

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: 09234a

**Uitspraak: 25 oktober 2010**

**HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

**TE EINDHOVEN**

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 15 december 2009 binnengekomen klacht van:

A  
wonende te B  
klaagster

tegen:

C  
cardioloog  
werkzaam en wonende te B  
verweerder  
gemachtigde mr. A.W. Hielkema te Utrecht

**1. Het verloop van de procedure**

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift en een aanvulling hierop
- het verweerschrift
- de brief van klaagster van 12 april 2010, waarin zij afziet van repleik
- de brief van 11 juni 2010, met bijlagen, van de gemachtigde van verweerder
- de brief van 20 augustus 2010, met bijlage, van de gemachtigde van verweerder.

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 13 september 2010 behandeld. Verweerder en zijn gemachtigde waren aanwezig. Klaagster is, hoewel behoorlijk opgeroepen, zonder enig bericht niet verschenen.

**2. De feiten**

Het gaat in deze zaak om het volgende:

Klaagster was de echtgenote van de inmiddels overleden heer D (geboren 08-03-1928), hierna te noemen: patiënt.

Op 8 mei 2009 werd patiënt door zijn huisarts doorgestuurd naar de Eerste Hart Hulp van het ziekenhuis waar verweerder als cardioloog werkzaam is. Onder supervisie van een andere cardioloog is patiënt toen gezien door de cardioloog in opleiding. Patiënt presenteerde zich met een snelle atriale flutter de novo van ongekeerde duur, zich met name uitende in palpitaties en dyspnoe klachten die het gevolg waren van een lichte vorm van decompensatio cordis. Patiënt en klaagster hadden het medicijngebruik zelf genoteerd en hebben dit overhandigd aan de cardioloog in opleiding.

Laatstgenoemde is, na telefonisch overleg met de assistent interne geneeskunde omdat patiënt bekend was met een essentiële thrombocytose, gestart met ritmevertragende medicijnen (Digoxine) en antistolling (Acenocoumarol). Aan hem is toen niet bekend gemaakt dat patiënt Clopidogrel gebruikte. Patiënt heeft eenmalig intraveneus diuretica gekregen, waarna zijn dyspnoe klachten verminderden. Aan patiënt is medegedeeld dat hij zich bij de trombosedienst moest melden voor het verdere verloop van de inname van de medicatie, waarna patiënt met medicamenteuze therapie is ontslagen.

Op 14 mei 2010 zag dezelfde cardioloog in opleiding patiënt opnieuw op de Eerste Hart Hulp, ditmaal onder supervisie van verweerder. Patiënt maakte een heldere, georiënteerde indruk. Hij was beduidend meer kortademig. Hij had een brief bij zich van de huisarts met vermelding van het medicatiegebruik. Het overzicht was niet gelijk aan het gebruik als genoteerd bij het ontslag op 8 mei 2010: patiënt zou geen diuretica en Prednisolon meer nemen, maar wel Clopidogrel. Daarnaast gebruikte patiënt de door verweerder gestarte medicatie. Verweerder heeft patiënt onderzocht, een ECG laten maken en laboratoriumonderzoek laten verrichten. Op basis van zijn onderzoeken (onder meer bleek hieruit van een INR-spiegel van 3.1) concludeerde de cardioloog in opleiding dat ischaemisch hartfalen een belangrijke onderliggende oorzaak was voor het verslechteren van de decompensatio cordis.

In die situatie heeft hij, in overleg met verweerder, geconcludeerd dat de ingezette therapie, bestaande uit de op dat moment bekende antistollingsmedicatie, inclusief het gebruik van Clopidogrel, aan patiënt mogelijk onvoldoende bescherming bood tegen cardiale ischaemie. De cardioloog in opleiding heeft toen in overleg met verweerder ervoor gekozen om, tijdelijk, aspirine, zonder oplaaddosering, toe te voegen aan de bestaande therapieën en daarbij geen (on)gefractioneerde Heparines te geven, het verhoogde bloedingsrisico daarbij in aanmerking nemend. Patiënt werd opgenomen om de diagnose, ischaemisch pompfalen, nader te onderzoeken en te behandelen. Genoemde uitkomsten zijn met patiënt en klaagster besproken. Klaagster en patiënt waren met dit beleid akkoord.

De volgende dag, 15 mei, trof een verpleegkundige patiënt scheef in bed aan. Een CT scan toonde een subduraal haematoom aan. Wegens infauste prognose is besloten tot een abstinierend beleid, waarna patiënt op 16 mei 2010 op de afdeling IC is overleden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft het handelen van verweerder als adequaat professioneel handelen aangemerkt.

### **3. Het standpunt van klaagster en de klacht**

Patiënt heeft drie verschillende bloedverdünnende medicijnen toegediend gekregen. Klaagster verwijt verweerder dat het overlijden van haar echtgenoot mogelijk niet had hoeven plaats te vinden (a).

Er is aan klaagster geen informatie verstrekt over de behandeling, de mogelijke gevolgen en eventuele alternatieven (b).

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

Verweerder betreurt het dat klaagster niet ter zitting is verschenen. Meermalen heeft hij, zonder succes, getracht met klaagster in contact te komen. Hij had gehoopt dat hij zijn beleid ter zitting aan klaagster duidelijk had kunnen maken.

Het gevoerde beleid was het meest aangewezen. Er was weinig keuze. Het beleid was bedoeld voor een korte periode. De opgetreden complicatie was onverwacht en zeer weinig voorkomend.

Er is duidelijke informatie gegeven; er is besproken waarom opname nodig was. Er is niet gewaarschuwd voor de opgetreden complicatie. Dat is ook niet nodig omdat het zo weinig voorkomt.

Op het verdere verweer zal hierna, voor zover nodig, worden teruggekomen.

#### **5. De overwegingen van het college**

Het college stelt voorop dat het zeer te betreuren is dat klaagster niet ter zitting aanwezig was. Bovendien is het ten opzichte van verweerder onheus om zonder bericht bij de mondelinge behandeling weg te blijven, behoudens valide redenen, waarvan niet is gebleken.

Verweerder heeft zijn verweer zowel mondeling als schriftelijk gevoerd, zonder dat klaagster, hoewel zij alle gelegenheid daartoe heeft gehad, hierop inhoudelijk heeft gereageerd, zodat het college de door verweerder geschetste gang van zaken als vaststaand heeft moeten aannemen, zoals hiervoor onder de feiten weergegeven.

Het college gaat nu over tot de bespreking van de klachtonderdelen.

Ad a)

Het college is van oordeel dat het medicatiebeleid, gelet op alle omstandigheden, een en ander zoals hierboven onder de feiten omschreven, zeer zorgvuldig en naar de regels der kunst is geweest.

Er was inderdaad, zoals verweerder stelt, sprake van een therapeutisch dilemma; enerzijds was patiënt immers recent gestart met Aconocoumarol, had hij een INR-spiegel van 3.1 en kreeg hij een plaatjesaggregatieremming in de vorm van Clopidogrel, maar anderzijds was hij bekend met een essentiële thrombocytose en was sprake van ischaemisch hartfalen.

Met het daarop onder supervisie van verweerder gevoerde zorgvuldige en evenwichtige beleid, zoals uitgebreid toegelicht bij verweerschrift en ter zitting, kan het college zich geheel verenigen.

Ad b)

Vast is komen te staan dat het beleid met patiënt en klaagster is besproken en dat daarbij niet is gewezen op het risico van de bloeding zoals die zich korte tijd later heeft voorgedaan.

Het risico op een dergelijke bloeding moet echter, mede gelet op de korte duur waarvoor het ingezette medicatiebeleid was bedoeld, als zodanig minimaal worden ingeschat dat het niet nodig en gebruikelijk is de patiënt over dit aan het beleid inherente maar noodzakelijkerwijs te nemen risico te informeren.

Op grond van het bovenstaande zijn de klachten ongegrond.

#### **6. De beslissing**

Het college:

- wijst de klacht af.

Aldus beslist door mr. H.P.H. van Griensven als voorzitter, mr. W.E.M. Duynstee-Bijvoet als lid-jurist, L. Relik-van Wely, J.D.M. Schelfhout en dr. C.W.G.M. Frenken als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van mr. M. van der Hart als secretaris en in het openbaar uitgesproken op 25 oktober 2010 in aanwezigheid van de secretaris.