

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 046/2014

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 30 januari 2015 naar aanleiding van de op 10 maart 2014 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, cardioloog, werkzaam te B,

bijgestaan door mr. C.M.W. Verberne, advocaat te Eindhoven,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift;**
- het aanvullende klaagschrift;**
- het verweerschrift met de bijlagen;**
- de repliek met de bijlagen;**
- de dupliek;**
- het medisch dossier, als toegezonden door D.**

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 2 december 2014. Klaagster is verschenen, vergezeld van haar echtgenoot, mevrouw E en mevrouw F. Verweerder is verschenen, 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.

Klaagster klaagt over de behandeling van haar zoon, G, geboren in 1972 en overleden in 2011 (hierna: patiënt).

Verweerder is als cardioloog verbonden aan D, locatie B (hierna: het ziekenhuis).

Patiënt bezocht op 16 maart 2011, na verwijzing door zijn huisarts, voor het eerst de Eerste Hart Hulp (hierna: EHH) van het ziekenhuis. Patiënt werd gezien door een arts-assistent onder supervisie van een collega van verweerder, cardioloog H. De cardioloog meldde bij brief d.d. 16 maart 2011 aan de huisarts de kortdurende opname van patiënt – in essentie – als volgt. Volgens de anamnese was er sprake van pijn op de borst, in februari 2011 had patiënt dezelfde klachten gehad; patiënt rookte en er bestond familiair risico aan vaders zijde. Het lichamelijk onderzoek leverde geen bijzonderheden op. Het ECG toonde:

“SR 65/min, horizontale as, PR 148ms, QRS 100ms, light repolarisatie stoornis in V5-V5 (het college begrijpt: V6)”.

Er werd laboratoriumonderzoek verricht, met – onder andere – de notatie: Troponine T <0.01 µl; en bij het tweede onderzoek die dag: 0.02 µl met vermelding:

“Uitslag is verhoogd, echter de grenswaarde ‘bewijzend’ voor een acuut myocardiinfarct is > 0.05 µl/LCK 90 U/l”.

X-thorax was normaal en de ergometrische fietstest was negatief. De cardioloog stelde als diagnose atypische thoracale pijn en als beleid poliklinische controle binnen 4-6 weken voor een echocardiogram.

Op 26 april 2011 vond de controleafspraak plaats bij een collega van verweerder, cardioloog I, die bij brief d.d. 4 mei 2011 aan de huisarts verslag deed van het consult met vermelding van het ECG en echocardiogram. I besprak dat er geen aanwijzingen waren voor cardiale ischemie en dat er geen structurele afwijkingen waren aan het hart. In verband met risicofactoren voor hart- en vaatziekten werd patiënt dringend geadviseerd te stoppen met roken. Er leek anamnestisch sprake te zijn geweest van slokdarmspasme. Wegens het ontbreken van actuele cardiale problematiek werd patiënt verder uit controle ontslagen.

Op 20 augustus 2011 werd patiënt na een 112-melding per ambulance aangevoerd bij de EHH met pijn op de borst.

Verweerder was op deze zaterdagochtend de dienstdoende cardioloog; er was geen arts-assistent aanwezig. Anamnese en lichamelijk onderzoek vonden plaats; een ECG werd gemaakt.

Verweerder heeft verslag gelegd van het consult d.m.v. de brief die hij diezelfde dag stuurde aan de huisarts met – voor zover thans van belang – de navolgende inhoud:

“Bovengenoemde patiënt was op 20 augustus 2011 op de Eerste HartHulp wegens pijn op de borst (112-melding).

Voorgeschiedenis: *in februari en maart 2011 werd patiënt gezien in verband met atypische pijn op de borst. De fietsergometrie toonde geen aanwijzingen voor ischemie. Echocardiogram in april 2011 was eveneens normaal.*

Anamnese: *Vanochtend om 07.37 uur wakker geworden met heftige pijn op de borst, stekend, ook bij linker zijligging, vanzelf grotendeels weggetrokken. Kan zich doorgaans goed inspannen.*

Medicatie: *diclofenac 2 dd 100 mg en omeprazol 20 mg via huisarts sinds 5 dagen.*

Lichamelijk onderzoek: *Algemene indruk normaal postuur. Bloeddruk 125/65 mmHg. Pols: 70 Zuurstofsaturatie 100%, Temp. 36,3 Celsius. Hoofd/hals: g.b.*

Hart: regelmatig ritme, normale tonen, geen geruisen of wrijven.

Longen: vesiculair ademgeruis.

Buik: normaal.

ECG: *sinusritme, 60/min, horizontale hartas, QRS-breedte 100 msec., aspecifieke ST-segmenten.*

Laboratoriumonderzoek: *niet verricht.*

X-thorax: *niet verricht.*

Conclusie en beloop: *39-jarige man was op de Eerste HartHulp wegens pijn op de borst, geen aanwijzingen voor cardiale afwijkingen, imponeert als slokdarmspasmen.*

Medicatie: *diclofenac gestopt, omeprazol nog één week 40 mg.*

Poliklinische controle: *zonodig, via huisarts..”*

Op 22 augustus 2011 bezocht patiënt zijn huisarts in verband met opnieuw ontstane pijn op de borst. Op 26 augustus 2011 nam de huisarts volgens een notitie van cardioloog I contact op omtrent de situatie van patiënt. De huisarts deelde mee dat patiënt toch af en toe pijn op de borst had gehouden. Er werd een CT coronair afgesproken voor

1 september 2011 die echter niet aantoonbaar is gepland.

Op 29 augustus 2011 is patiënt thuis overleden. Het obductieverslag van 23 september 2011 vermeldt – voor zover thans van belang – het volgende:

“CONCLUSIE:

Deze 39 jaar oud geworden man is overleden aan gevolgen van een myocard infarct op basis van artherosclerose met plaqueruptuur van de LAD.

EPICRISE:

PA diagnosen:

1. Licht hypertrofisch hart (399 gram) met tekenen van oude (meer dan 2 maanden) en recente myocard infarctering (7 tot 14 dagen).
2. Geoblitereerde coronairarterie (LAD) op basis van atherosclerose met plaqueruptuur
3. Stuwung van longen, milt en lever.

Bij deze 39 jaar oud geworden man met in de voorgeschiedenis thoracale pijnklachten e.c.i. (sinds 5 maanden voor overlijden) werd bij lichaamsobductie een vrijwel volledig afgesloten coronairarterie gevonden (LAD) op basis van atherosclerose. Focaal nog een klein lumen met rekanalisatie en elders aanwijzingen voor plaqueruptuur. De overige twee coronairarterien waren niet afwijkend. In het myocard ter plaatse van de apex enkele donkere verkleuringen en ter plaatse van de linker zijwand, halverwege het hart fibrose, passend bij doorgemaakte ischaemie en meer richting boezem, ook ter plaatse van de linker zijwand, uitgebreide donkere verkleuringen en een onregelmatig myocard, passend bij meer recente infarctering. Op de LDH enzymkleuring (gemaakt meer caudaal van deze bloedingen) lichte ontkleuring in de linker zijwand midmyocardiaal. De afwijkingen in het myocard passen bij doorgemaakt infarctering, deels van langere datum geleden met fibrose, meer dan 2 maanden geleden. En deels van recentere datum met jong fibroblastair weefsel met veel vaatnieuwvorming (welke de donkere kleur veroorzaakte), te schatten op 7 tot 14 dagen. Morfologisch substraat voor de meest recente infarctering is niet evident, vermoedelijk omdat patient erg kort na het infarct is overleden, dan wordt meestal geen morfologisch substraat aangetroffen. Behoudens stuwung van longen, milt en lever geen afwijkingen aan de overige organen.”

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder - zakelijk weergegeven - dat hij zaterdagochtend

20 augustus 2011 een waarschijnlijkheidsdiagnose heeft gesteld bij patiënt, dat hij heeft nagelaten laboratoriumonderzoek te (laten) doen naar Troponine, terwijl dat wel had moeten volgens protocol en zeer ernstige nalatigheid in zijn medisch handelen, met het overlijden van patiënt als gevolg.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert - zakelijk weergegeven - aan dat hij patiënt alleen op 20 augustus 2011 heeft gezien. Gelet op de anamnese, het lichamelijk onderzoek en het ECG was er geen

aanwijzing voor een cardiale afwijking. Verweerder heeft als conclusie getrokken dat de atypische klachten van patiënt imponeerden als slokdarmspasmen. Voor onderzoek naar Troponine bestond geen aanleiding nu het klachtenpatroon van patiënt op 20 augustus 2011 niet paste bij acute cardio-vasculaire problematiek en er derhalve geen verdenking was op een acuut coronair syndroom. Op het verweer wordt - zo nodig - in de navolgende overwegingen nader ingegaan.

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 merkt op dat het een arts niet op voorhand is te verwijten, als hij een diagnose mist, mits hij volgens de regelen van de kunst van zijn beroepsgroep de patiënt gedegen en zorgvuldig heeft onderzocht. Van een arts moet worden verwacht dat hij zich daarbij houdt aan de richtlijnen, protocollen en gebruikelijke gedragsregels die voor zijn vakgebied zijn ontwikkeld en voorts dat hij de volgens hem noodzakelijke afwijkingen van die normering deugdelijk motiveert. De arts dient bovendien die noodzakelijk geachte afwijkingen op zodanige wijze vast te leggen dat toezicht mogelijk is op zijn handelen of nalaten.

5.3

Het college constateert dat de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie op 7 juli 2011 de

Richtlijn voor de Structuur en Organisatie van de Coronary Care Unit en de Eerste Hart Hulp in Nederland definitief heeft vastgesteld. Daarin is gesteld (blz. 2/3):

“Eerste Harthulp (EHH): hieronder wordt verstaan een afdeling waar patiënten met een (vermeend) acuut cardiale aandoening al dan niet na triage door huisarts, in de ambulance, of op een algemene SEH worden gepresenteerd en kunnen worden geobserveerd. De EHH kan een zelfstandige unit zijn of een onderdeel vormen van een ‘observatorium’ op de SEH of van de CCU. Onderscheidend voor de EHH is het feit dat hier kortdurende (maximaal 24 uur) observatie wordt geboden voor patiënten met een (vermeend) acuut cardiaal probleem.

Binnen deze 24 uur vindt aanvullende diagnostiek en triage plaats. De achterliggende gedachte is om hiermee te komen tot een snelle en adequate rule-out strategie van een daadwerkelijk acuut cardiaal probleem. Vanaf een EHH worden patiënten naar huis ontslagen, opgenomen op de algemene cardiologische verpleegafdeling, opgenomen op een CCU, overgeplaatst naar een ander centrum, of verwezen naar een ander specialisme binnen het eigen ziekenhuis.”

Op blz. 5 van dit document staat:

“Ziekenhuizen hebben een op schrift gestelde geprotocolleerde werkwijze voor de benadering van patiënten die worden opgenomen voor een rule-out strategie van een ACS. Er wordt een registratie gevoerd van deze patiëntencategorie met daarin opgenomen de opname-indicatie en of er al dan niet een ACS werd uitgesloten.”

5.4

Het college constateert verder dat D de bedoelde, geprotocolleerde werkwijze heeft neergelegd in een document met de titel “Opname van een patiënt op de afdeling, Eerste hart hulp (EHH) en CCU (Hartbewaking) (D)”. Verweerder heeft het college voorzien van de thans geldende versie van dit document. Het college heeft geen reden te twijfelen aan de verklaring van verweerder dat deze versie in essentie niet afwijkt van de versie die in augustus 2011 gold.

Het protocol wijst als uitvoerenden aan de CCU-verpleegkundigen en als hoofdbehandelaar en verantwoordelijk voor het beleid de cardioloog.

Het protocol bevat een checklist voor de uitvoering van te verrichten handelingen t.b.v. het onderzoek naar de toestand van de patiënt, waaronder bloedafname. Onder een apart kopje “Bloedafnames” is bepaald dat de standaard bepaling wordt afgenomen bij binnenkomst en dat aanvullende bepalingen worden afgenomen in overleg met arts of verpleegkundig specialist en verder:

“Bepalingen herhalen na 3 en/ of 6 uur (moment 1 en 2) na het ontstaan van de thoracale klachten kan cardiale problematiek uitsluiten, dit is afhankelijk van de arts.”

Bij “Documentstatus” is vermeld:

“Dit document is een kwaliteitsdocument dat de algemeen geldende norm voor goed handelen beschrijft. Indien hier in het belang van de patiënt van wordt afgeweken moet dit gemotiveerd in de status van de patiënt worden vermeld.”

5.5

Het college stelt bij vergelijking van de tot het medisch dossier behorende stukken vast dat de weergave van verweerder van de feiten en omstandigheden daar niet geheel op aansluit. De presentatie van de klachten van patiënt op 16 maart en die op 20 augustus 2011 zijn niet geheel vergelijkbaar. Dat dezelfde deskundige CCU-verpleegkundige patiënt op die beide datums heeft gezien blijkt niet uit de opnameformulieren. Evenmin blijkt daaruit dat die verpleegkundige verweerder - als gesteld ter zitting - heeft gevraagd of het nodig was bloed af te nemen. De ECG's van 16 maart en 20 augustus 2011 zijn niet gelijk aan elkaar; er zijn geen grote verschillen, wel een zogenaamde negatieve T in afleiding aVL op het ECG van 20 augustus 2011, terwijl op 16 maart 2011 sprake was van een (normale) positieve T.

5.6

Op een EHH is het gebruik - en daar sluit het protocol van de D bij aan - om bij elke patiënt met pijn of druk op de borst onder meer Troponine in het bloed te laten bepalen, vaak ook tezamen met een ander enzym dat bij hartspierbeschadiging verhoogd is: CPK MB. De reden daarvoor is dat als de hartspier beschadigd raakt zoals bij een hartaanval, er Troponine lekt uit de hartspiercellen in het bloed. Door te meten hoeveel Troponine er in het bloed terecht is gekomen, kan de cardioloog erachter komen of er sprake is van hartspierbeschadiging. Binnen 2 uur na het begin van de borstklachten is, bij hartspierbeschadiging, vaak al een verhoging in het bloed te meten. Bij een volgende bepaling na 3 uur is, bij een normale waarde, de kans op hartspierbeschadiging juist bijzonder klein. Afwijken van dit in de cardiologie gebruikelijke gedrag is mogelijk, mits de argumentatie daarvoor duidelijk beschreven wordt. Verweerder heeft geen aantekeningen gehouden in de status van patiënt maar zijn bevindingen neergelegd in

zijn brief aan de huisarts, waarin onder meer is vermeld dat geen laboratoriumonderzoek heeft plaatsgevonden. Deze wijze van verslaggeving acht het college te billijken, maar dat de argumentatie voor het achterwege laten van het laboratoriumonderzoek ontbreekt, in afwijking ook van het protocol van D, is niet volgens de regelen der kunst.

5.7

Verweerder heeft aangevoerd dat hij mocht afgaan op het ontbreken van verschil tussen zijn lichamelijk onderzoek en anamnese met de uitkomsten van de op 16 maart en

26 april 2011 verrichte onderzoeken en dat hij om die reden het laboratoriumonderzoek achterwege mocht laten, ook al heeft hij de argumentatie daartoe niet beschreven.

Het college volgt verweerder daarin niet. De doelstelling van een EHH is om bij patiënten, die zich presenteren met thoracale klachten, een daadwerkelijk acuut cardiaal probleem uit te sluiten (rule-out). Patiënt presenteerde zich op beide datums niet met geheel dezelfde klachten, het ECG vertoonde in zekere mate een afwijking, er was bovendien sprake van familiale risicofactoren bij een rokende 39-jarige man. Het tijdsverloop tussen maart en augustus 2011 was een reden te meer om laboratoriumonderzoek te laten verrichten. Verweerder heeft op grond van lichamelijk onderzoek en anamnese bij de genoemde bijzonderheden zonder laboratoriumonderzoek geconcludeerd dat geen sprake was van cardiale afwijkingen maar van slokdarmspasme. Aldus heeft verweerder in strijd met gebruikelijk gedrag en protocol zich de kans ontnomen om een daadwerkelijk acuut cardiaal probleem uit te sluiten.

5.8

Het college acht het nalaten van verweerder om - in afwijking van gebruikelijk gedrag en protocol - laboratoriumonderzoek te laten verrichten zonder voor die afwijking een deugdelijke motivering op te geven een tuchtrechtelijk verwijtbare beroepsfout.

De klacht is dan ook om deze reden gegrond.

Dit betekent dat het college verweerder een maatregel zal opleggen. Daarbij is enerzijds in overweging genomen dat het overlijden van een patiënt in het algemeen niet meebrengt dat de fout ernstiger kan worden aangerekend, waar in dit geval blijkt dat niet met zekerheid kan worden vastgesteld dat het overlijden van de patiënt het gevolg is van de nalatigheid van verweerder. Anderzijds is het college er ambtshalve mee bekend dat verweerder eerder in voor hem nadelige zin in aanraking is geweest met de tuchtrechter. Onder deze omstandigheden is het college gegeven de ernst van de beroepsfout van oordeel dat de maatregel van berisping geboden is.

6. DE BESLISSING

Het college berispt verweerder.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. W.J.B. Cornelissen, voorzitter, mr. J.W. IJssink, lid-jurist, dr. R. Brons, R.O. Rischen en E.I. van Dijk, leden-arts, in tegenwoordigheid van mr. J.W. Sijstra-Meijer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 30 januari 2015 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.