

## **REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2009/357

### **REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE AMSTERDAM**

Het College heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 23 november 2009 binnengekomen klacht van:

A,  
wonende te B (C,  
en  
D,  
wonende te E,  
en  
F,  
wonende te G,  
en  
H,  
wonende te I,  
en  
J,  
wonende te K,  
en  
L,  
wonende te I,  
k l a g e r s,

tegen

M,  
cardioloog,  
wonende te N,  
werkzaam te O,  
v e r w e e r d e r.

#### **1. Het verloop van de procedure**

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het antwoord;
- de repliek;

- de brieven van de gemachtigde van klagers, mr. E. Pans, advocaat te Amsterdam, binnengekomen op 17 mei en 8 juli 2010;
- de dupliek met de bijlage;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;
- de brief van de gemachtigde van klagers, mr. E. Pans voornoemd, binnengekomen op 8 september 2010;
- de brieven van de gemachtigde van verweerder, mr. J.J.W. Remme, advocaat te Utrecht, binnengekomen op 4 oktober en 29 november 2010;
- de pleitnotities van mr. J.M. Beer, door hem, namens klagers, overgelegd ter terechtzitting.

De klacht is ter openbare terechtzitting op voet van artikel 57 lid 1 Wet BIG gezamenlijk behandeld met de klachtzaken geregistreerd onder nummer 09/355, 09/356, 09/358, 09/359.

Partijen waren aanwezig. Klagers werden ter zitting bijgestaan door mr. J.M. Beer, advocaat te Amsterdam. Hij werd vergezeld door mr. E. Pans. Verweerder werd ter zitting bijgestaan door mr. Remme voornoemd.

Voorts waren aanwezig, P, verweester in de zaak 09/355, Q, verweerder in de zaak 09/356, R, verweester in de zaak 09/358, S, verweerder in de zaak 09/359 en mr. E.J.C. de Jong, advocaat te Utrecht.

## **2. De feiten**

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Klagers zijn kinderen van T, geboren oktober 1925 en overleden op 1 juli 2007, verder te noemen: patiënte.

2.2 Verweerder is als cardioloog verbonden aan het U.

2.3 De klacht betreft de behandeling van patiënte tijdens haar opname in het U in de periode van 27 juni tot haar overlijden op 1 juli 2007. Verweerder had in deze periode op vrijdag 29 juni 2007 van 16.15 uur tot zaterdagochtend 09.00 uur avond- en nachtdienst.

2.4 Patiënte was sedert 1992 bekend op de afdeling cardiologie van het U. Haar behandelend cardioloog was V.

Op 24 april 2007 werd bij hartkatheterisatie bij patiënte een ernstige aortaklepstenose en insufficiëntie vastgesteld. Op grond daarvan werd besloten -na bespreking in het hartchirurgisch team van het W te X- patiënte te opereren.

Op 21 juni 2007 is patiënte vervolgens opgenomen op de afdeling cardiologie in het W, alwaar daags daarna een aortaklepvervanging (bioprothese) en een bypass operatie (CABG) werd verricht.

2.5 Op 27 juni 2007 is patiënte overgeplaatst naar de verpleegafdeling van het U. Blijkens de aantekeningen in het dossier stelde de arts-assistent cardiologie bij lichamelijk onderzoek vast dat bij patiënte sprake was van een temperatuur van 36°C, een bloeddruk

van 137/70 mmHg, een gewicht van 59,4 kg, een flink hematoom rond de sternumwond en een saturatie van "92% zonder O<sub>2</sub> → 1L 96%". Als conclusie staat vermeld: "st na ABKV + CABG; post op AF + dyspnoe (nu SR)". Bij laboratoriumonderzoek was sprake van een Hb gehalte van 7.2 mmol/l en een CRP gehalte van 124. De gemaakte thoraxfoto toonde pleuravocht links basaal met mogelijk een infiltraat rechts basaal. Bij elektrocardiografisch (ECG) onderzoek werden geen bijzonderheden geconstateerd. Dezelfde dag werd gestart met telemetrische bewaking van patiënte.

2.6 Op 28 juni 2007 staat in het dossier vermeld dat bij patiënte sprake was van een temperatuur van 36.4° C, een gewicht van 57,1 kg, een bloeddruk van 140/90 mm/Hg en een saturatie van 99% bij 3L O<sub>2</sub>. Voorts is vermeld dat bij echocardiografisch onderzoek een geringe hoeveelheid pericard-vocht werd gezien, en dat wegens de klachten van dyspnoe de longarts in consult werd gevraagd. De longarts noteerde in het dossier als conclusie "dyspnoe bij ws BF + DC" en als advies "extra ontwateren; O<sub>2</sub> stop; pm Å zonder O<sub>2</sub>".

2.7 Op 29 juni 2007 is patiënte gezien door de arts-assistent R. Zij noteerde over de anamnese in de decursus "nog wel iets dyspnoïsch, erg angstig, slaapt slecht". Over haar bevindingen bij onderzoek noteerde R dat bij patiëntesprake was van een temperatuur van 37°C en een saturatie van 86% zonder O<sub>2</sub>. Bij laboratoriumonderzoek werd een CRP gehalte van 149 vastgesteld. Als problemen noteerde R in de decursus onder andere "1. dyspneu na CABG + AKV; dd . pleuravocht cave pneumonie/overvulling B/ zn O<sub>2</sub> streef sat 90%" en "3. ↑ inf. parameter koorts ø; (...) → sed. leuko's ø". R heeft daarna opnieuw de longarts in consult gevraagd. De gemaakte thoraxfoto toonde vervolgens een onverminderde hoeveelheid pleuravocht, links meer dan rechts zonder tekenen van stuwning. Op grond van deze uitslag werd besloten tot een diagnostische pleurapunctie, waarbij veel bloederig vocht met een Hb van 2.5 mmol/l werd gevonden. In het gemaakte grampreparaat werden geen bacteriën gezien. R heeft in overleg met haar supervisor Q als beleid in de decursus genoteerd: "sintrom stop; fraxi 0,1 2dd ivm mgl pleuradrain". De verpleegkundige noteerde tijdens de avonddienst in de voortgangsrapportage dat patiënte angstig was, in paniek de familie had gebeld wegens klachten over benauwdheid, en dat de familie hiervan was geschrokken. Voorts werd genoteerd dat R vervolgens met de familie heeft gesproken, dat aan patiënte 10 mg Oxazepam werd toegediend, en dat sprake was van een saturatie van 96% bij 2 l O<sub>2</sub>.

2.8 Vervolgens is patiënte op 29 juni 2007 om 21.30 uur gezien door arts-assistent P in verband met een toename van de benauwdheid. Blijkens haar aantekeningen in de decursus stelde P bij anamnestic- en lichamelijk onderzoek onder andere het volgende vast:

"A/ na pleurapunctie niet meer benauwd geworden. Nu m.n oncomfortabel en dyspnoe. Hoesten met beetje slijm. Eet matig, drinkt amper Dorst ± Pob ø Voelt zich belabberd. M.n. 's nachts dyspnoe↑ diarree ø dysurie ø.  
LO/ matig dysp. Niet zwetende oude ♀ G 57.3 kg= stab. pulsus paradoxus ø CVD↑ p 80 RR 130/80  
T 36,2 sat 92% met 2LO<sub>2</sub> turgor↓ AF 26/min wil graag voorover zitten: wond sternum vast + fraai (...)"

Op grond van deze bevindingen, de die dag gemaakte thoraxfoto en uitslagen van het

laboratoriumonderzoek noteerde P als differentiaal diagnose:

- "- infect – pneumonie cave mediastinitis UWT
- tamponade (minder wrsch gezien echo en geen pulsus paradoxus)
- pneumothorax na punctie/hematothorax ?
- COPD (pre-operatief longfuctie = normaal !
- ondervuld !

- (LE: onwrsch ivm antistolling) "

P heeft vervolgens in overleg met verweerder besloten patiënte te vernevelen, de thoraxfoto te laten herhalen en intraveneus vocht toe te dienen. Gelet op de bij bloedonderzoek vastgestelde INR waarde van 6.3 adviseerde verweerder patiënte Vitamine K 10 mg en fresh frozen plasma te geven en voorts de longarts opnieuw in consult te vragen.

2.9 In de voortgangsrapportage is in de nacht van 29 op 30 juni 2007 vermeld dat patiënte in de war was en het infuus eruit had getrokken. Om 08.00 uur noteerde de verpleegkundige: "sat 72% erg kortademig en benauwd zuurstof had mw niet op, nu 2 liter en sat 96%. Dienstdoende arts-ass kwam langs, wou eerst inr afwachten. inr 6,84 éénmalig Vit K 10 mg en mw moet FFP gaan krijgen. Arts-ass komt infuus nog prikken. Pleurapunctie ging niet door i.v.m. inr ws gaat dat morgen gebeuren. Mw was af en toe wat onrustig in bed (zitten,liggen) mw wist zich geen houding aan te geven 's middags oxazepam gehad waarna ze wat rustiger werd. Mw verplaatst naar kamer 409. Vandaag hechtingen verwijderd".

2.10 Op 30 juni 2007 is patiënte in de loop van de middag uit bed gevallen. Hiervan is melding gemaakt bij de Commissie Melding Incidenten Patiëntenzorg. Kort na deze val, om 15.45 uur, heeft P patiënte gezien en onderzocht. Over haar bevindingen bij onderzoek noteerde P in de decursus: "helder flinke wond re frontaal bot zichtbaar overige botten gb. Lab INR 6.3 wv eerder al 10 mg vit K FFP nog niet ingelopen". En over haar beleid: "icc heelkunde→geen tijd: zelf hechten; icc neuro: wekadvis à 1 uur ged. 24 uur →EMV; geen seresta meer; fixatie! → iom pte + zonen (J & L)" Omstreeks 16.40 uur heeft P blijkens haar aantekeningen in de decursus met zonen van patiënte gesproken en uitleg gegeven over het fixeren van patiënte. Ook heeft zij in de decursus genoteerd dat "Zoon zich zorgen maakte over het eten. → icc dietiste maandag ?".

Uit de infuuslijst blijkt dat op 30 juni vanaf 16.50 uur tot 22.00 uur 500 ml NaCl is ingelopen en daarna een tweede zak met 500 ml NaCl is aangesloten. Hoeveel van deze tweede infuuszak is ingelopen vóór de reanimatie is niet bekend.

In de voortgangsrapportage is door de avonddienst verpleegkundige vermeld dat patiënte omstreeks 17.30 uur naar het toilet is geweest.

Omstreeks 19.00 uur heeft P patiënte opnieuw beoordeeld en onderzocht. Zij noteerde daarover in de decursus: "Volgens dochter toch meer verward. A/ geen hoofdpijn. LO/georiënteerd in t.p.p. C/ verwardheid dd delier bij CRP ↑ Na 119? Subduraal hematoom? Po 2↓". In overleg met S heeft P opnieuw de neuroloog in consult gevraagd die als beleid adviseerde de EMV score om het uur te herhalen en bij toenemende verwardheid opnieuw te overleggen en een CT scan van de hersenen te laten maken.

2.11 In de nacht van 30 juni op 1 juli 2007 werd plotseling bij patiënte een bradycardie geconstateerd, waarna zij kortdurend is gereanimeerd. Patiënte is daarna overgeplaatst naar de afdeling Intensive Care (IC). In de verpleegkundige voortgangsrapportage wordt op 1 juli om 4.30 uur vermeld: "HD erg matig. Nog geen inotropie gestart. Met vulling

goede tensie” Het Hb bleek te zijn gedaald tot 3.9 mmol/l. Bij echocardiografisch onderzoek werd een geringe hoeveelheid pericardvocht gezien. De gemaakte thoraxfoto toonde beiderzijds pleuravocht. De CT scan van de hersenen toonde geen tekenen van een bloeding. Patiënte is op 1 juli 2007 om 12.30 uur overleden.

2.12 De GGD-arts is ingeschakeld, die de dood als natuurlijk beschouwde. In het obductierapport van 2 juli 2007 staat onder het kopje macroscopie onder andere vermeld: hematothorax beiderzijds(links 400 cc, rechts 700 cc bloed) en hematopericard (200 cc bloed). De voorlopige conclusie luidde verbloeding met hematopericard en hematothorax meest waarschijnlijk afkomstig uit het gebied van de CABG.

2.13 Op 2 augustus 2007 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen cardioloog V en klagers.

2.14 De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft naar aanleiding van een klachtmelding van klagers over de behandeling van patiënte in het U tevens een onderzoek ingesteld. In de brief van de IGZ van 19 november 2007 gericht aan klagers staat als conclusie vermeld dat vraagtekens kunnen worden geplaatst bij het ten aanzien van patiënte gevoerde antistollingsbeleid en het beleid naar de verschijnselen van verwardheid.

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

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder is tekortgeschoten in het ten aanzien van patiënte gevoerde behandelbeleid en de zorg die hij jegens patiënte had behoren te betrachten. Klagers hebben de volgende klachtonderdelen naar voren gebracht:

1. verweerder heeft het Hb gehalte van patiënte te weinig gecontroleerd;
2. verweerder heeft de kortademigheid van patiënte onvoldoende adequaat behandeld;
3. verweerder heeft het bij patiënte ontstane delier onvoldoende onderkend en behandeld, waardoor patiënte is gevallen;
4. verweerder heeft klagers onheus bejegend door de door hen geuite signalen over de verslechterende toestand van patiënte niet serieus te nemen en naar aanleiding daarvan geen adequaat behandelbeleid in te stellen, waardoor patiënte voortijdig is overleden.

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

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

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

5.1 Het eerste klachtonderdeel, inhoudend dat verweerder het Hb gehalte van patiënte te weinig heeft gecontroleerd, veronderstelt dat er aanleiding was het Hb van patiënte vaker te controleren. Het College overweegt als volgt over het gevoerde beleid op dit punt. In de overdracht van het W is een Hb bepaling van 7.1 mmol/l dd. 26 juni 2007 vermeld, een niet-ongewone waarde in het licht van de open hartoperatie vier dagen eerder. Toen op 29 juni 2007 bij een diagnostische pleurapunctie een Hb van 2.5 mmol/l

in het pleuravocht werd geconstateerd, had dat aanleiding mogen zijn gelijktijdig het Hb in bloed te bepalen. Dit is echter geen protocol en het College kan verweerder volgen in de conclusie dat het gemeten Hb in pleuravocht wel bloederig was (zoals paste bij de recente thoraxoperatie), maar niet paste bij een evidente bloeding in de pleuraholte. In de status is op die dag bij Hb een vraagteken genoteerd, maar onderzoek van het Hb is niet aangevraagd. Op de door het College beoordeelde thoraxfoto's van 29 juni 2007 en later, is ook nergens een verdere toename van het pleuravocht zichtbaar, eerder het tegenovergestelde. Er was verder klinisch geen aanleiding om het Hb van patiënte met regelmaat te controleren. Aanwijzingen voor bloedverlies buiten de bloedbaan ontbraken. Het Hb van 3.9 mmol/l in de nacht van 30 juni 2007 op 1 juli 2007 kan (deels) worden verklaard door verdunning door de NaCl toediening in de uren vóór en na de reanimatie.

Het College volgt de conclusie in het pathologisch-anatomische verslag niet, dat de bij obductie gemeten hoeveelheid 1100 ml bloed in de pleuraholten wijst op verbloeding als oorzaak van het overlijden. Enerzijds is deze hoeveelheid (bloederig) vocht onvoldoende om enkelvoudig het overlijden te verklaren, anderzijds kan het gevonden bloed ook (deels) het gevolg zijn van de reanimatiehandelingen en derhalve niet de oorzaak van de plotselinge verslechtering en bradycardie waarop de reanimatie volgde.

Nu de bloedsomloop stabiel was tot de plotselinge verslechtering in de nacht van 30 juni en 1 juli 2007, en zoals gezegd klinische aanwijzingen voor bloedverlies buiten de bloedbaan ontbraken, kan niet worden gezegd dat tuchtrechtelijk verwijtbaar is gehandeld ten aanzien van het niet frequenter controleren van het Hb van patiënte. Het eerste klachtonderdeel is ongegrond.

5.2 Bij de beoordeling van het tweede klachtonderdeel valt op dat de perceptie van klagers over (de behandeling van) de kortademigheid van patiënte verschilt van de medische evaluatie, hiervoor weergegeven onder de vaststaande feiten. Die evaluatie voldeed aan de professionele standaard. Zowel uit de verslaglegging als ter zitting is gebleken dat steeds zorgvuldig onderzoek is gedaan naar de kortademigheid en dat de evaluatie van het probleem bij herhaling heeft geleid tot aanpassing van het beleid, dat adequaat was gebaseerd op de voor handen liggende bevindingen. Er zijn geen aanwijzingen dat een ander beleid ten aanzien van de kortademigheid had moeten worden gevoerd. Wel is duidelijk dat de familie de patiënte erg benauwd vond en de indruk heeft gekregen dat daaraan onvoldoende aandacht is besteed. Het is spijtig dat klagers kennelijk de indruk hebben gekregen dat het heeft ontbroken aan een adequate medische evaluatie van de benauwdheid. Gezien het oordeel van het College over de medische evaluatie van de benauwdheid van patiënte is van tuchtrechtelijke verwijtbaarheid echter geen sprake. Het tweede klachtonderdeel is ongegrond.

5.3 Met het derde klachtonderdeel stellen klagers dat verweerder het bij patiënte ontstane delier onvoldoende heeft onderkend en behandeld, waardoor patiënte is gevallen. Het College stelt voorop dat in 2007 nog niet zoveel bekend was over delierpreventie als tegenwoordig. Bij patiënte waren er weliswaar tekenen van een mogelijk delier, maar er waren ook tekenen die daar niet goed bij pasten, zoals het gegeven dat zij zichzelf nog kon verzorgen en zelf nog naar de wc kon gaan, zelfs tot een paar uur voor haar overlijden. De signalen van een mogelijk delier zijn tijdig onderkend. In verband hiermee is aan haar op 28 juni 2007 en daarna Oxazepam gegeven. Dit is gestaakt nadat zij was gevallen, teneinde de neuroloog in staat te stellen tot een goede beoordeling te komen. Het College acht een en ander adequaat. Het College is overigens van oordeel dat, wanneer de toestand van patiënte als een delier zou zijn geduid, het

dan geïndiceerde middel haldol in dit geval niet aan haar mogen worden gegeven, omdat daarvoor in haar geval contraïndicaties aanwezig waren. Het derde klachtonderdeel is ongegrond.

5.4 Klagers hebben ter zitting naar voren gebracht dat het vierde klachtonderdeel, dat de bejegening van henzelf betreft, slechts ertoe strekt om het College te doen oordelen over de behandeling van patiënte door verweerder en niet om over de bejegening van klagers los van die behandeling een oordeel van het College te verkrijgen. Dit betekent dat, waar de klachtonderdelen over de behandeling van patiënte ongegrond zijn, het vierde klachtonderdeel geen zelfstandige betekenis heeft en geen bespreking behoeft.

5.5 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in al haar onderdelen ongegrond is. Dit brengt mee dat geen bespreking behoeft voor welk deel van de behandeling van patiënte verweerder verantwoordelijkheid heeft gedragen. Verweerder kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.

## **6. De beslissing**

Het Regionaal Tuchtcollege wijst de klacht af.

Aldus gewezen op 30 november 2010 door:

mr. G. de Groot, voorzitter,

R. Vogelenzang, dr. R.W. Koster en prof.dr. D.F. Zandstra, leden-arts,

mr. R.M.S. van Berkestijn-Doppegieter, lid-jurist,

mr. P. Tanja, als secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 25 januari 2011 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. G. de Groot, voorzitter

w.g. P. Tanja, secretaris