

Fatale sepsis bij niet gemelde leukopenie

Een 48-jarige reumapatiënte krijgt in 2003 sulfasalazine voorgeschreven onder bewaking van haar bloedbeeld. Haar reumatoloog pendelt met zijn vierkoppige maatschap tussen vier ziekenhuizen met vestigingen op zes locaties heen en weer en verneemt pas na zes dagen dat zijn patiënte een leukopenie heeft - met een leukocytenaantal van 1,1/nl.

In de tussenliggende dagen speelt zich een drama af. De patiënte meldt zich driemaal op de SEH van het gewraakte ziekenhuis met aanvankelijk een getromboseerd hemorroid en later heftige buikklachten. Geen van de behandelend artsen denkt er echter aan haar zojuist geprikte bloedbeeld eens op te zoeken, terwijl haar medicatiegebruik bij hen bekend is. Het ziekenhuis heeft daarnaast, zonder dat de reumatoloog dat weet, het beleid gewijzigd: afwijkende leukocyten worden niet meer direct doorgebeld aan de aanvrager. Ook op het lab wordt blijkbaar niemand wakker van het lage leukocytenaantal.

De zevende dag overlijdt de patiënte aan een fulminante sepsis. De inspectie dient een klacht in tegen de behandelend reumatoloog omdat hij eerder de labuitslagen had moeten controleren. Het Regionaal Tuchtcollege



Eindhoven stelt dat in een dergelijk geval de controle van de labwaarden na een week voldoende is. Ook was er een in beginsel goed werkend systeem om afwijkende uitslagen bijtijds onder ogen te krijgen. Dat dit recentelijk in negatieve zin is bijgesteld, kan de reumatoloog niet weten.

Het tuchtrecht is echter niet bedoeld om dergelijke organisatorische tekortkomingen aan de kaak te stellen, maar richt zich op persoonlijke verwijtbaarheid. Dat dit hier niet aan de orde is, had de inspecteur al uit het vooronderzoek kunnen opmaken. De reikwijdte van het tuchtrecht staat op dit moment ter discussie. Een bredere interpretatie ervan is wenselijk. Maar ook in die discussie is het uitgangspunt dat organisatorische tekortkomingen via de Kwaliteitswet zorginstellingen moeten worden aangepakt. Of misschien zelfs wel via het klachtrecht.

B.V.M. CRUL, arts
MR. D.Y.A. VAN MEERSBERGEN



Log in en discussieer
mee of bekijk eerdere
uitspraken op onze website:
www.medischcontact.nl

Uitspraak Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Eindhoven d.d. 22 november 2006

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Eindhoven heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 19 januari 2006 binnengekomen klacht van A, inspecteur voor de gezondheidszorg te B, klaagster, tegen C, reumatoloog werkzaam te D, verweerder gemachtigde prof. mr. E te F.

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van het klaagschrift, het aanvullend klaagschrift, het verweerschrift, de repliek en de dupliek. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord. De klacht is ter openbare zitting van 27 september 2006 behandeld. Mevrouw A en mevrouw G (beiden inspecteur voor de gezondheidszorg) waren aanwezig, verweerder was aanwezig, bijgestaan door zijn gemachtigde.

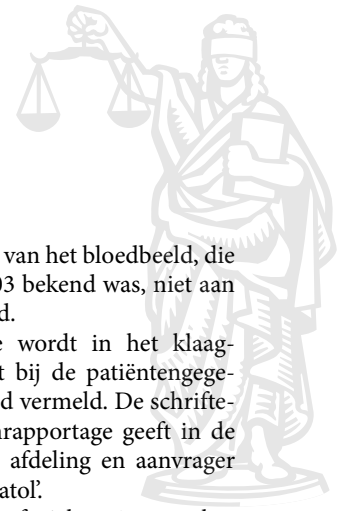
2. DE FEITEN

Op 11 september 2002 werd mevrouw H, geboren 20 maart 1955, (de patiënte) voor het eerst gezien door verweerder, nadat zij door haar huisarts naar verweerder was verwezen vanwege al jaren bestaande spierpijnen en gewrichtsklachten. De conclusie was dat er sprake was van een lichte artrose. In juli 2003 werd de diagnose reumatoïde artritis door verweerder gesteld.

Op 16 september 2003 werd gestart met sulfasalazine (SASP) volgens een opbouwsysteem: vijf dagen 1 x 500 mg, vijf dagen 2 x 500 mg, vijf dagen 3 x 500 mg, daarna 2 x 1000 mg per dag. Op 23 september 2003 heeft verweerder de patiënte telefonisch geadviseerd de sulfasalazine tijdelijk te stoppen vanwege blaarvorming in de mond. Op 1, 14 en 29 oktober werd een bloedbeeld geprikt. Het leukocytenaantal bedroeg achtereenvolgens 6,0, 5,5 en 1,1 (1,0?)/nl. Daarnaast

werden laboratoriumonderzoeken gedaan volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie.

Op 2 november 2003 werd de patiënte gezien op de afdeling SEH met een getromboseerd hemorroid. Deze werd geïncideerd en het stolsel werd verwijderd. Op 3 november 2003 werd de patiënte tot tweemaal toe op de afdeling SEH gezien met heftige pijnklachten. Er werd gedacht aan een periaanaal infect en zij werd opgenomen. Op 4 november 2003 ontwikkelde zich een heftig septisch beeld. Verweerder werd daarover op diezelfde dag geïnformeerd door de internist van de IC. Toen pas werd duidelijk dat er op woensdag 29 oktober 2003 reeds sprake was van een leukopenie. Het septische beeld bleek niet behandelbaar. Op 5 november 2003 is de patiënte overleden. De patholoog-anatoom concludeerde dat de patiënte was overleden aan een fulminante sepsis bij een leukopenie.



Verweerder is als reumatoloog lid van de regionale maatschap I. De maatschap bestaat uit vier reumatologen die in die tijd werkzaam waren in vier ziekenhuizen op zes locaties, waaronder het J Ziekenhuis te D. Verweerder was (toen) werkzaam in drie ziekenhuizen, waaronder het J Ziekenhuis, waar hij eens per week een dag aanwezig was. Van laboratoriumuitslagen van zijn patiënten in dat ziekenhuis werd eens per week door verweerder kennis genomen, als hij in het ziekenhuis was. Na 29 oktober 2003 - tot 4 november 2003 - is verweerder niet bij de zorg voor de patiënte betrokken geweest. Eerst op 4 november 2003 heeft hij kennis genomen van de zeer afwijkende uitslag van het bloedbeeld, die al op 29 oktober 2003 bekend was.

Bij de mondelinge behandeling is komen vast te staan, dat een zeer afwijkende leukocytenwaarde van 1, zoals op 29 oktober 2003 vastgesteld, ingevolge de in het J Ziekenhuis bestaande gebruiken en afspraken, vanuit het laboratorium direct telefonisch aan verweerder had moeten worden doorgegeven.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

De klacht houdt in dat de organisatie van de praktijkvoering in het J Ziekenhuis door verweerder niet zodanig was, dat hij afwijkende laboratoriumuitslagen, in deze casus een leukopenie, tijdig kon signaleren, hetgeen in dit geval leidde tot fatale gevolgen voor de patiënte. Klaagster acht de wijze van organiseren van het bijhouden en inzien van een laboratoriumonderzoek door verweerder niet deugdelijk. In de andere ziekenhuizen in de regio kan de arts snel na bloedafnamen de laboratoriumuitslagen inzien en controleren. In het J Ziekenhuis heeft verweerder dit niet geregeld. Het gegeven dat het technisch niet mogelijk is om vanuit een andere locatie elektronisch in te loggen, had hem ertoe moeten brengen dit op een andere manier te regelen. Klaagster acht het onverantwoord dat dit niet is gebeurd. Het is niet zonder reden, dat bij voorschrijven van sulfasalazine begeleidend laboratoriumonderzoek dient plaats te vinden. Indien uitslagen dan vervolgens niet op tijd worden beoordeeld, wordt het doel van deze controle, te weten bescherming van de patiënt tegen bijwerkingen, veronachtzaamd. Naar de mening van klaagster is dit een ernstige tekortkoming in de patiëntenzorg. Uiter-

aard is het niet altijd mogelijk en nodig alle laboratoriumuitslagen dezelfde dag nog te zien, doch de beroepsbeoefenaar dient zijn praktijk zodanig te organiseren, dat hij op korte termijn de gegevens kan inzien en beoordelen. Per indicatie kan er een ander beleid zijn.

Verweerder zelf stelt als eis dat de laboratoriumuitslagen iedere dag gezien moeten worden, zo werkt hij ook in de andere ziekenhuizen. Het is daarom onbegrijpelijk dat hij, zich bewust zijnde van de risico's, dit bij zijn praktijkvoering in het J Ziekenhuis heeft nagelaten. Hij had ervoor moeten zorgen dat eventueel afwijkende waarden bij de patiënte snel door hem ontdekt konden worden, zodat hij daarop onmiddellijk zou hebben kunnen ingrijpen.

Voorwaarde voor patiëntveilige zorg is dat uitslagen die wel afwijkend zijn, doch niet op de doorbellijst staan, dezelfde dag nog door een arts-assistent of specialist worden gezien.

Klaagster heeft haar (eerdere) opvatting, dat verweerder zich geen betrokken arts heeft betoond, ter zitting niet langer gehandhaafd. Klaagster verzoekt om publicatie van deze beslissing.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

De regionale maatschap I, waarvan verweerder lid is, bestaat uit vier reumatologen, die werkzaam zijn in vier ziekenhuizen op zes locaties. Er wordt versnipperde zorg geleverd, die inderdaad tot organisatorische problemen leidt. Al voor de onderhavige fatale gebeurtenissen zijn deze tekortkomingen onderkend en was een veranderingsproces gestart om de zorg in de regio te herstructureren. Deze herstructurering is nog niet voltooid. Daar komt nog bij, dat het automatiseringssysteem van het ziekenhuis nog steeds niet toelaat dat uitslagen van buitenaf kunnen worden geraadpleegd. Problemen als het onderhavige dienen naar de mening van verweerder te worden beoordeeld aan de hand van de bepalingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Nu heeft klaagster de weg gekozen van het tuchtrecht en verweerder als enige in het totale systeem aangeklaagd.

Sinds 2002 hanteert het algemeen klinisch laboratorium van het J Ziekenhuis de beleidslijn dat resultaten van bepalingen die ver buiten het referentiegebied liggen, altijd telefonisch aan de aanvrager worden gemeld. Desondanks is de zeer

afwijkende uitslag van het bloedbeeld, die op 29 oktober 2003 bekend was, niet aan verweerder gemeld.

Ten onrechte wordt in het klaagschrift gesteld dat bij de patiëntengegevens 'interne' stond vermeld. De schriftelijke laboratoriumrapportage geeft in de tweede kolom als afdeling en aanvrager aan: 'poli en reumatol'.

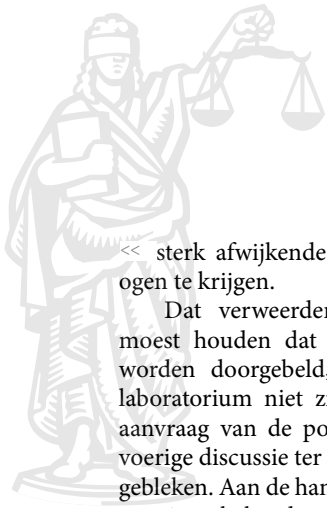
De patiënte heeft zich op 2 november op de afdeling SEH van het ziekenhuis gemeld. De arts-assistent heeft toen niet in de computer gekeken om de betreffende bloeduitslagen te bekijken. Op 3 november 2003 werd de patiënte tot tweemaal toe op de afdeling SEH gezien met heftige pijnklachten. Ook dan worden de laboratoriumuitslagen niet geraadpleegd, terwijl telkens het medicijngebruik bekend was.

Er is een regionaal vastgestelde lijst met door te bellen laboratoriumuitslagen. In het J Ziekenhuis is op deze lijst op enig moment een wijziging aangebracht, die meebracht dat een afwijkend leukocytenaantal niet werd doorgebeld. Verweerder was daarmee niet bekend. Hier ging het echter om een uitslag die ver buiten het referentiegebied lag en binnen het J Ziekenhuis bestond de afspraak dat in een dergelijk geval altijd werd gebeld. Verweerder mocht daarop ook vertrouwen.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

Verweerder is, zoals klaagster terecht stelt, de voorschrijver van de sulfasalazine en bij hem berustte dan ook de verantwoordelijkheid voor de controle op ongewenste bijwerkingen. In dit geval was sprake van een lage dosering en het verloop was tevoren normaal geweest. In een dergelijk geval is een controleperiode van één week niet te lang, tenzij risico's konden worden voorzien. In dit geval was dat niet zo; de hier aan de orde zijnde drastische daling van het leukocytengehalte vanwege het gebruik van sulfasalazine is uiterst zeldzaam.

Daar komt nog bij dat, zoals ter zitting is komen vast te staan, het in het J Ziekenhuis regel was en is dat bij zeer afwijkende waarden, zoals in dit geval, er vanuit het laboratorium direct werd gebeld naar de aanvrager, hetgeen in het onderhavige geval ten onrechte niet is gebeurd. Verweerder mocht ervan uitgaan dat de ter zake geldende afspraken werden nagekomen. Er bestond dus wel degelijk een in beginsel deugdelijke mogelijkheid voor verweerder om de >>



<< sterk afwijkende uitslag tijdig onder ogen te krijgen.

Dat verweerder er rekening mee moest houden dat de uitslag niet zou worden doorgebeld, omdat vanuit het laboratorium niet zichtbaar was dat de aanvraag van de poli kwam, is, na uitvoerige discussie ter terechtzitting onjuist gebleken. Aan de hand van de in het laboratorium bekende gegevens was zonder meer duidelijk dat de aanvraag vanuit de poli kwam.

Het college overweegt nog dat de stelling van klaagster, inhoudende dat uitslagen te allen tijde binnen één dag moeten kunnen worden gelezen, in zijn algemeenheid onjuist is. Op welke termijn een uitslag wordt gelezen, is afhankelijk van de omstandigheden van het geval. Aan de hand van de in dit geval vastgestelde omstandigheden kan niet worden geoordeeld dat verweerder tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Dat op andere locaties voor (de maatschapsle-

den van) verweerder wél de mogelijkheid bestond om de uitslagen binnen één dag onder ogen te hebben, hetgeen feitelijk ook zo gebeurde, maakt dit oordeel van het college niet anders.

Overigens merkt het college nog op, dat een causaal verband tussen het toedienen van het genoemde medicijn en het overlijden van de patiënte niet is komen vast te staan. Ten slotte overweegt het college nog dat sprake is geweest van een aantal in het ziekenhuis gemiste kansen om eerder op de hoogte te komen van de drastische verlaging van het leukocytengehalte. Dit is zeer te betreuren en moet leiden tot de conclusie dat het overlijden van de patiënte wellicht te vermijden was geweest. Dit is echter een andere toets dan de tuchtrechtelijke toets, waarbij (ernstige) persoonlijke verwijtbaarheid, in dit geval van verweerder, de toetsingsmaatstaf is.

Alles bijeengenomen is het college van oordeel dat, hoe zeer de afloop ook

te betreuren valt, de klacht ongegrond is. Overeenkomstig het verzoek van klaagster zal het college besluiten tot publicatie van deze beslissing.

6. DE BESLISSING

Het college:

- wijst de klacht af;

bepaalt dat deze beslissing zal worden gepubliceerd in de Nederlandse Staatscourant en ter publicatie zal worden aangeboden aan Medisch Contact.

Aldus gewezen op 27 september 2006 door mr. H.P.H. van Griensven, als voorzitter, mr. E.J.M. Walstock-Krens, als lid-jurist, dr. C. van der Heul, dr. E. de Nobel en N.Ph. Zonneveld, als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van mr. M. van der Hart, als secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 22 november 2006 in aanwezigheid van de secretaris. ■

PRAKTIJKPERIKEL

Een klein pilletje



Voor het eerst sinds enige jaren paste ik onlangs weer eens actieve euthanasie toe. Procedureregels, modelverslag, telefoonnummers van SCEN-arts en gemeentelijk lijkschouwer. Ik heb alles weer doorgelopen.

De apotheker zou de benodigde ampullen (pento-barbital en Pavulon) die ochtend gereed hebben staan. Toen ik deze ophaalde, benadrukte hij het belang van overdosering. Ik herinnerde me dat het enkele jaren geleden bij een eerder geval wel wat te lang duurde en de stervende er steeds cyanotischer uitzag.

Zo kwam ik met vier flacons pentobarbital (binnen 15 minuten toe te dienen, anders zou het uitvlokken), vijf ampullen Pavulon en de daarvoor benodigde injectiespuiten in de woning aan. In de keuken werden de wijnglazen van de vorige avond en koffiekopjes van die ochtend opzij

geschoven en op omslachtige wijze (5 ml water per flacon, vier keer oplossen en bij elkaar in één spuit opzuigen en vijf ampullen in de andere injectiespuit) de laatste voorbereidingen getroffen. Ondertussen nam de familie afscheid.

Zelf ervoer ik het als toch wat schokkend toen ik de kamer binnenkwam met twee enorme injectiespuiten van 10 en 20 cc in mijn handen. Is er dan na zoveel jaren ervaring met actieve euthanasie geen 'handzamer' formaat, waarmee de arts de dodende stof kan toedienen?

Kort daarop zag ik de film 'Der Untergang'. Daarin werd getoond dat enkele seconden nadat de gebruiker een capsule cyanide doorbeet de dood al intrad. Ook zouden nazi's in hoge functies zichzelf van het leven hebben benomen, door gif in de slikken dat verborgen zat in een holle kies. Is er dan nu echt geen pilletje of prikje van Drion, dat de enorme spuiten van 10 en 20 cc kan vervangen? ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signalementen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.