

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 280/2011

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 10 januari 2013 naar aanleiding van de op 3 november 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a g e r

-tegen-

C, cardioloog, werkzaam te B,
bijgestaan door mr. J.S.M. Brouwer, jurist bij DAS Rechtsbijstand te Amsterdam,

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 verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek;
- het medisch dossier;
- het proces-verbaal van het op 13 september 2011 gehouden gehoor in het kader van het vooronderzoek;
- het protocol PCA;
- een brief van klager d.d. 17 november 2012.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 23 november 2012, alwaar zijn verschenen klager, bijgestaan door zijn zoon, en verweerder, bijgestaan door zijn gemachtigde.

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.

2.1

Klager klaagt over de behandeling van zijn echtgenote D, verder patiënte te noemen, geboren op 10 juli 1938 en overleden op 21 januari 2011. Patiënte werd op 17 januari 2011 opgenomen op de afdeling orthopedie van het ziekenhuis te B voor het aanbrengen van een knieprothese rechts. Zij werd op 18 januari 2011 geopereerd en volgens het operatieverslag verliep deze operatie ongecompliceerd.

2.2

Patiënte maakte vanaf de knieoperatie gebruik van een zogenaamd PCA (Patient Controlled Anesthesia) pompje met morfine en droperidol volgens protocol (pijnbestrijding na totale knie plastiek). Het protocol geeft aan dat bij een concentratie van 1 mg/ml morfine en 0,05 mg/ml droperidol de patiënt zich per bolus 1 ml kan toedienen per 6 minuten met een maximum van 30 ml in 4 uur. Dat betekent dat per 24 uur tot maximaal 180 ml of 180 mg morfine en 9 mg droperidol toegediend kan worden.

2.3

Op woensdag 19 januari 2011 in de avond (21:30 uur) werd er door de dienstdoende arts-assistent contact opgenomen met de dienstdoende cardioloog (een collega van verweerder).

De decursus vermeldt: 'weer wegraking. Nu ook met POB (*pijn op de borst*) en in de arm L. Geen dyspnoe'. Lichamelijk onderzoek gaf een pols van 100 slagen per minuut, een bloeddruk van 95/65 mmHg, verder over het hart en longen geen bijzonderheden. Er werd een ECG gemaakt en beoordeeld als 'sinusritme, diffuus minimale repolarisatie st, geen ST - T afwijkingen'. In overleg met de dienstdoende cardioloog werd gestart met medicatie fragmin 5000 E en ascal 80 mg, plus vocht per infuus 1,5L. Voorts werd afgesproken dat het ECG de volgende ochtend zou worden herhaald en dat de cor enzymen zouden worden geprikt.

2.4

In de (waarschijnlijk vroege) ochtend van 20 januari 2011 werd patiënte wederom gezien in verband met pijn op de borst met uitstraling naar het linker schouderblad en de linkerarm, vastzittend aan de ademhaling, met misselijkheid. Er was een saturatie van 94% bij 1 L zuurstof; na nitrospray namen de klachten af, maar de misselijkheid bleef. De arts noteerde verder dat verweerder zou langskomen.

2.5

In het verpleegkundig dossier staat dat patiënte op 20 januari 2011 om 3:15 uur pijn op de borst aangaf. Bloeddruk was 91/64 mmHg, pols 97 slagen per minuut en zuurstofsaturatie 82%. In overleg met de arts-assistent werd geen actie ondernomen omdat de klachten hetzelfde waren als de avond ervoor. Wel zou één uur later weer contact opgenomen moeten worden indien de klachten bleven bestaan. Om 4:30 uur bleken de klachten bijna verdwenen.

2.6

Verweerder zag patiënte vervolgens voor het eerst op 20 januari 2011 in de ochtend. Hij concludeerde dat op dat moment de anamnese en de gemaakte ECG's niet specifiek waren voor aanwijzingen op cardiale problematiek. Verweerder noteerde onder andere dat de klachten iets afnamen op nitrospray en dat de pijn vastzat aan de ademhaling. De laboratoriumuitslagen bleken later toch zodanig afwijkend dat verweerder patiënte onder de diagnose Acuut Coronair Syndroom (ACS) heeft laten overplaatsen naar de afdeling hartbewaking. De medicatie werd uitgebreid met metoprolol 2 dd 25 mg en simvastatine 1 dd 20 mg.

2.7

In het verpleegkundig dossier staat op 20 januari 2011, 16.00 uur het volgende genoteerd:

"Mv geeft aan aanhoudende klachten van druk op de borst te hebben à deze neemt toe bij inademing. Tevens klachten van pijn tussen de schouderbladen. Deze klachten zijn sinds vanochtend continu aanwezig. Dyspnoe klachten à gevoel niet goed door te kunnen ademen. Mv geeft aan ook misselijk te zijn - braken -, transpireren +. Mv geeft aan om 15:00 uur nog PCA-pompje te hebben gebruikt à geadviseerd dit even niet meer te doen, alleen in overleg. Mv houdt tevens af en toe wegrakingen en lijkt dan ook wat (*niet leesbaar*) te krijgen.

RR aanhoudend laag, maar stabiel. Gluc 6,1, sat 94% met 1 L O₂.

c ECG: nagenoeg idem tov vorige.

UP (*urineproductie*) slechts 200 cc gedurende gehele dag met bijna 2 l intake en (*niet leesbaar*) situ! Gebladderd: slechts 14cc retentie. Oedemen -, wond knie ziet rustig.

C is op de hoogte à zie afspr. blad."

2.8

In het afsprakenblad staat op 20 januari 2011, 17:00 uur genoteerd: - fragmin 5000 EH 1 x 1, - morgen d-dimeer bepalen, - situatie accepteren (zie rapportage)."

2.9

In het medisch dossier staan onder 21 januari 2011 notities van de arts-assistent interne die volgens verweerder niet op 21 maar op 20 januari 2011 zijn gemaakt. De tijd staat niet genoteerd, waarschijnlijk echter tegen 19:00 uur (conform het tijdstip waarop de X-Thorax werd afgesproken).

De arts-assistent schrijft dat zij is gebeld wegens aanhoudende klachten van pijn op de borstkas en pijn tussen de schouderbladen, met zweten. Genoteerd is: 'Patiënte praat makkelijk, komt nu niet benauwd over'. Bloeddruk 83/55 mmHg, pols 70 slagen per minuut, saturatie 94%. Patiënte kon niet goed doorademen, dan kreeg zij pijn. Lichamelijk onderzoek gaf tevens drukpijn op de thorax. Verder wordt vermeld dat patiënte weinig plast bij een 1 L infuus, dat wordt verhoogd naar 2 L. Bladderscan gaf slechts 14 cc retentie. Zij noteerde als differentiaaldiagnose pneumonie/longembolie. X-Thorax gaf geen bijzonderheden. De volgende dag zou verder beleid worden bepaald.

2.10

In de nacht van 20 op 21 januari 2011 werd verweerder als dienstdoende cardioloog om ongeveer 2:30 uur telefonisch geconsulteerd. Het ECG was gewijzigd ten opzichte van het vorige. In het verpleegkundig dossier wordt vermeld: diepere negatieve T in III, negatieve T in V1-V2, V3 minimaal. In V5-V6 lichte ST elevatie, minimaal. In het dossier is genoteerd dat patiënte erg klam is en dat zij er bleek uit blijft zien. Zij is matig aan-

spreekbaar, dan onrustig en dan weer slaperig. Verweerder heeft toen geen aanleiding gezien om langs te komen en in overleg met hem werd afgesproken extra pijnstilling (fentanyl) te geven.

2.11

Op 21 januari 2011 (geen tijd genoteerd, waarschijnlijk nadat fentanyl was gegeven) werd het PCA pompje verwijderd. Een tweede ECG twee uur later gaf een ongewijzigd beeld.

2.12

In de ochtend van 21 januari 2011 is patiënte in een overleg, in aanwezigheid van verweerder, besproken. Uit de labuitslagen bleek dat de hartenzymen verder waren gedaald. Het laboratoriumonderzoek (afname om 7:00 uur) gaf verder een verhoogde d-dimeer (1250 mg/l bij een norm tot 500), aanzienlijk verhoogde leverfuncties (ASAT 215 U/l, ALAT 175 U/l, LDH 405 U/l, bij normale bovengrenzen van respectievelijk 40, 40 en 250), verhoogd leukocyten aantal (13,9 bij normale bovengrens van 10), voorts een sterk verhoogde CRP (maat voor ontsteking) van 181 bij een norm tot 10. Gezien de dynamische ECG-veranderingen en matig blijvende conditie werd besloten om patiënte die morgen nader te onderzoeken middels hartkatheterisatie.

2.13

Tijdens die hartkatheterisatie, uitgevoerd door een collega cardioloog van verweerder, bleek de rechter kransslagader bij contrasttoediening normaal. Bij het aanhaken van de katheter aan de linker kransslagader ontstonden ernstige haemodynamische problemen (eenmaal aangehaakt). De druk- en ritmeregistraties gaven om 9:21 uur een hartfrequentie van 50 bij een bovendruk van 65 mmHg, hierna kortdurend weer een bovendruk van 135, vervolgens een zeer trage hartslag waarop kortdurend werd gereanimeerd. Er werd spoedoverleg gepleegd met het E te F. Onder verdenking van ernstig letsel van de hoofdstam van de linker coronairarterie werd patiënte geaccepteerd voor spoedinterventie in het E. In afwachting van de ambulance werd zij teruggeplaatst naar de hartbewaking.

2.14

Verweerder heeft geprobeerd klager te bereiken maar omdat dat niet lukte heeft hij diens zoon gesproken. Hij heeft verteld dat de situatie zorgwekkend was en dat patiënte zo spoedig mogelijk zou worden overgeplaatst. Voordat de ambulance er was moest er opnieuw gereanimeerd worden. Ondanks uitgebreide pogingen lukte dit niet en is patiënte overleden. Verweerder heeft opnieuw de zoon aan de telefoon gehad om hem het overlijden van zijn moeder mee te delen.

2.15

Later die dag heeft verweerder nog twee gesprekken gehad met klager en zijn zoon. Bij het tweede gesprek was ook de partner van de zoon aanwezig. Klager heeft een klacht ingediend bij de klachtencommissie. In dat kader heeft er ook een gesprek plaatsgevonden waarbij onder andere verweerder aanwezig was.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat er sprake is van nalatigheid. Met name in de nacht van 20 op 21 januari 2011 heeft patiënte niet de juiste behandeling

gekregen. Voorafgaand aan de operatie is duidelijk aangegeven dat patiënte nadelige gevolgen ondervindt van verdovende middelen. Hier is niets mee gedaan. Toen verweerder 's nachts werd geconsulteerd heeft hij geen onderzoek gedaan om de oorzaak op te sporen van de plotselinge pijn. Hij heeft juist extra pijnstilling voorgeschreven terwijl hij in het dossier had kunnen lezen dat patiënte hier niet goed op reageerde. Toen de hartenzymen daalden is besloten tot verder onderzoek in de vorm van hartkatheterisatie. De vraag is of dit een verstandige daad is geweest. Voorts heeft verweerder op de vraag of er de avond van 20 januari 2011 een cardioloog is langs geweest, zoals was toegezegd, geantwoord dat het hem speet maar dat hij de laatste tijd zo druk was geweest. Door deze opmerking werd duidelijk dat er sprake was van nalatigheid en verwijtbaar handelen.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij het uiterst verdrietig en spijtig vindt dat patiënte na een knieoperatie is overleden maar dat hem niet verweten kan worden. Verweerder is vanaf donderdagochtend 20 januari 2011 tot en met het overlijden van patiënte en de daarop volgende dag bij de behandeling betrokken geweest. Daarin is steeds adequaat gehandeld op basis van de klinische bevindingen en de veranderingen daarin. Pas op vrijdagochtend waren er aanwijzingen voor acute en ernstige problematiek. Naar aanleiding daarvan is alles in het werk gesteld om een spoed-PCI (Percutane Coronaire Interventie) te laten plaatsvinden. Helaas is patiënte voor die tijd overleden. Hoewel verweerder zich niet herkent in de klacht en in de door klager beschreven bejegening is het voor verweerder een aandachtspunt om te trachten de contacten met de patiënt en de familie te intensiveren en te verbeteren.

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

Klager stelt dat verweerder nalatig is geweest in het verlenen van goede zorg. Het college neemt het volgende in aanmerking.

Patiënte kreeg na een knieoperatie klachten van pijn op de borst. In de avond van 19 januari 2011 werd in overleg met de dienstdoende cardioloog een ECG gemaakt dat met een verzoek om een consult werd gefaxt naar de poli cardiologie.

Verweerder had op 20 januari 2011 dienst en is 's ochtends vrijwel meteen na aanvang van zijn dienst bij patiënte langs gegaan.

Verweerder heeft ter zitting verklaard dat hij inzage had in het dossier van patiënte en dat hij dus op de hoogte was van de voorgeschiedenis. Op basis van het klachtenpatroon was bloedonderzoek verricht, waaronder hartenzymen (troponine- T). Toen deze verhoogd bleken heeft hij patiënte naar het oordeel van het college terecht laten overplaatsen naar de hartbewaking met de diagnose ACS (Acuut Coronair Syndroom).

Op de hartbewaking, maar ook daarvoor, was bij patiënte sprake van vaak optredende pijn op de borst, vastzittend aan de ademhaling, gepaard gaande met lage bloeddruk. De notities van de arts-assistent in de avond van 19 januari 2011 vermelden een weg-raking en daarna pijn op de borst, met een bloeddruk van 95/65 en een pols van 100 slagen per minuut. Dat was ook de reden om de dienstdoende cardioloog in consult te vragen. In de vroege ochtend van

20 januari 2011 is er volgens de notities in het verpleegkundig dossier een zuurstofsaturatie van 82%, is patiënte klam en ziet zij wit; een uur later wordt een bloeddruk van 78/45 mmHg gemeten met hevig transpireren, met weinig urineproductie en wederom pijn bij ademhalen.

Verweerder nam in de ochtend van 20 januari 2011 de behandeling over; mogelijk dat de klachten en klinische bijzonderheden hem toen niet volledig bekend waren. Echter, ook na overname van de behandeling hield patiënte een klachtenpatroon dat buitengewoon verdacht is voor de diagnose longembolieën.

De verslaglegging in het verpleegkundig dossier op 20 januari 2011 om 16:00 uur (eerder vermeld onder de feiten) geeft aan dat patiënte aanhoudend klachten van druk op de borst had, die toenamen bij inademing. Er was sprake van een lage zuurstofsaturatie, een aanhoudend lage bloeddruk, een lage urineproductie. Bij het gegeven dat een bekwaam handelend arts na een totale knieplastiek in het algemeen bedacht moet zijn op de complicatie longembolieën had naar het oordeel van het college verweerder op 20 januari 2011 met voorrang een echocardiogram moeten laten maken teneinde een grote longembolie uit te sluiten dan wel aannemelijk te maken op basis van de grootte en functie van de rechterkamer van het hart. Het is ook bekend dat longembolieën een lichte verhoging van de hartenzymen kunnen geven en tevens, zoals op het ECG in de nacht van 20 op 21 januari, repolarisatiestoornissen rechts precordiaal (= negatieve T golven in de afleidingen V1-V2).

Blijkens de status werd op 20 januari 2011 door de arts-assistent interne een longembolie als differentiaaldiagnose overwogen. Verweerder heeft ter zitting desgevraagd meegedeeld dat hij op dat moment de supervisor was van deze arts-assistent en dat men de diagnose longembolie, als niet het meest waarschijnlijk, weer heeft verworpen. Hij heeft op 20 januari 2011 om 17:00 uur echter wel een d-dimeer aangevraagd; dat is een bepaling die meestal wordt aangevraagd bij verdenking op longembolieën en bij normale waarden een longembolie vrijwel uitsluit.

Ten slotte gaf het laboratoriumonderzoek van 21 januari 2011 om 07:00 uur sterk verhoogde leverfuncties; dat is een beeld dat zou kunnen passen bij leverstuwings als gevolg van falen van de rechterkamer van het hart door longembolieën.

Ook bij het vasthouden aan de diagnose ACS (Acuut Coronair Syndroom) is het opmerkelijk dat lage bloeddrukken de gehele dag werden geaccepteerd. Ook hier zou een echocardiogram essentiële informatie hebben kunnen geven omtrent de functie van de linker- en de rechterkamer van het hart.

Het feit dat bij de diagnose ACS de gegeven medicatie niet optimaal was, kan worden verklaard door de aarzeling om geïndiceerde plaatsjesaggregatieremmers en geïndiceerde dosis laagmoleculaire heparine (zoals fragmin, 200 mg/kg; patiënte woog 74 kg) te geven bij een recente totale knieoperatie wegens risico op bloeding in de operatiewond. Het college acht het doorgeven van morfine en droperidol (tot 20 januari 2011 om 16:00 uur) minder gelukkig, ook bij de diagnose ACS, gezien de bijwerking bloeddrukdaling van zowel morfine als droperidol en het feit dat niet duidelijk was hoeveel patiënte zichzelf had toegediend. Dit is echter – gelet op de norm verwoord in 5.1 – niet verwijtbaar. Dat verweerder in de nacht van 20 op 21 januari 2011 heeft besloten

tot kortdurende pijnstilling acht het college op zich evenmin klachtwaardig. Bij de diagnose ACS ligt het voor de hand om bij pijn pijnstilling te geven.

Het college is van oordeel dat gelet op bovenstaande er voldoende aanwijzingen waren om op 20 januari 2011 een echo van het hart te maken om een longembolie vast te stellen dan wel uit te sluiten en zodoende essentiële informatie te verkrijgen om tot een gericht beleid te komen. Dat verweerder dat heeft nagelaten valt hem derhalve te verwijten.

5.3

Het klachtonderdeel dat ziet op het besluit om te gaan katheteriseren kan naar het oordeel van het college niet slagen. Indien er sprake is van dalende hartenzymen is het alleszins gerechtvaardigd om te besluiten tot hartkatheterisatie.

5.4

Het laatste klachtonderdeel, dat ziet op de opmerking die verweerder gemaakt zou hebben over zijn drukke werkzaamheden, kan niet slagen. De lezingen van partijen over wat er gezegd is lopen uiteen en het college kan daarom op dit punt de juiste feiten niet vaststellen. Los daarvan merkt het college op dat klager uit hetgeen verweerder gezegd zou hebben kennelijk heeft afgeleid dat hij daarom niet bij patiënte is langsgegaan, hoewel dat zou zijn toegezegd. Verweerder heeft echter verklaard dat hij, na zijn bezoek aan patiënte op

20 januari tot aan zijn bezoek op 21 januari 2011 niet door de verpleging dan wel door anderen is gevraagd om bij patiënte langs te gaan. Dat er toezeggingen zijn gedaan blijkt ook niet uit het dossier, behoudens de aantekening van de arts-assistent op 20 januari 2011, waarna verweerder patiënte inderdaad heeft gezien.

5.5

Gelet op het voorgaande is de klacht gedeeltelijk gegrond en zal na te noemen maatregel worden opgelegd.

6. DE BESLISSING

Het college waarschuwt verweerder.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. W.J.B. Cornelissen, voorzitter, mr. J.W. IJssink, lid-jurist, en dr. R. Brons, dr. P.P.G. van Benthem en dr. R.H. Boerman, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. K.M. Dijkman, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op

10 januari 2013 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.