



NIET -
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/
AFGEWEZEN

Onveilige situatie? Trek aan de bel!

Deze zaak zal u bekend voorkomen. De aangeklaagde arts is een van de microbiologen die werkten in het Maasstad Ziekenhuis ten tijde van de Klebsiella-uitbraak. De uitkomst kent u wellicht ook al: een berisping. Dat kregen haar collega's ook, in zeer vergelijkbare zaken.

De feiten zijn bekend, de rapporten zijn geschreven, bestuurders opgestapt.

Toch kan het geen kwaad om nog eens te lezen wat dit tuchtcollege ook van u verwacht op het moment dat u signa-

leert dat de patiëntveiligheid ernstig in gevaar is: trek aan de bel, en hard ook. Neem actie met uw maatschap, mobiliseer de medische staf. Als dat nodig is, mag u onorthodoxe maatregelen niet uit de weg gaan. Een enkele e-mail naar de raad van bestuur 'waaruit geen urgentie blijkt', was in dit geval niet genoeg.

Het college erkent dat er binnen dit ziekenhuis sprake was van systeemfalen, waarbij op alle niveaus fouten zijn gemaakt. Maar dat ontslaat de artsen niet van hun persoonlijke verantwoorde-

lijkheid. Sterker nog, als een arts binnen de organisatie echt geen gehoor vindt, en daardoor zijn verantwoordelijkheid voor de patiëntveiligheid niet kan waarmaken, rest hem 'weinig anders dan het teruggeven aan het ziekenhuisbestuur van dit onderdeel van zijn takenpakket'. Duidelijke taal, al legt het tuchtcollege niet uit hoe zich dat verhoudt tot de zorgplicht.

Sophie Broersen, arts/journalist
Hilde van der Meer, jurist

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage d.d. 14 mei 2013

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van: A, (...) B, (...) C, (...) hierna: de inspectie of klagers, tegen: E, arts-microbioloog, (...).

(...)

02

De feiten

2.1 Het J (hierna ook: het ziekenhuis) is ontstaan uit een fusie in 2000 van twee F ziekenhuizen, te weten het N en het O. Aanvankelijk werd zorg verleend op twee locaties, het N en O. Het N kent een ic op niveau 3 (het hoogste niveau dat de meest complexe zorg kan bieden). Op locatie O was een ic van niveau 1 aanwezig. Op 17 mei 2011 is alle zorg overgeplaatst naar de nieuwbouwlocatie.

2.2 De arts is als arts-microbioloog werkzaam in het ziekenhuis.

Zij werkt in maatschapsverband met de twee andere aangeklaagde arts-microbiologen (P, zaak 2012-098b, en Q, zaak 2012-098c). In 2010 tot in mei 2011 was tevens een vierde arts-microbioloog aan het ziekenhuis verbonden, de heer R, toenmalig voorzitter van de maatschap van arts-microbiologen (hierna: de maatschap).

2.3 In het ziekenhuis bestaat een afdeling Infectiepreventie. Deze afdeling stond in 2010/2011, de periode van na te melden uitbraak (hierna ook: uitbraakperiode), formeel los van de maatschap. Er bestonden wel functionele banden, onder meer in de vorm van een H&I-overleg van de Hygiëne en Infectiepreventiecommissie (hierna: H&I-commissie), destijds onder voorzitterschap van R. De maatschap en/of de betreffende arts-microbiologen hadden geen hiërarchische zeggenschap over de afdeling Infectiepreventie.

2.4 In juni 2010 is op de intensive care van het ziekenhuis, locatie N (hierna ic N), bij een patiënt de multiresistente Klebsiella-bacterie (hierna ook: Klebsiella) waargenomen. In diezelfde maand werd bij meer patiënten de besmetting met de Klebsiella waargenomen.

(...)

2.6 In oktober 2010 is bevestigd door de molecuair microbioloog van het ziekenhuis dat er sprake was van een klonale verspreiding van de Klebsiella op de ic N.

2.7 Eind december 2010/begin januari 2011 bleek de Klebsiella ook resistent te zijn geworden voor carbapenem antibiotica, hetgeen behandelbaarheid van infecties met dit micro-organisme belangrijk complexer maakte. In februari 2011 was de Klebsiella carbapenemresistent en bleek dat de Klebsiella-bacterie het Oxa 48-plasmide had verworven. Dit plasmide was verantwoordelijk voor de verdere resistentie van de Klebsiella.

2.8 Op 14 maart 2011 is door een arts-microbioloog van het huisartsenlaboratorium in S bericht aan de arts-microbiologen van het ziekenhuis dat er wellicht besmetting had plaatsgevonden met Klebsiella tijdens een opname van een patiënt op de ic N. De stam van het huisartsenlaboratorium is destijds niet vergeleken met de Klebsiella op ic N.

2.9 In de periode 14 maart 2011 tot aan de uiteindelijke melding op 31 mei 2011 van de Klebsiella-uitbraak bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg was het aantal patiënten, dat met de Klebsiella Oxa 48 was besmet, gestegen van 6 naar 34 patiënten. Op 26 mei 2011 hebben de arts-microbiologen een eerste melding gedaan bij de GGD. Diezelfde dag zijn via een mail van arts-microbioloog P ook de directie, de algemeen directeur, de intensivisten, de voorzitter van de medische staf en andere direct betrokkenen over deze melding bij de GGD geïnformeerd.

2.10 Vervolgens is een 'uitbraakteam' samengesteld dat tot taak had de uitbraak in kaart te brengen, hetgeen moeizaam tot stand kwam. Op 20 juli 2011 is het ziekenhuis onder verscherpt toezicht gesteld van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

2.11 Uiteindelijk is met hulp van externe deskundigen van het T en het RIVM een plan van aanpak tot stand gekomen om patiënten te onderzoeken, waarna beheersmaatregelen volgden om verdere verspreiding te voorkomen. Deze beheersmaatregelen kwamen erop neer dat de richtlijn Bijzonder Resistente Micro-Organismen, afkomstig van de landelijke werkgroep Infectiepreventie strikt werd toegepast. Hierna is de verspreiding tot staan gebracht. Waarschijnlijk zijn drie patiënten ten gevolge van de Klebsiella-besmetting overleden. Bij tien patiënten is er een mogelijk verband aangewezen, terwijl vele patiënten met de bacterie in contact zijn geweest.

2.12 Een externe onderzoekscommissie onder voorzitterschap van U heeft op 29 maart 2012 rapport uitgebracht (hierna:

rapport U). De hierin beschreven feiten zijn niet betwist.

(...)

05

De beoordeling

5.1 Het college stelt het volgende voorop. De drie door de inspectie aangebrachte zaken gaan om de tuchtrechtelijke beoordeling van het handelen of nalaten van de thans aangeklaagde arts-microbiologen; in de onderhavige zaak om dat van de betrokken arts-microbioloog. Het gaat dus niet om de vraag of er ook anderen ter zake een verwijt gemaakt kan worden, noch om de civielrechtelijke aansprakelijkheid waarbij kwesties van medeschuld een rol (kunnen) spelen. De omstandigheid dat de inspectie wellicht nog meer BIG-geregistreerde zorgverleners ter verantwoording had kunnen roepen, laat in beginsel onverlet ieders eigen verantwoordelijkheid onder de Wet BIG.

Dit betekent dat het college zal toetsen of de arts heeft gehandeld in strijd met de norm van artikel 47, eerste lid Wet BIG, zoals de inspectie stelt. Het gaat hierbij niet om de vraag of het handelen beter had gekund, maar om de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, daarbij rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met de toentertijd in de beroepsgroep ter zake aanvaarde norm of standaard.

Dit betekent overigens niet dat hiermee anderen geen verwijt zou kunnen treffen. Het college merkt slechts op dat het alleen de hem voorgelegde zaken heeft te beoordelen.

5.2 Niet in geschil is dat er in juni 2010 op de ic N bij een aantal patiënten de multiresistente Klebsiella-bacterie werd aangetroffen, hetgeen op grond van de BMRO-richtlijn (de richtlijn Bijzonder Resistente Micro-Organismen, afkomstig van de landelijke werkgroep Infectiepreventie) geldt als een uitbraak. Evenmin in geschil is dat in oktober 2010 is bevestigd dat er sprake was van een klonale verspreiding van de Klebsiella op ic N. Zeker op dat moment hadden stringente maatregelen ter voorkoming van verdere verspreiding moeten volgen. Hiervan is geen sprake geweest. De arts-microbiologen hadden in dit verband, naast anderen, een duidelijke verantwoordelijkheid, omdat zij degenen binnen het ziekenhuis zijn die de specifieke deskundigheid hebben om de uitbraak te signaleren alsmede om de ernst en het risico van de uitbraak (en eventuele gevolgen van het voortduren ervan) te onderkennen. Deze verantwoordelijkheid hebben zij in onvoldoende mate genomen, hetgeen niet kan worden afgedaan

SELECTIE VAN DE INSPECTIE

HOUD DE OVERDRACHT HELDER!

DE FEITEN Patiënte was met vele gezondheidsproblemen opgenomen in het verpleeghuis. Over de behandeling daar zijn meerdere klachten ingediend. Voor de selectie is ingezoomd op de vraag of sprake was van een goede overdracht van de dienstdoende arts naar verweerster, specialist ouderengeneeskunde, in de nacht van 28 mei 2011. Die overdracht had per interne mail plaatsgevonden. De overdragende arts meende dat er geen duidelijke afspraken rondom de overdracht bestonden. Verweerster vond die afspraken echter helder, namelijk: acute zaken worden per telefoon overgedragen en niet-acute zaken per interne e-mail. Mails werden niet altijd direct gelezen.

OVERWEGINGEN VAN DE COLLEGES Het regionaal tuchtcollege oordeelde dit klachtonderdeel gegrond: 'Hoe het ook zij, in ieder geval is gebleken dat de afspraken over de overdracht niet duidelijk genoeg waren en dat de overdracht in de onderhavige zaak feitelijk gebrekkig is geweest. Het belang van een adequate overdracht kan niet voldoende worden onderstreept. Het college rekent de gebrekkige organisatie van de overdracht verweerster – ook omdat zij naar eigen zeggen de afdelingsarts is – dan ook in tuchtrechtelijke zin aan.' Een waarschuwing volgde. In beroep oordeelde het Centraal Tuchtcollege dat de regels duidelijk waren: bij bijzonderheden in het weekend overdracht per telefoon, in alle andere gevallen via een e-mailbericht aan de gehele artsengroep, dat ook later gelezen kon worden. Beroep slaagt, de klacht wordt ongegrond verklaard.

RELEVANTIE VOLGENS DE INSPECTIE Zorgvuldige overdracht van patiënteninformatie is erg belangrijk voor de continuïteit van verantwoorde zorg. Niet alleen specialisten ouderengeneeskunde, maar alle artsen moeten hierover duidelijke en eenduidige afspraken maken, die schriftelijk vastliggen. Omdat in deze casus die afspraken vastgelegd waren, is het klachtonderdeel tegen de specialist ouderengeneeskunde ongegrond verklaard door het Centraal Tuchtcollege. De dienstdoende arts had verweerster volgens die afspraken bij de dienstoverdracht telefonisch moeten informeren over de achteruitgang van patiënte.

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, zaaknummer: c2012.330]

In deze rubriek selecteert en becommentarieert de inspectie een niet ter publicatie aangeboden tuchtzaak. Zie voor de volledige uitspraak: medischcontact.nl/selectie_van_de_inspectie.

met de stelling dat er sprake was van een taakverdeling binnen de maatschap en/of dat anderen in de lijn, collega-artsen en/of de afdeling Infectiepreventie binnen het ziekenhuis tekortschoten. Evenmin kan deze verantwoordelijkheid worden afgedaan met de opmerking: 'We dachten dat de uitbraak – de eerste golf – onder controle was', omdat deze verwachting geen toereikende grondslag had; immers niet was gebaseerd op reeds genomen stringente maatregelen.

5.3 Toen vervolgens begin 2011 bleek dat de *Klebsiella* in toenemende mate resistent was geworden voor carbapenem-antibiotica, had 'groot alarm' geslagen moeten worden. Mede omdat de signalering hiervan (door middel van in vitro resistentiebepalingen en aanvullende moleculaire diagnostiek) nu eenmaal is voorbehouden aan het microbiologisch laboratorium ligt hierbij wel degelijk een voortrekkersrol bij de arts-microbiologen van het ziekenhuis, zowel tezamen als individueel.

Weliswaar zijn er aanwijzingen dat er binnen het ziekenhuis sprake was van 'systeemfalen', waarbij in alle geledingen van het ziekenhuis (de afdeling Infectiepreventie, de betrokken medische hoofdbehandelaars, de medische staf als geheel, de raad van bestuur, de directie en raad van toezicht) te weinig oog was voor ziekenhuishygiëne, maar van de arts-microbiologen en ook van de arts individueel, had méér mogen worden gevergd dan in dit geval is gedaan.

5.4 Het 'groot alarm' is op dat moment achterwege gebleven en gepaste maatregelen (melding GGD en inspectie, systematische registratie en controle, controlekwaken van medepatiënten, uitvoering van voorgenoemde BRMO-richtlijn, sluiting ic) bleven uit. De arts-microbiologen hebben naar voren gebracht dat zij in het ziekenhuis tot dergelijke maatregelen niet in staat werden gesteld. Ook dit vormt geen disculpatie. Indien er sprake is van een dusdanige obstructie (tegenwerking/gebrek aan aandacht voor kwaliteit en veiligheid), dient de arts-microbioloog zijn verantwoordelijkheid te nemen en op alle mogelijke (wellicht onorthodoxe) manieren de aandacht voor de noodzaak van rigoureuze maatregelen op te eisen. Dit laatste is evenwel niet gebeurd. Een enkele mail naar de raad van bestuur waaruit bovendien geen enkele urgentie blijkt, zonder vervolgstappen, is in dit verband ontoereikend, terwijl van enige effectieve, gerichte actie door de maatschap of door de individuele arts-microbioloog, zoals mobilisering van de medische staf, niet is gebleken. In verband met dit laatste wordt erop gewezen dat uit de verslagen van de medische staf én ter zitting is gebleken, dat in de medische staf, waarin de arts-microbiologen vertegenwoordigd waren, geen aandacht is gevraagd voor de *Klebsiella*-uitbraak, hoewel dit toch voor de hand had gelegen. Voor de goede orde benadrukt het college, dat de taakverdeling binnen de maatschap niet betekent dat de infectiepreventie niet meer tot het takenpakket van de overige arts-microbiologen zou behoren. Tenslotte gaat de patiëntveiligheid iedere zorgverlener in het ziekenhuis aan en zeker de artsen tot wier deskundigheidsdomein het behoort de

EIGEN LEVEN

Op vrijdagmiddag om halfvier wordt een vrouw gebeld met de boodschap: 'Uw man moet met spoed naar het ziekenhuis; gaat u daar naartoe om hem op te vangen.' De man is 75 jaar oud, de laatste dertig jaar onafgebroken opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis met een ernstige bipolaire stoornis, meestentijds, zoals ook nu, depressief, soms manisch, zelden even min of meer normofoor. Hij heeft een forse tremor (lithium), COPD, insulineafhankelijke diabetes en er zijn al delen van zijn voeten geamputeerd.

De vrouw is gescheiden van deze man en leidt zoals te verwachten is haar eigen leven. Zij heeft op dat tijdstip een afspraak met kinderen en kleinkinderen en zegt dat zij niet halsoverkop naar het ziekenhuis kan gaan. Zij krijgt als antwoord dat het niet de taak is van de verpleegkundigen van de afdeling waar mijnheer met 24-uurzorg (!) is opgenomen, om hem naar het ziekenhuis te begeleiden. De vrouw die uit loyaliteit zeer frequent haar ex-man bezoekt, in feite een vorm van mantelzorg verricht, houdt zich aan de afspraak met haar kinderen en kleinkinderen en gaat daarna naar het ziekenhuis.

Om halfzes komt zij bij de spoedeisende poli chirurgie, waar men zich afvraagt wanneer de man komt. De vrouw gaat naar de centrale balie en onderweg daarheen ziet zij tot haar verbazing haar ex-man buiten zittend in een rolstoel. Hij was door de chauffeur van het rolstoeltaxibusje in de foyer van het ziekenhuis neergezet met de boodschap: 'Uw vrouw komt er zo aan.' De man is licht verward, niet in staat geweest om duidelijk te maken dat hij bij de poli chirurgie wordt verwacht. Hij vertelt haar nog dat een verpleegkundige in het psychiatrische ziekenhuis in het voorbijgaan gezegd had dat zij 'in de wandelgangen' gehoord had dat zijn voet zou worden geamputeerd.

Bejegening, waar hebben we dat geleerd? Mag een vrouw, die al dertig jaar op de afdeling mantelzorg verleent, ook haar eigen leven hebben? Is er iets mis in de ggz? Overigens, de voet zit er nog aan.

ernst van een dusdanig resistente bacterie te onderkennen. Als uiterste middel bij obstructie binnen de ziekenhuisorganisatie rest de arts-microbioloog (bij voorkeur samen met de andere arts-microbiologen) weinig anders dan het teruggeven aan het ziekenhuisbestuur van dit onderdeel van zijn takenpakket, met de mededeling dat hij zijn verantwoordelijkheden ten aanzien van de patiëntveiligheid zo niet kan waarmaken. Geen van deze stappen heeft de arts gezet, althans in volstrekt onvoldoende mate.

5.5 Het komt er kortom op neer, dat sprake was van een patroon van terugkerende tekortkomingen in de zorg die de arts in de maatschap van arts-microbiologen, dan wel individueel, had moeten betrachten, en dat daar waar actie had mogen worden geleverd, deze is uitgebleven. Het college beoordeelt dit als tuchtrechtelijk verwijtbaar.

5.6 Wat de op te leggen maatregel betreft, is het college van oordeel dat niet kan worden volstaan met een waarschuwing. Gelet op de lange duur van de uitbraak, de omstandigheid dat pas eind mei 2011 'groot alarm' is geslagen, de omvang en ernst van de besmetting, dient een zwaardere maatregel te volgen. Het college zal echter volstaan met een berisping, gelet op het aannemelijk geworden falen van anderen (het ontbreken van een veiligheids-cultuur), zoals ook volgt uit het rapport U. In de omstandigheid dat de arts slechts een gedeelte van haar tijd werkzaam was in het ziekenhuis wordt overigens geen aanleiding gezien om haar een minder zware maatregel op te leggen dan haar aangeklaagde collega's.

5.7 Om redenen aan het algemeen belang ontleend, zal publicatie van deze beslissing worden gelast.

06

De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage beslist als volgt:

legt op de maatregel van berisping.

(...)

Deze beslissing is gegeven door mr. M.A.F. Tan- de Sonnaville, voorzitter, mr. E.B. Schaafsma-van Campen, lid-jurist, prof. dr. J.T. van Dissel, prof. dr. J.H. van Bockel en prof. dr. M.W. Hengeveld, leden-artsen, bijgestaan door mr. A.F. de Kok, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 14 mei 2013^o. ■

web

De volledige tekst van deze uitspraak staat op medischcontact.nl/tuchtrecht. Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl