



NIET -  
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/  
AFGEWEZEN

## Huisarts herkende beginnende sepsis niet

Sepsis is geen dagelijks beeld voor huisartsen. Toch moeten zij een beginnende sepsis herkennen, om vitaal bedreigde patiënten tijdig in te sturen. In onderstaande casus valt te lezen hoe lastig dat is.

Want ja, de oudere man was ziek en rillerig, had een hoge pols en snelle ademhaling, maar nog wel een hoge bloeddruk. En hij liep nog rond. Wat is wijsheid? Insturen is ook niet alles, zei de dienstdoende huisarts met het oog op bijvoorbeeld de kans op een delier. Hij besloot de nitrofurantoïne die een dag eerder was gestart wegens een urineweginfectie om te zetten in Ciproxin en zei dat bij verslechter-

ring contact moest worden opgenomen. Dat gebeurde uren later, maar op dat moment ging de man erg hard achteruit. Reanimatie baatte niet, en hij overleed, mogelijk door een urosepsis, alhoewel dat niet helemaal zeker is. De huisarts krijgt een waarschuwing, omdat er genoeg reden was om bij het eerste contact in te sturen. Zeker omdat er ook geen adequaat vangnet was. De zelfstandige seniorenflat waar de man met zijn bejaarde echtgenote woonde, bevond zich in een verzorgingshuis, waar het personeel niet constant een vinger aan de pols hield. Het was overigens ook verstandig geweest om een glucosewaarde te

bepalen en de onverklaarbaar hoge tensie nog eens te meten. De huisarts betreurt zijn inschattingfout en geeft aan ervan te leren.

De calamiteitencommissie die de casus heeft onderzocht, zegt dat huisartsen steeds vaker te maken zullen krijgen met sepsis, bij oudere en kwetsbare patiënten. In navolging van de ziekenhuizen, waar jarenlang via veiligheidsmanagementsystemen is gehamerd op tijdige herkenning van vitaal bedreigde patiënten, is het dus zaak voor huisartsen om hun kennis hierover op te halen.

**Sophie Broersen**, arts niet-praktiserend/  
journalist  
**mr. Josine Janson**, adviseur gezondheidsrecht

### Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Amsterdam d.d. 11 april 2019 (ingekort door redactie Medisch Contact)

Beslissing naar aanleiding van de op 7 december 2018 binnengekomen klacht van A, wonende te B, klagster, gemachtigde C, tegen D, huisarts, werkzaam te E, verweerder, (...).

## 01

#### De procedure

(...)

## 02

#### De feiten

**2.1** De klacht heeft betrekking op de medische behandeling van de heer F (geboren 1939, overleden januari 2018), hierna te noe-

men: patiënt. Klagster is zijn echtgenote.

**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, klagster, 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 eerstejaarshuisarts in opleiding (hierna: de aios).

**2.4** Met betrekking tot dat bezoek vermeldt het waarneemberecht, voor zover relevant:

*(B) Wijkvpk: 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). (...), aios: 2 wk geleden hoesten, is beter gegaan. Echter afgelopen week wat rillerig, pollakisurie 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 zdd en woont samen met echtgenote.*

*VG: Bekend met dementie en DM, niet regelmatig UWI, geen COPD (o) (NHE [= de aios]) Oogt ziek, rillerig+, ligt met kleren aan plat in bed. Spreekt wat onsamenhangend en onduidelijk, niet duidelijk dysartrisch/afatisch.*

*Temp. 37,8, sat 88%, AE 25/min, pols 110/min irreg, RR 188/130 mmHg  
 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 zdd1 gedurende 10 dg. 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: (...)

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

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

*(...)*

*20.30 u ter plaatse, 20.50 u ambu gebeld en zelf reanimatie gestart (o) (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 shock; 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 (...)*

**2.9** Een commissie heeft onderzoek gedaan naar het gebeurde en de bevindingen neergelegd in een calamiteitenrapportage. De rapportage vermeldt:

*'Basisoorzaken*

*1. Actuele kennis over sepsis niet toegepast*

*De commissie is van mening dat de eerste visitearts 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 gebaseerd 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.'*

## 03

### 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; (...).

## 04

### Het standpunt van verweerder

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

## 05

### De beoordeling

*a. diagnose gemist en niet ingestuurd naar ziekenhuis*

**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. (...)

**5.5** Verweerder heeft ciprofloxacine 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 ciprofloxacine 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 nitrofurantoïne maar ciprofloxacine 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 ciprofloxacine 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. Daarom dacht verweerder eerder aan een verergerde urineweginfectie, waarbij een breder antibioticum (ciprofloxacine) mogelijk al na één tot twee giften verbetering zou kunnen geven, dan aan een sepsis.

- De door de aios gemeten bloeddruk 188/130 was inderdaad

vreemd (verschil onder- en 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 procent en de ademfrequentie van 25 per minuut heeft verweerder geduid als passend bij de combinatie van leeftijd, ziek zijn, COPD, recentelijk 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 door kreeg. 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 specifiek. 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 ten minste 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 procent 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 waarnemerbericht 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.

#### Conclusie

**5.17** De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. (...) Nu verweerder naar de overtuiging van het college een inschattingfout 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.

# 06

## De beslissing

### Het college

- verklaart klachtonderdeel a gegrond; (...)  
- legt aan verweerder de maatregel van waarschuwing op; (...)  
Aldus beslist door mr. E.A. Messer, voorzitter, J.C. van der Molen, D.E. de Jong, G.J. Dogterom, leden-artsen, 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. ■

### web

De volledige tekst van deze uitspraak staat op [medischcontact.nl/tuchtrecht](http://medischcontact.nl/tuchtrecht). Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

Voor meer uitspraken zie [tuchtrecht.nl](http://tuchtrecht.nl).

## OPVALLENDE UITSPRAKEN

### ● Huisarts mist geperforeerde appendicitis

Klaagster kwam op zaterdag naar de huisartsenpost met pijn in de bovenbuik. De huisarts diagnosticeerde een buikgriep. Klaagster heeft dat weekend nog tweemaal contact gehad met de huisartsenpost en is tweemaal op consult geweest bij collega's van de huisarts. Maandag is klaagster naar haar eigen huisarts gegaan, die haar doorstuurde naar de Spoedeisende Hulp. Daar werd de diagnose appendicitis gesteld, waarna tijdens de operatie bleek dat deze was geperforeerd. Klaagster verwijt de huisarts dat zij deze diagnose heeft gemist. Het regionaal tuchtcollege oordeelt dat de huisarts zowel de anamnese als het lichamelijk onderzoek voldoende zorgvuldig heeft verricht. Klaagster kwam normaal lopend de spreekkamer binnen en kon zelfstandig de onderzoekstafel op komen. Ze had geen koorts en de huisarts constateerde een soepele en slanke buik, normale darmgeluiden en pijn boven de navel die uitstraalde naar linksonder. Bij appendicitis straalt de buikpijn juist uit naar de rechterzijde. De klacht wordt afgewezen.

RTG Amsterdam, 12 juni 2019

### ● Schending beroepsgeheim en slechte dossiervoering door verpleegkundige

Klaagster is door de woningbouwvereniging aangemeld bij Bemoeizorg. De verpleegkundige heeft als medewerker van Bemoeizorg klaagster toegewezen gekregen. De klacht luidt dat de verpleegkundige zich niet heeft gehouden aan zijn geheimhoudingsplicht door zonder toestemming gegevens aan de gemeente te verstrekken, dat hij de verkeerde diagnose (psychiatrie) heeft gesteld, dat hij klaagsters goede naam heeft aangetast door op het aanmeldformulier te spreken van 'vreemd gedrag' en dat de informatie in het dossier en op het aanmeldformulier van klaagster niet klopt. Het college stelt vast dat het dossier enkel bestaat uit het aanmeldformulier. Omdat verdere informatie ontbreekt, kan het college niet vaststellen of de verpleegkundige de rechten van klaagster als uitgangspunt heeft genomen en welke afweging hij heeft gemaakt om een beperking van deze rechten te rechtvaardigen, zoals het uitwisselen van gegevens met derden. Ook is de verpleegkundige niet bevoegd diagnoses te stellen en is de opmerking 'vreemd gedrag' geen neutrale omschrijving. Het college legt een berisping op.

RTG Eindhoven, 13 juni 2019

Elke week selecteren KNMG-juristen opvallende uitspraken in het gezondheidsrecht. Een volledig overzicht kunt u vinden op [medischcontact.nl/recht](http://medischcontact.nl/recht). Tegen uitspraken van regionale tuchtcolleges kan tot zes weken na de uitspraak nog hoger beroep worden aangetekend.

