

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: 118/2009

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE**

**Beslissing d.d. 14 oktober 2010 naar aanleiding van de op 27 mei 2009 ingekomen klacht van**

**A , wonende te B,**

**bijgestaan door C, verbonden aan D te E,**

**k l a a g s t e r**

**-tegen-**

**F, arts, destijds werkzaam te B,**

**bijgestaan door mr. V.C.A.A.V. Daniels, verbonden aan de VvAA te Utrecht,**

**v e r w e e r s t e r**

## 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

**Klaagster heeft een klaagschrift ingediend en, op verzoek van de secretaris, een aanvulling hierop gegeven voorzien van bijlagen, waaronder het medisch dossier. Verweester heeft een verweerschrift ingediend. Vervolgens is gerepliceerd en gedupliceerd. Beide partijen hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het mondeling vooronderzoek.**

**De zaak is behandeld ter openbare zitting van 3 september 2010, alwaar zijn verschenen klaagster en verweester, beiden vergezeld van hun gemachtigden.**

**De onderhavige klacht is gelijktijdig behandeld met de klacht welke klaagster heeft ingediend tegen G, cardioloog. In die zaak, met nummer 119/2009, wordt eveneens vandaag uitspraak gedaan.**

## 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.**

**De klacht betreft de medische behandeling van de echtgenoot van klaagster, de heer H, geboren op 10 februari 1944, hierna ook patiënt te noemen. Op 25 oktober 2008 meldde patiënt zich bij de Eerste Hart Hulp van de I, locatie J, omdat hij vlak**

ervoor, rond 15.15 uur die middag, na inspanning druk op de borst voelde. Tevens had hij pijn aan zijn kaken en in zijn rug. Bij de geringste inspanning verergerde de pijn. De voorgeschiedenis van patiënt beschrijft atriumfibrilleren, chronische lymfatische leukemie, slaapapneu syndroom en recent ingebrachte kaakimplantaten. Vanwege de melding van "pijn op de borst" zijn er volgens het protocol Acut Coronair Syndroom een bloedonderzoek, ECG en thoraxfoto verricht.

Rond 15.30 uur werd patiënt bij verweerster, destijds werkzaam in haar eerste jaar als arts-assistent cardiologie (destijds niet in opleiding) aangemeld. Verweerster heeft het bij opname (15.22 uur) gemaakte ECG bekeken en patiënt kort beoordeeld. Het ECG toonde atriumfibrilleren (bekend), een beeld passend bij Linker Ventrikel Hypertrofie en geringe stoornissen in de afleidingen lateraal welke onder andere zouden kunnen passen bij zuurstofgebrek in het hart.

Verweerster zag op het ECG geen acute ischemie en patiënt was hemodynamisch stabiel en goed aanspreekbaar. Verweerster is, in afwachting van de overige onderzoeksresultaten, doorgegaan met de behandeling van andere patiënten. Zij werd toen gebeld door de heer K, een oud-cardioloog uit L, die meldde dat verweerster bij patiënt moest gaan kijken en dat het ernstig was. Hij vroeg verweerster hem op de hoogte te houden van haar bevindingen. Rond 15.45 uur, na bloedonderzoek en X-thorax, is verweerster naar patiënt toegegaan. Zij heeft zich voorgesteld en gezegd dat patiënt een belangrijk man moest zijn omdat er al voor hem gebeld was uit L. Zij heeft patiënt en klaagster gezegd ervan uit te gaan dat zij de heer K zelf konden informeren.

Verweerster heeft bij patiënt de anamnese afgenomen en lichamelijk onderzoek verricht. Hieruit bleek een bloeddruk rechts van 195/75 en links van 160/60, alsmede een zuurstofsaturatie van 99%. Geen opwekbare drukpijn in de thorax, irregulaire harttonen, geen souffle, er was normaal ademgeuis en geen bijgeluiden bij pulmonaal onderzoek. Onderzoek van de buik, normale peristaltiek, soepele buik, geen bijzonderheden bij palpatie. Geen oedeem van de extremiteiten en normale perifere pulsaties.

Op het ECG van 16.20 uur veranderden de laterale afleidingen terwijl deze om 17.26 uur weer conform de opname-ECG waren. Deze wisselingen konden wijzen in de richting van een probleem met de zuurstofvoorziening van het hart. Labuitslagen die rond 16.30 uur bekend waren, lieten geen afwijkend beeld zien. Verhoging van de leukocyten was bekend vanwege de chronische leukemie van patiënt. De uitslag van de hartenzymen was normaal. De waarde is echter pas 8 uur na begin van de klachten representatief.

Na het bekend worden van de labuitslagen heeft verweerster telefonisch overleg met haar supervisor gevoerd. Zij heeft het ECG gefaxt en haar bevindingen besproken. Differentiaal diagnostisch is gesproken over een acuut coronair syndroom (ACS) gelet op de pijn op de borst, de geringe ECG-afwijkingen en de hoge bloeddruk. Tevens zijn besproken een abdominaal aneurysma, vanwege de pijn in de rug/lendenen, maar het hb was niet laag en de verschillen tussen de bloeddruk links en rechts bleven niet bestaan, costomyogene klachten (verrekken van de tussenribspieren) of een longembolie. Dit laatste werd minder aannemelijk geacht vanwege de saturatie van 99% en INR-waarde van 4,5. In samenspraak met de cardioloog werd verweersters werkdiagnose ACS bevestigd. Opname op de CCU volgde en plavix en ascal werden gestart. Hierna is nog een liggende thoraxfoto gemaakt. Deze liet bij vergelijking geen afwijking zien ten opzichte van 2004.

Verweerster heeft patiënt en klaagster geïnformeerd over het beleid in afwachting van de tweede bloedwaarden (circa 23.15 uur, 8 uur na het ontstaan van de klachten). Verweerster heeft gereageerd op de opmerking van klaagster over de verhoogde INR-waarde van 4,5. Het was alleen beleid om vitamine K toe te dienen bij aanwijzingen voor een actieve bloeding. Er was geen daling van het hb dus werd niet gecoupeerd. Er staat op het Start-medicatieformulier bij het bloedverdunnend medicijn Marcoumar een paraaf van verweerster maar bij de bijbehorende lijst staat een 0 hetgeen wil zeggen dat er geen tabletten Marcoumar zijn gegeven.

**Na dit gesprek heeft verweerster op verzoek van patiënt en klagster de heer K telefonisch op de hoogte gesteld van de bevindingen tot dan toe.**

**Patiënt bleef pijn houden waarvoor nitroglycerine en fentanyl werden gegeven. Gedurende de rest van haar dienst is verweerster niet door de verpleging gevraagd om bij patiënt te komen vanwege pijn of andere klachten. Om 20.00 uur heeft arts-assistent M de dienst van verweerster overgenomen.**

**De volgende dag heeft de cardioloog een CT-scan laten maken. Hierbij bleek spoedig dat sprake was van een uitgebreide aorta dissectie type A. De cardioloog heeft direct naar L gebeld voor een spoedoperatie. De operatie is goed verlopen.**

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

**Klaagster verwijt verweerster, zakelijk weergegeven:**

**-dat zij een aanmatigende opmerking heeft gemaakt en weinig invoelend vermogen heeft;**

**-dat zij gezegd heeft te willen starten met marcoumar naast ascal;**

**-dat zij de mogelijkheid van een aneurysma heeft onderschat;**

**-dat zij haar supervisor niet heeft kunnen overtuigen van de ernst van de situatie en hem niet tijdig heeft ingeschakeld.**

### **4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER**

**Verweerster voert -zakelijk weergegeven- aan dat zij ten opzichte van de patiënt, in de periode waarin zij voor hem verantwoordelijk was, de zorg betracht heeft die van een arts-assistent in de gegeven omstandigheden verwacht mag worden en dat zij patiënt en klaagster telkens met voldoende inlevingsvermogen en op correcte wijze tegemoet is getreden. Meer in het bijzonder merkt zij op:**

**-dat zij het vervelend vindt dat haar opmerking als aanmatigend is ervaren, waarvoor zij ter zitting haar excuses heeft aangeboden;**

**-dat zij geen marcoumar heeft willen geven en dat ook nooit zou doen bij een INR van 4,5. Zij heeft uitleg gegeven over ascal en plavix, medicijnen met een andere werking dan marcoumar welke gegeven worden bij het vermoeden van ACS, vitamine K toediening was zonder dalend hb geen beleid;**

**-dat zij geen aanwijzingen voor een aneurysma had, ook niet na overleg met haar supervisor, en dat zij geen gesprek hierover met klaagster heeft gevoerd;**

**-dat zij volgens de standaardwerkwijze onderzoek heeft gedaan en uitgebreid overleg heeft gevoerd met haar supervisor, die altijd goed bereikbaar was, dat patiënt pijn had maar hemodynamisch stabiel was. Dat er daarom geen reden was dat de cardioloog zelf moest komen. Er is met medicatie gestart en verweerster is tot het einde van haar dienst niet door de verpleging, waarmee zij op meerdere momenten contact had, geattendeerd dat beleid of medicatie van patiënt bijstelling behoefde.**

## **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**

**Nu verweerster dit heeft erkend, staat wel vast dat zij na het telefoontje van K tegen patiënt heeft gezegd dat hij wel een belangrijk man moest zijn. Het college beschouwt dit als een enigszins ongelukkige opmerking, zoals verweerster thans ook wel inziet, die evenwel niet een tuchtrechtelijke reactie rechtvaardigt. Ook overigens is niet gebleken dat verweerster zich onheus jegens patiënt en klaagster heeft uitgelaten. Aantekening verdient nog dat verweerster, na verkregen toestemming en zonder daartoe gehouden te zijn, de eerste bevindingen heeft doorgebeld naar K.**

## **5.3**

**Niet is gebleken dat verweerster wilde starten met marcoumar en dat klaagster haar daarvan heeft weerhouden, zodat ook het daarop gebaseerde klachtonderdeel niet kan slagen. Het versneld omlaagbrengen van de INR-waarde van 4,5 (gemeten bij opname 's middags op 25 oktober 2008) had, al is dit boven de streefwaarde, in de gegeven omstandigheden geen prioriteit en het kan ook niet zo zijn dat dit de oorzaak is geweest van de lange duur van de operatie (verricht op 26 oktober 2008 in de loop van de ochtend). Bovendien wordt bij een open hartoperatie juist volledige ontstolling met heparine nagestreefd.**

## **5.4**

**Op basis van de notities van verweerster moet worden aangenomen dat zij heeft gedacht aan de mogelijkheid van een aneurysma. Zoals gebruikelijk, is uitgegaan van een differentiaaldiagnose en is het beleid daarop afgestemd. Naast allerlei onderzoeksgegevens waren de aard en intensiteit van de pijn hierbij van groot belang. Klaagster beschrijft de pijn van haar**

**echtgenoot thans in de processtukken als enorm, als ondraagelijk en uiteindelijk heeft zij het bij replek over ernstige, scheurende pijnen op de borst en in de lendenen. Op de beide arts-assistenten en de cardioloog is de pijn echter anders, namelijk als drukkend overgekomen. De verpleegkundigen, die zoals gebruikelijk de beleving van de patiënt nauwkeurig hebben genoteerd, hebben in het verpleegkundig dossier vastgelegd dat er sprake was van een drukkend gevoel. Dat is wezenlijk iets anders dan de pijn die klaagster beschrijft. Uitgaande van een drukkende pijn of drukkend gevoel, heeft verweerster in overleg met haar supervisor - mede gelet op haar overige bevindingen- een aneurysma lager in de differentiaaldiagnose mogen zetten en het beleid mogen afstemmen op de werkdiagnose ACS.**

## **5.5**

**Verweerster is ruim vier uur verantwoordelijk geweest voor patiënt. In die periode heeft zij de gebruikelijke onderzoeken gedaan. Vervolgens heeft zij telefonisch overleg gevoerd met haar supervisor, waarna het beleid is bepaald. Die gang van zaken is gebruikelijk. Mede gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, was er voor verweerster geen aanleiding om haar supervisor te vragen om patiënt zelf te komen beoordelen. Ook in dit opzicht heeft verweerster dus niet verwijtbaar gehandeld.**

## **5.6**

**De conclusie uit het voorgaande is dat geen van de klachtonderdelen gegrond is en dat de klacht dus dient te worden afgewezen.**

## **6. DE BESLISSING**



**Het college wijst de klacht af.**

**Aldus gedaan in raadkamer door mr. A.L. Smit, voorzitter, mr. E.W.M. Meulemans, lid-jurist, en dr. R. Brons, dr. R.H. Boerman en H.A. van Dijk, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. B.E.H. Zijlstra-Bauer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 14 oktober 2010 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.**

**voorzitter**

**secretaris**

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aan gelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.