

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2015/132

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG  
TE AMSTERDAM

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 28 april 2015 binnengekomen klacht van:

A,  
wonende te B,  
k l a a g s t e r,

tegen

C,  
cardioloog,  
werkzaam te D,  
v e r w e e r d e r,  
gemachtigde mr. M.J. de Groot, advocaat te Utrecht.

### 1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;
- de door de gemachtigde van verweerder ingediende producties per CD-rom d.d. 14 november 2015.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord. De klacht is ter openbare terechtzitting behandeld.

Partijen waren aanwezig. Klaagster werd vergezeld van haar moeder, E. Verweerder werd bijgestaan door zijn gemachtigde, mr. De Groot, voornoemd. Mr. de Groot heeft een toelichting gegeven aan de hand van een pleitnota, die aan het college en de wederpartij werd overgelegd.

De zaak werd gelijktijdig behandeld met de zaak met nummer 15/131 van klagster tegen een collega van verweerder, zoals bedoeld in artikel 57, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

## 2. De feiten

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

Eerste opnameperiode

2.1. De vader van klagster, verder te noemen 'patiënt', geboren juli 1943, is op 20 januari 2015 opgenomen in het F op de afdeling cardiologie wegens klachten van pijn op de borst (acuut coronair syndroom, ACS).

2.2. Op 21 januari 2015 is een hartkatheterisatie (coronair angiografie) uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van verweerder. Daarbij is een belangrijke vernauwing in een kransslagader vastgesteld.

2.3. Op 27 januari 2015 is patiënt overgebracht naar het G te H (verder: G) voor een PCI procedure (dotteren met stentplaatsing). De geplaatste stents waren van een nieuw type 'oplosbare' (biodegradable scaffolds) stent in het kader van wetenschappelijk onderzoek (de AIDA-studie). Deze stent geeft medicijnen af op contactplaatsen met het weefsel van het bloedvat (een zogenaamde "drug-eluting stent" = DES). Er werden 3 stents geplaatst.

2.4. Na de PCI-procedure is patiënt diezelfde dag teruggeplaatst naar het F. In de overdrachtsbrief van 27 januari 2015 van het G naar het F staat, voor zover van belang:

"(...)

### **Beleid**

*Geadviseerd wordt in verband met verhoogd bloedingsrisico patient te ontstollen middels femprocoumon, clopidogrel en carbasalaatcalcium.*

(...)

### **AIDA TRIAL**

*Patiënt neemt deel aan de AIDA trial*

(...)

*De medicamenteuze nabehandeling van deze patiënten is volgens de geldende richtlijnen.*

(...)

*Als u nog vragen heeft naar aanleiding van de deelname van uw patient aan de AIDA trial dan kunt u contact opnemen met (...) de afdeling research cardiologie van het G(...)"*

De richtlijn van het AIDA-trial bepaalt onder meer het volgende:

*"(...) Postprocedural care. The protocol mandates the prescription of dual-antiplatelet therapy (75-100 mg aspirin daily and 75 mg clopidogrel or 10 mg prasugrel or 180 mg ticogrelor daily) for a minimum of 1 year in the index and control strategies. Concomitant (cardiac) medication is administered according to the European Society of Cardiology guidelines. 5-7 (...)"*

2.5. Op 28 januari 2015 is patiënt uit het F ontslagen door I met een combinatie van drie antistollingsmiddelen: Marcoumar, clopidogrel en aspirine (carbasalaatcalcium = Ascal), de zogenaamde "Tripletherapie". Met betrekking tot het middel Ascal werd bij ontslag het voorschrift meegegeven voor een maximale behandelduur van 25 dagen.

2.6. Op 9 februari 2015 had patiënt een afspraak bij de vaatchirurg in het F in verband met een eerder geconstateerd aneurysma van de aorta ascendens en thoracalis. Er is besloten hier nog niets aan te doen, en een echo controle na 3 maanden werd afgesproken. Patiënt en zijn echtgenote hebben de vaatchirurg gevraagd tevens te kijken naar zijn rechterbeen, dat al langere tijd gezwollen was. De vaatchirurg deelde hen mede dat (op dat moment) alleen naar de vaten in de romp werd gekeken.

#### Tweede opnameperiode

2.7. Op 27 februari 2015 is patiënt voor de tweede maal opgenomen in het F wegens dezelfde klachten als op 20 januari 2015 (hevig opboeren, pijn boven in de rug uitstralend naar de schouders en nek en benauwdheid). Een collega van verweerder, cardioloog J (tevens verweerder in zaak 15/131) was op dat moment de dienstdoende cardioloog. Patiënt is overgebracht naar de hartbewaking wegens verdenking van ACS naar aanleiding van de klachten en het bloedonderzoek (troponinestijging). De toediening van Ascal is herstart.

2.8. Op maandag 2 maart 2015 is opnieuw een hartkatheterisatie uitgevoerd. Het angiogram van die datum is maatschapsbreed beoordeeld. Hierna is de diagnose ACS verworpen en de diagnose longembolie gesteld. Hiervoor is tijdelijk Fraxiparine aan patiënt toegediend. Bij ontslag is de toediening van Ascal weer gestaakt. Patiënt is op 3 maart 2015 ontslagen. De ontslagbrief is door een collega van verweerder, cardiologe K, ondertekend. Hierin staat, voor zover van belang:

"(...)

*Bij CAG worden geen afwijkingen gezien, geen aanwijzingen voor instent trombose. De gedachte is dat de pijnklachten worden veroorzaakt door de eerder vastgestelde longembolieën gezien de subtherapeutisch ingestelde inr. In verband met een licht stuwingsbeeld op de x-thorax is er gestart met furosemide.*

(...)"

#### Derde opnameperiode:

2.9. Op 12 maart 2015 is patiënt voor de derde maal opgenomen in het F wegens thoracale/ACS-verdachte klachten. Een eerste onderzoek wees geen ACS uit. Patiënt werd eerst gezien door de longarts, maar is vervolgens overgeplaatst naar de afdeling cardiologie ter observatie. K was op dat moment de dienstdoende cardioloog. Vanwege het recente coronair-angiogram, waarop geen afwijkingen waren geconstateerd, werd differentiaal-diagnostisch gedacht aan een pericarditis en ructus. Bij opname werd aan de thuismedicatie colchicine toegevoegd in verband met een mogelijke pericarditis.

2.10. Op zaterdag 14 maart 2015 kreeg patiënt heftige pijn en na een door een verweerder uitgevoerd echocardiogram bestond de verdenking van een acuut infarct op basis van een acute stenttrombose. Patiënt werd met spoed naar het G vervoerd. Daar is vastgesteld dat het inderdaad ging om een stenttrombose. De thrombus werd in het G weggezogen en er werd een extra stent geplaatst in het getroffen gebied. In het verslag van de interventiecardioloog L d.d. 14 maart 2015 staat onder meer:

*“(...) Spoedprocedure, acuut voorwandinfarct obv scaffold trombose, na implantatie BVS op 27-01-2015, oa in proximale LAD.*

*Patient blijkt slecht ingesteld te zijn op coumarine, en gebruikt alleen Clopidogrel (advies bij BVS is ASA, Clopidogrel en indien hiervoor indicatie coumarine).*

*“(...)*

*Dilatatie met 3,5mm ballon en OCT verricht, waarbij de scaffold gedeeltelijk malappositie toont, danwel gedeeltelijk is gedegraded. Nieuwe dilatatie (...) waarna beter angiografisch resultaat, echter bij OCT nog steeds malappositie. Besloten tot implantatie metalen stent (...) goed resultaat.*

*(..) Beleid: triple therapie 1 jaar (...).”*

2.11. Na dit infarct ging het niet goed met patiënt. Er ontstonden ernstige hartritme-stoornissen en kortademigheid. Op 30 maart 2015 vond een nucleair onderzoek van het hart plaats. De uitslag werd op 1 april 2015 medegedeeld door een arts-assistent. Er wordt besloten om een ICD te implanteren ter bestrijding van mogelijk optredende, fatale hartritme-stoornissen. Op 3 april 2015 heeft een gesprek over de ICD plaatsing met verweerder en de familie van patiënt plaatsgevonden.

2.12. De geplande implantatie van de ICD op 7 april 2015 in het M werd vervolgens een week uitgesteld omdat de INR waarde van patiënt (de maat voor de antistolling met Marcoumar) te hoog was. De toediening van Marcoumar was op 3 april 2015 gestaakt door verweerder. Patiënt werd hierop weer teruggebracht naar het F. Op 14 april 2015 werd de ICD-implantatie alsnog uitgevoerd. Op 16 april 2015 is patiënt ontslagen uit het ziekenhuis.

2.13. Patiënt heeft blijvende lichamelijke schade opgelopen als gevolg van het grote infarct op 14 maart 2015, waaronder een verminderde pompfunctie van het hart en hartritme-stoornissen.

### **3. De klacht en het standpunt van klaagster**

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat ten tijde van de opname van patiënt in het F:

1. een onjuiste diagnose is gesteld;
2. bij het ontslag op 28 januari 2015 ten onrechte en zonder overleg met het G de beslissing is genomen om de Ascal na 25 dagen te staken;
3. sprake is geweest van het niet serieus nemen van de (familie van) patiënt, laksheid en nalatigheid, onder meer vanwege het verloop van de familiegesprekken en
4. de ICD-implantatie in eerste instantie niet kon plaatsvinden.

### **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 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. In het tuchtrecht is persoonlijke verwijtbaarheid uitgangspunt.

## Diagnose

5.2. Klaagster heeft ter zitting (nader) toegelicht dat het verwijt dat verweerder en zijn collega (verweerder in procedure 15/131) tekortgeschoten zijn bij het tijdig stellen van een juiste diagnose zowel betrekking heeft op de tweede als op de derde opnameperiode. Zij heeft het gevoel dat de door haar vader en de familie geuite klachten (waaronder ook het gezwollen onderbeen van patiënt) onvoldoende serieus zijn genomen en dat hier laks mee is omgegaan. Bij de derde opnameperiode zijn de (verergerde) klachten van haar vader met betrekking tot zijn gezwollen been gemeld aan de verpleging. Ook in de ochtend van 14 maart 2015 is meerdere malen aan de dienstdoende verpleegkundigen doorgegeven dat het slechter ging en zij hebben ook gebeld naar de arts-assistent. Desondanks kreeg haar vader aanvankelijk slechts maagtabletten. Later bleek hij een groot infarct te hebben gehad en moest hij met spoed naar het G. Klaagster heeft tevens het gevoel dat indien eerder de juiste diagnose (stentocclusie) was gesteld, de gevolgen voor haar vader thans minder ernstig zouden zijn geweest.

5.3. Het college stelt vast dat de klacht met betrekking tot het volgens klaagster niet (tijdig) stellen van de juiste diagnose geen betrekking heeft op de eerste periode, waarin overigens ook naar het oordeel van het college geen sprake is geweest van het niet tijdig stellen van een juiste diagnose.

5.4. Wat betreft de tweede opnameperiode overweegt het college dat uit de stukken blijkt dat cardioloog J van vrijdagavond 27 februari 2015 tot en met maandagochtend 2 maart 2015 (08.00 uur) de dienstdoende cardioloog was. Naar het oordeel van het college waren er op dat moment nog geen aanwijzingen voor een acute stenttrombose. Patiënt was bij aankomst in het ziekenhuis nagenoeg klachtenvrij en had geen beklemd gevoel op de borst. Het opgezette onderbeen - waarvoor patiënt reeds was gezien door een reumatoloog - is door J onderzocht. J is daarbij naar het oordeel van het college op goede gronden tot de conclusie gekomen dat dit geen relatie had met het hartprobleem. J heeft verder zorgvuldig gehandeld door direct de troponine te laten bepalen. Bij bekend worden van de troponinestijging is door hem, wegens verdenking van een (stent)trombose, ook de Ascal weer hervat en besloten tot een nieuwe hartkatheterisatie. Wegens een te lage INR was 1 dag voor opname ook opnieuw fraxiparine gestart. De hartkatheterisatie heeft op maandag 2 maart 2015 plaatsgevonden. Het angiogram is maatschapsbreed beoordeeld en geconcludeerd werd, dat er geen afwijkingen waren in de gestente LAD. Het college heeft de beelden van het angiogram bekeken en komt - zoals ook ter zitting is besproken - tot eenzelfde conclusie: Volgens de beelden was er op dat moment nog geen aanwijzing voor een occlusie of andere problemen met de stents. De beelden noopten ook niet tot nader onderzoek.

5.5. Ook wat betreft de derde opnameperiode heeft het college geen aan verweerder te verwijten belangrijk 'delay' kunnen constateren. Een occlusie zoals bij patiënt is opgetreden kan zich acuut voordoen (bijvoorbeeld door het plotseling 'omknikken' van de stent) en kan zowel het gevolg zijn van malappositie van de stent als een (hierdoor veroorzaakt) thrombus. Niet gezegd kan dus worden dat deze diagnose eerder gesteld kon worden dan thans is gebeurd. Toen de klachten op zaterdag 14 maart 2015 acuut heviger werden, is door verweerder direct een echocardiogram verricht. Verweerder heeft patiënt vervolgens op basis van het door hem geconstateerde beeld, te weten

verdenking van een acute stent occlusie, terstond laten overbrengen naar het G, alwaar patiënt is behandeld.

5.6. Het voorgaande brengt met zich dat het eerste klachtonderdeel met betrekking tot verweerder ongegrond is.

#### Staken Ascal

5.7. Klaagster stelt dat de verpleegkundige uit het G die bij het dotteren van haar vader op 14 maart 2015 aanwezig is geweest, haar heeft verteld dat de stents waren dichtgeslibd door het stopzetten van één van de drie voorgeschreven bloedverdunners door de cardiologen in het F, zonder hier eerst overleg over te voeren met de artsen uit het G. Bij het plaatsen van organische stents zouden zeker een half jaar drie bloedverdunners gegeven moeten worden (de zogenaamde 'triple therapie').

5.8. Verweerder heeft toegelicht niet betrokken te zijn geweest bij de beslissing om de Ascal na de eerste opnameperiode te staken na een maand, maar deze beslissing gezien de geldende Europese richtlijnen en de medische situatie van patiënt, wel te onderschrijven. Tijdens de tweede opnameperiode van patiënt is wegens de verhoogde troponinewaardes de Ascal aanvankelijk weer hervat wegens verdenking van een (stent)trombose. Toen het angiogram van 2 maart 2015 uitwees dat hier geen sprake van was en de INR van patiënt weer was gestegen naar 2.5 op 2 maart 2015, is de Ascal weer gestopt door een collega van verweerder, die op dat moment dienst had. Daarbij is volgens verweerder (wederom) het Europees protocol gevolgd, dat voorschrijft bij kwetsbare ouderen met een verhoogde bloedingsneiging dit middel na één maand te staken. Verweerder heeft verklaard ook deze keuze te onderschrijven. Volgens verweerder zouden de cardiologen van het G het F niet hebben geïnformeerd over het specifieke post-procedurele antistollingsbeleid van de AIDA-trial, waar patiënt aan meedeed. Nadien is hierover wel veel contact geweest met het G en de (specifieke) medicatie zal voortaan ook voorafgaande aan het meedoen aan een dergelijke "trial" worden afgestemd tussen de behandelend cardiologen.

5.9. Het college overweegt dat los van de vraag welke cardioloog (eind)verantwoordelijk was voor het staken van de Ascal na 28 dagen, dit besluit gelet op de informatie die bij ontslag uit het G na plaatsing van de organische stents werd meegegeven aan de cardiologen in het F, de medische gegevens met betrekking tot patiënt (medische voorgeschiedenis, hoge bloeddruk, leeftijd en suboptimale nierfunctie) en de op dat moment geldende Europese richtlijnen (*European guidelines 2014, gepubliceerd in de European Heart Journal 2014; 35: 3155-3179, [https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/97/2014\\_ESC-EACTS\\_Guidelines\\_on\\_Myocardial\\_Revascularization.pdf](https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/97/2014_ESC-EACTS_Guidelines_on_Myocardial_Revascularization.pdf) en de HASBLED risicoscore) verdedigbaar was. Toen patiënt na de plaatsing van de organische stents terugkwam uit het G is naar het oordeel van het college door het G niet duidelijk (genoeg) overgedragen dat met de verwijzing naar 'de geldende richtlijnen' de (afwijkende) AIDA-Richtlijnen werden bedoeld. Dat verweerder met de mogelijkheid van afwijkende richtlijnen geen rekening heeft gehouden valt hem daarom onder de gegeven omstandigheden tuchtrechtelijk niet te verwijten.*

5.10. Wel is het college van oordeel dat de overwegingen om de Ascal na een maand te staken (duidelijk terugvindbaar) in het medisch dossier hadden moeten worden vermeld. De omstandigheid dat dit beter had gekund, acht het college echter onvoldoende om hieraan een tuchtrechtelijke maatregel te verbinden.

Laksheid, onvoldoende serieus nemen patiënt en familie en voorbereiding ICD-implantatie

5.11. Voor zover klachtonderdeel 3 betrekking heeft op het onvoldoende serieus nemen en laks reageren op de door patiënt en familie geuite signalen, wordt verwezen naar wat is overwogen met betrekking tot het stellen van de diagnose. Van een aan verweerder te verwijten belangrijke vertraging in het stellen van de juiste diagnose is niet gebleken.

5.12. Naar het oordeel van het college is wel voldoende vast komen te staan dat de communicatie tussen verweerder en patiënt en zijn familie beter had gekund en gemoeiten. Verweerder had zich (meer) moeten inspannen om het - gezien de voorafgaande gebeurtenissen- belangrijke familiegesprek (dat uiteindelijk op 3 april 2015 plaatsvond) te laten plaatsvinden op een moment waarop hij dit ongestoord kon doen. Ook een deugdelijke verslaglegging van dit gesprek ontbreekt. Verder had de familie kennelijk nog behoefte aan een gesprek met verweerder na de gebeurtenissen rondom de ICD-implantatie. Verweerder heeft toen - zoals hij zelf ook ter zitting heeft verklaard - 'zijn hakken in het zand gezet' en klaagster niet meer teruggebeld, omdat hij 'geen zin had om weer te worden uitgescholden door klaagster' wegens het te laat staken van de Fenprocoumon (zie hierna onder 5.13). Dit getuigt niet van een professionele houding. Ook in een dergelijke situatie moet een arts op professionele wijze de betrokkenen te woord kunnen staan. Klachtonderdeel 3 is daarmee in zoverre gegrond.

5.13. Ook wat betreft de gang van zaken rondom de overplaatsing van patiënt naar het M voor de ICD-implantatie heeft verweerder niet zo zorgvuldig gehandeld als van hem had mogen worden verwacht. Patiënt was door verweerder ingestuurd zonder dat zijn INR-waardes waren bepaald. Patiënt bleek bij aankomst in het M te hoge INR-waardes te hebben, omdat de Fenprocoumon te kort van tevoren was gestaakt. Hierdoor moest de reeds geplande operatie in het M worden geannuleerd en moest de operatie op een later tijdstip (nogmaals) worden ingepland. Dat het in het weekend voor de geplande operatie paasweekend was, is geen excuus om een patiënt niet op zijn INR-waardes te prikken (of: voor zover deze wel geprikt zijn: deze niet deugdelijk in het medisch dossier te noteren). Bovendien had, indien de INR wel tijdig bekend was geweest, ingegrepen kunnen worden om deze te corrigeren tot een voor de geplande ingreep acceptabele waarde. Verweerder was hiervoor op dat moment (eind)verantwoordelijk. Klachtonderdeel 4 is daarmee eveneens gegrond. Verweerder heeft thans ter zitting weliswaar verklaard dat er nu geen patiënt meer wordt ingestuurd voor een operatie zonder dat de INR-waardes zijn bepaald, maar hij heeft ook verklaard dat dit (nog) niet protocollair is vastgelegd.

5.14. De conclusie van het voorgaande is dat klachtonderdelen 3 en 4 gegrond zijn. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens patiënt en zijn familie had horen te betrachten.

5.15. Het college acht het opleggen van de maatregel van waarschuwing hiervoor passend en geboden. Het college overweegt daarbij dat het handelen van verweerder tuchtrechtelijk verwijtbaar is, maar dat verweerder ter zitting inzicht heeft getoond in

het tekortschieten van zijn handelen en aan hem niet eerder een tuchtrechtelijke maatregel is opgelegd.

## **6. De beslissing**

Het Regionaal Tuchtcollege:

- verklaart de klachtonderdelen 3 en 4 gegrond;
- waarschuwt verweerder met betrekking tot de klachtonderdelen 3 en 4;
- verklaart de klachtonderdelen 1 en 2 ongegrond.

Aldus gewezen op 9 februari 2016 door:

mr. W.A.H. Melissen, voorzitter,

H.J.J. Koornstra-Wortel, dr. M.H. Godfried en dr. B. van Ramshorst,

mr. A.M. Koene, lid-jurist,

mr. C. Neve, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 22 maart 2016 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. W.A.H. Melissen, voorzitter

w.g. C. Neve, secretaris