

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: 119/2009

**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, cardioloog, werkzaam te B,**

**bijgestaan door mr. Y.M. Nijhuis, advocaat te Enschede,**

**v e r w e e r d 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. Verweerder heeft een verweerschrift ingediend, eveneens voorzien van bijlagen. Klaagster heeft gerepliceerd en verweerder heeft gedupliceerd onder overlegging van een bijlage. Beide partijen hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.**

**De zaak is behandeld ter openbare zitting van 3 september 2010, alwaar zijn verschenen klaagster en verweerder vergezeld van hun gemachtigden. Tevens is verschenen G, arts, die als getuige is gehoord.**

**De onderhavige klacht is gelijktijdig behandeld met de klacht welke klaagster aanhangig heeft gemaakt tegen de toenmalige arts-assistent H. In die zaak, met nummer 118/2009, 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 I, geboren op 10 februari 1944, hierna**

ook patiënt te noemen. Op 25 oktober 2008 meldde patiënt zich bij de Eerste Hart Hulp van de J, locatie K, 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 H, destijds werkzaam in haar eerste jaar als arts-assistent cardiologie (destijds niet in opleiding) aangemeld. H (verder ook de arts-assistent) 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.

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

De arts-assistent 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 de arts-assistent telefonisch overleg gevoerd met verweerder, dienstdoend cardioloog en haar supervisor. Zij heeft hem 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 verweerder werd de 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.**

**De arts-assistent heeft patiënt en klagster geïnformeerd over het beleid in afwachting van de tweede bloedwaarden (circa 23.15 uur, 8 uur na het ontstaan van de klachten).**

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

Rond 22.00 uur is na overleg met verweerder gestart met nitroprusside in plaats van nitroglycerine in verband met een blijvend hoge bloeddruk van Re 220/100 en Li 210/70. De tensie was hoog en in overleg met verweerder werd een streeftensie van 140 systole afgesproken.

Uit de ter zitting onder ede afgelegde verklaring van de arts-assistent G blijkt dat verweerder rond 23.00 uur in het ziekenhuis is gekomen en patiënt samen met G heeft gezien. Verweerder heeft vervolgens een trans thoracaal echo (TTE) verricht, volgens het echologboek om 23.07 uur. Er waren geen afwijkingen aan de Linker Ventrikel, de kleppen en op het zichtbare stukje van de aorta. Dergelijke echobeelden werden na ongeveer een maand gewist en deze zijn dus niet meer beschikbaar. Verweerder heeft dit bezoek en onderzoek niet die avond in de status genoteerd, hij heeft de resultaten van de TTE de volgende dag genoteerd in de status. Rond 23.45 uur werden de uitslagen bekend van de enzymwaarden welke negatief waren. Dit vormt een indicatie dat een ACS minder waarschijnlijk is.

In het observatie/voortgangsrapportage verpleegkundig dossier noteerde de avonddienst dat nitroglycerine niet hielp tegen de pijn, dat 2 mg. fentanyl wel iets hielp evenals kortdurend Seresta. Na middernacht is genoteerd dat patiënt een "drukkend gevoel" op de borst houdt en rond 6.30 uur dat patiënt na de morfine wat heeft geslapen en dat de pijn iets minder lijkt.

De volgende dag heeft de cardioloog tussen circa 9.00 en 9.30 uur zijn normale visite gelopen en patiënt bezocht. Deze bleef onverminderd pijnklachten behouden. Het hb was licht gedaald en de bloeddruk bleef sterk wisselend zodat de cardioloog nu twijfelde aan de eerder gestelde diagnose. Hij heeft patiënt en klaagster meegedeeld dat hij een CT-scan wilde laten maken en patiënt is daarop naar de locatie N vervoerd waar de CT-scan om 10.30 is verricht. Hier bleek spoedig dat sprake was van een uitgebreide aorta dissectie type A. De cardioloog heeft direct naar M gebeld voor een spoedoperatie waarbij hij ook de anti-stolling heeft gemeld.

**Vanwege problemen met het softwareprogramma konden de gegevens van de CT-scan niet aan patiënt worden meegegeven. Verweerder heeft desgevraagd de thoraxchirurg kunnen uitleggen wat op de scan te zien was. Daardoor kon patiënt toch vrijwel onmiddellijk geopereerd worden. De operatie is goed verlopen.**

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

**Klaagster verwijt verweerder, zakelijk weergegeven:**

**-dat hij onvoldoende heeft samengewerkt met zijn arts-assistent bij de triage en de diagnosestelling;**

**-dat hij als eindverantwoordelijk arts niet adequaat zou hebben gehandeld en patiënt niet zou hebben bezocht in de avonduren, hij heeft dat bezoek niet aangetekend in het dossier;**

**-dat hij een verkeerde inschatting heeft gemaakt van de feitelijke situatie en daarbij de diagnose te laat heeft gesteld, hij had met name eerder een CT-scan moeten laten maken.**

### **4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER**

**Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij niet heeft gehandeld in strijd met de tuchtnorm van artikel 47 lid 1 Wet BIG en concludeert tot afwijzing van de klacht. Hij licht dit nader toe.**

**Hij was en voelde zich verantwoordelijk voor zijn arts-assistent. Zij was overigens toen al een als betrouwbaar bekend staande arts. De diagnose is zorgvuldig en in nauw overleg met haar tot stand gekomen. Aneurysma was een van de differentiaaldiagnoses maar ACS was waarschijnlijker op grond van de pijn op de borst, de lichte ECG-afwijkingen en**

de hoge bloeddruk. De pijnbeleving van patiënt als beschreven in de opnamestatus was plotse druk op de borst na inspanning en geen ernstig scheurende pijn. De behandeling is eveneens ingezet onder directe verantwoordelijkheid van verweerder. ACS kon eventueel pas worden uitgesloten na de tweede uitslag van de hartenzymen om 23.00 uur 's avonds. Er wordt overigens vaker bij diagnose type-A aortadissectie eerst aan ACS gedacht en de eigenlijke diagnose is uiteindelijk binnen niet ongebruikelijke tijd gesteld.

Patiënt is evenmin aan zijn lot overgelaten. Verweerder heeft hem, zoals ook blijkt uit de verklaring van de heer G, wel degelijk zelf bezocht en onderzocht in de late avond van 25 oktober 2008. Overigens werd hij daartoe niet geroepen op dat moment omdat daartoe noodzaak bestond maar deed hij dit uit gewoonte. Toen ACS rond dat tijdstip minder waarschijnlijk werd is daarom ook een echo (TTE) gemaakt. Dat hij geen aantekeningen van zijn bezoek heeft gemaakt spijt verweerder en de dossiervorming in met name de avond- en nachtdienst is punt van aandacht voor de maatschap. Dat patiënt het zich niet herinnert komt mogelijk door de pijnstilling en dat een verpleegkundige heeft gezegd hem niet te hebben gezien is te verklaren door het feit dat de verpleegpost zich niet in de buurt van de arts-assistentenkamer waar het echoapparaat stond bevond. Verweerder heeft op 26 oktober 2008 verslag van de TTE genoteerd in de status en kan toch niet ook van valsheid in geschrifte worden beticht.

Hoewel er achteraf bezien beter 's avonds een CT-scan had kunnen worden gemaakt, zag verweerder daar gelet op de hem bekende gegevens die dag geen aanleiding voor. Verweerder vond ook geen alarmerende signalen die vaak bij aortadissectie worden gezien als lage bloeddruk, schok, decompensatie, scheurende pijn in de borstkas/achter het sternum, wegvallen van de pols in de bovenste ledematen en verminderde perifere pulsaties. De aanvankelijke ongelijke bloeddruk vond men ook niet bij de tweede meting. Verweerder heeft de behandeling toegespitst op de moeilijk behandelbare bloeddruk.

Wat de INR-waarde betreft heeft verweerder evenmin inadequaat gehandeld. Informatie bij de thoraxchirurg O, voorheen werkzaam in het P in Q, heeft ook bevestigd dat -zakelijk

**weergegeven- de medicatie wel invloed kan hebben op de stolling maar dat er geen duidelijke relatie met de duur of de complexiteit van de operatie te leggen valt.**

**Verweerder begrijpt niet dat hij “meer open had moeten staan voor indicatoren via derden” zoals klaagster hem verwijt. Hij weet niet wie dat zijn en niemand heeft hem verzocht te bellen met de heer L, laat staan dat deze gezegd zou (kunnen) hebben dat patiënt een aneurysma had.**

## **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**

**H heeft in de eerste periode, waarin zij verantwoordelijk is geweest voor patiënt, de gebruikelijke onderzoeken gedaan. Vervolgens heeft zij telefonisch overleg gevoerd met verweerder, haar supervisor, waarna het beleid is bepaald. Die gang van zaken is gebruikelijk. De stand van zaken op dat moment behoefde voor verweerder geen aanleiding te vormen om patiënt zelf te komen beoordelen. In dit opzicht heeft verweerder dus niet verwijtbaar gehandeld.**

### **5.3**

**Op basis van de onder ede ter zitting afgelegde verklaring van G is, mede gelet op het logboek met betrekking tot het TTE, de verpleegkundige aantekening van 23.15 uur en de**



verslaglegging van de uitslag van het TTE van de hand van verweerder op 26 oktober 2008, meer dan aannemelijk dat verweerder 's avonds in het ziekenhuis is geweest, patiënt persoonlijk heeft beoordeeld, onderzoek heeft gedaan en op basis daarvan nadere instructies heeft gegeven. Het klacht-onderdeel, inhoudende dat verweerder patiënt 's avonds niet heeft bezocht, mist dus feitelijke grondslag.

#### 5.4

Op basis van de notities van H 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 ondragelijk en uiteindelijk heeft zij het bij repliek over ernstige, scheurende pijnen op de borst en in de lendenen. Op de beide arts-assistenten en verweerder 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 H in overleg met verweerder

-mede gelet op haar overige bevindingen- een aneurysma lager in de differentiaaldiagnose mogen zetten en het beleid mogen afstemmen op de werkdiagnose ACS. Terecht heeft verweerder 's avonds, omdat de pijn niet afnam, een volgende stap genomen en een TTE gemaakt. En toen de pijn de volgende ochtend nog aanhield, was inderdaad een CT-scan geïndiceerd. Op deze wijze heeft verweerder stapsgewijs onderzoek laten verrichten om tot de juiste diagnose te komen. Uiteraard zou het -zeker achteraf- beter zijn geweest als eerder een CT-scan zou zijn gemaakt, maar alles overziend is het aanvaardbaar en dus niet tuchtrechtelijk laakbaar dat dit na ongeveer 19 uur is gebeurd.

#### 5.4

**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 aangelegenheid 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.