebleken. Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

## 5.8

Het college stelt vast dat het zevende klachtonderdeel tijdens het mondeling vooronderzoek is ingetrokken.

#### 5.9

Het hiervoor overwogene leidt tot de conclusie dat het handelen van beklaagde binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, zodat de klacht in alle onderdelen ongegrond wordt bevonden.

### 6. DE BESLISSING

Het college verklaart de klacht ongegrond.

Aldus gegeven door M. Willemse, voorzitter, H.L. Wattel, lid-jurist, W.J.W. Bos, P.J. Wahab en R.B. van Leeuwen, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van M. Duijnstee-Mikmak, secretaris

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als  
- het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard of  
- als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.  
Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

c. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.



Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.

[1] Behandeling en Diagnostiek van Membraneuze Nefropathie: de vertaling van KDIGO richtlijnen naar de praktijk van de Nederlandse Federatie voor Nefrologie, november 2013.