

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: 277/2009

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE**

**Beslissing d.d. 25 november 2010 naar aanleiding van de op  
18 november 2009 ingekomen klacht van**

**A, wonende te B,**

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

**-tegen-**

**C, werkzaam te B,**

**bijgestaan door mw. mr. A.W. Hielkema, Stichting VvAA  
rechtsbijstand te Utrecht,**

**verweerder**

**1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE**

**Klaagster heeft een klaagschrift ingediend. Een aanvulling hierop is op 8 december 2009 binnengekomen. Verweerder heeft een verweerschrift ingediend voorzien van producties. Klaagster heeft vervolgens gerepliceerd onder overlegging van producties en verweerder heeft gedupliceerd. Hierna heeft klaagster nog schriftelijk gereageerd onder overlegging van producties. 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 15 oktober 2010. Verweerder is verschenen vergezeld van zijn gemachtigde. Klaagster is niet verschenen hetgeen zij tevoren schriftelijk heeft laten weten.**

**De zaak is behandeld tegelijk met de zaken van klaagster tegen drie verpleegkundigen. In deze zaken met de nummers 278 t/m 280/2009 wordt tegelijk 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 zaak betreft de echtgenoot van klagster, de heer D, geboren op 8 januari 1946, hierna ook patiënt.

Patiënt was al circa 20 jaar bekend met hartlijden. Met patiënt en klagster is veelvuldig overleg geweest over het gebruik van medicatie. Zij waren tegenstanders van het gebruik van amiodaron (of cordarone). In 2008 hebben de artsen patiënt toch overtuigd om het middel een kans te geven. De behandelend cardioloog: *“Op 3 januari 2008 heb ik hemel en aarde bewogen bij het echtpaar om over te gaan op cordarone”*. Na toediening vanaf 3 januari 2008 werden de hartritmestoornissen erger. Patiënt moest een nieuwe Intra Cardiale Defibrillator (ICD) krijgen. In een brief van 25 februari 2008 van E, cardioloog, aan de huisarts van patiënt, staat ondermeer: *“Diagnose: recidiverende VT’s; intolerantie voor amiodarone. Onvoldoende reactie op ICD-defibrillatie, destijds onder amiodarone.”* In een brief van cardioloog F en arts-assistent G van 25 februari 2008 aan het ICD-team staat –voor zover van belang – : *“Middels DFT-onderzoek is aangetoond dat de ICD onvoldoende werkzaam is voor het termineren van VT danwel VF, waarschijnlijk op basis van cordarone gebruik. Bij herhaling van het DFT-onderzoek bleek wederom dat de ICD onvoldoende werkzaam is om de VT danwel VF te termineren na het staken van de cordarone 1 week.”* Het gebruik van amiodaron is vervolgens gestaakt. De behandelend arts, H, heeft destijds bevestigd dat de toediening van amiodaron geen goed idee was geweest. Blijkens de medische status heeft klagster het gebruik van antiarrhythmica, onder meer op 19 september 2009, nog eens uitdrukkelijk geweigerd. Patiënt heeft nog pronestyl en kinidine geprobeerd maar uiteindelijk is het gebruik van al deze medicijnen, ondermeer wegens bijwerkingen, gestaakt.

In september 2009 is patiënt opgenomen in het I te B waar verweerder werkzaam is wegens 3x terecht afgaan van ICD bij ventrikeltachycardie. Na opname is hij aangeboden voor ablatie in J.

Na het ondergaan van deze ablatie, op 25 september 2009, is patiënt nog diezelfde avond opnieuw opgenomen in B ter verdere observatie. Verweerder had die nacht achterwacht. Klaagster, die patiënt altijd begeleidde, heeft het ziekenhuis om 23.10 uur verlaten omdat zij zeer vermoeid was van de spanningen en de reis van die dag.

De verpleging constateerde in de vroege ochtend van 26 september 2009 rond 4.50 uur dat patiënt kortdurend ritmestoornissen vertoonde en is naar aanleiding daarvan met hem gaan praten. Patiënt had de ritmestoornissen niet bemerkt en hij had lekker geslapen. De verpleging heeft patiënt aangesloten aan de 12 afleidingenregistratie (het ECG-apparaat).

Rond 5.30 uur traden er opnieuw ritmestoornissen op. De verpleging heeft overleg gepleegd met de arts-assistent en deze heeft verweerder gebeld. Verweerder heeft opdracht gegeven voor het intraveneus toedienen van Pronestyl. De ICD reageerde verschillende malen op de ritmestoornissen.

Rond 5.50 uur is patiënt plotseling weggeraakt. De verpleging heeft onder leiding van de arts-assistent de reanimatie opgestart volgens shock-protocol. De anesthesist en verweerder zijn gebeld door de arts-assistent. Verweerder is snel gearriveerd en heeft de leiding overgenomen. Patiënt werd inmiddels beademd na intubatie door de anesthesist. Er is in totaal 6 mg adrenaline toegediend. Er is 2 maal gedefibrilleerd. Toen het VF aanhield is 3x 150 mg amiodoran (cordarone) toegediend. Na defibrillatie ontstond er weer pacemakerritme. Er was echter geen bloedcirculatie meer (er was sprake van Polsloze Elektrische Activiteit). Om te beoordelen of dit te behandelen viel, heeft verweerder echocardiografie verricht. Verweerder constateerde dat het hart van patiënt volledig stil stond. Desondanks is nog een vruchteloze poging ondernomen om het hart op gang te brengen. Rond 6.20 uur (verweerder heeft na zijn aankomst nog tenminste 10 minuten gereanimeerd) heeft verweerder volgens de decursus de reanimatie gestopt. De overlijdensakte vermeldt 6.40 uur als tijdstip van overlijden.

**Op het moment dat verweerder met de hand-held een echocardiografie ging verrichten heeft iemand van de verpleging kortdurend de ruimte verlaten om klaagster te waarschuwen. Klaagster is ongeveer (5 à )10 minuten na het overlijden van haar echtgenoot in het ziekenhuis gearriveerd.**

**Op 6 oktober 2009 heeft klaagster nog een gesprek gehad met een andere cardioloog, H en met verpleegkundige K. Klaagster heeft deze gesprekken niet als verhelderend ervaren. Zij heeft de in de nacht van 25 op 26 september 2009 dienstdoende verpleegkundigen aangeklaagd omdat zij hen verwijt dat zij haar niet eerder hebben gewaarschuwd.**

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

**Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij onjuist gehandeld heeft bij de reanimatie van patiënt. In het bijzonder dat hij opdracht heeft gegeven om amiodaron toe te dienen terwijl specifiek geïnstrueerd was dat patiënt dit nooit mocht krijgen omdat in het verleden is gebleken dat de ritmestoornissen verergerden en er daardoor zelfs een nieuwe ICD nodig was.**

**Bij de reactie van klaagster na dupliek heeft zij haar klacht uitgebreid met de verwijten**

**dat er adrenaline is toegediend en pronestyl is gegeven; en dat er slechts 2 schokken zijn gegeven en niet is gehandeld zoals op 19 september 2009: toen is de ICD uitgeschakeld, patiënt heeft 6 schokken gekregen en er is geen amiodaron gegeven.**

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

**Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij ten opzichte van patiënt en klaagster niet tekort is geschoten in de**

**zorg die in de gegeven omstandigheden van hem mocht worden verwacht. Hij licht dit toe als volgt.**

**Hij was ten tijde van de reanimatie niet op de hoogte van de wens van klagster en patiënt om geen anti-arrhythmica te gebruiken. Naar aanleiding van het overleg met de arts-assistent startte hij die nacht met het voorschrijven van procainamide volgens protocol omdat hiermee eerder effect was bereikt. Toen resultaat uitbleef koos verweerder voor amiodaron. Weliswaar is het orale gebruik hiervan door patiënt in 2008 gestaakt maar dit gebeurde omdat de drempel om effectief te kunnen defibrilleren erdoor werd verhoogd. Het geven van het middel tijdens de “elektrische storm” was het enige effectieve middel en bovendien “State of the art”. Er bestond geen specifieke afspraak om in het algemeen geen amiodaron te gebruiken bij patiënt. Hij had ook een duidelijke levenswens. Bij de reanimatie is het middel dan ook conform protocol, op de juiste gronden en de juiste wijze (intraveneus) toegediend. Toestemming was niet vereist. Het zou juist verwijtbaar zijn als behandeling met dit middel in de reanimatie was nagelaten. Hetzelfde geldt met betrekking tot de toediening van adrenaline dat gegeven werd om de effectiviteit van de defibrillatieshocks te verhogen.**

**Het uitzetten van de ICD was niet vereist en onnodig omdat daarnaast defibrillatie mogelijk blijft. Aanvankelijk leidden de interventies van het toedienen van adrenaline en het tweemaal defibrilleren niet tot het doorbreken van de ritmestoornissen. Conform protocol is er vervolgens enkele malen intraveneus amiodaron toegediend waarbij toen ook nog meermalen, telkens tussendoor, is gedefibrilleerd. Nadat het eigen pacemakerritme van patiënt weer bestond had het geven van schokken geen zin meer. De reanimatie is beëindigd omdat de situatie verder uitzichtloos was.**

## **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

Het college is van oordeel dat verweerder voldoende zorgvuldig heeft gehandeld bij de reanimatie van patiënt. Hiervoor is het volgende van belang.

Van een absolute afspraak om het middel amiodaron nooit te gebruiken is niet gebleken. Uit de decursus blijkt echter zonder meer dat klaagster beslist niet wilde dat er antiarrhythmica gebruikt werden. Zij baseerde dit op de slechte ervaring met het eerdere gebruik van deze middelen. Uit de gegevens komt echter naar voren dat het gebruik van het middel amiodaron gestaakt werd omdat de defibrillatiedrempel te hoog werd, anders gezegd omdat een onderhoudsdosering het defibrilleren bemoeilijkte. Anders dan klaagster meent, was het optreden van ritmestoornissen niet het gevolg van het gebruik van amiodaron maar werden deze veroorzaakt door het onderliggende hartlijden van patiënt.

Bovendien was er in de nacht van 26 september 2009 sprake van een volstrekt andere situatie. In een dergelijke acute fase bij levensbedreigende ritmestoornissen hoeft men bij het behandelen ervan met amiodaron niet bang te zijn voor een verhoging van de defibrillatiedrempel, zoals dat bij chronisch gebruik ervan soms wordt gezien. De wijze van toediening oraal of intraveneus is daarbij overigens niet relevant. Bij een reanimatie met externe defibrillatie, zoals dat in de nacht van 26 september 2009 werd toegepast, is de defibrillatiedrempel niet belangrijk, aangezien in vergelijking met ICD-defibrillatie beduidend meer energie kan worden gegeven. Amiodaron is juist bij reanimatie het middel bij uitstek voor de behandeling welke de cardioloog een patiënt niet mag onthouden. Toestemming was in de onderhavige situatie ook overigens niet vereist. Verweerder heeft ook de juiste dosering gebruikt. De klacht is dan ook in zoverre ongegrond. Met betrekking tot

de uitbreiding van de klacht is ondermeer uit de verklaringen van de verpleging welke zijn overgelegd maar ook nog ter zitting, tot slot aannemelijk geworden dat er niet slechts tweemaal maar meermalen is gedefibrilleerd. Dit past ook bij de wijze waarop adrenaline en amiodaron zijn toegediend. Voorts is het geven van shocks terecht gestaakt nadat het eigen pacemakerritme van patiënt was hersteld. De dosering evenals het gebruik van adrenaline en procainamide zijn volgens protocol en ook overigens is niet van strijd hiermee of van ander onzorgvuldig handelen van verweerder gebleken. De klacht zal dan ook als ongegrond worden afgewezen.

## **6. DE BESLISSING**

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. W.J.B. Cornelissen, voorzitter, en dr. R.Brons en A.M. Rijken, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. B.E.H. Zijlstra-Bauer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 25 november 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.