

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2017.147

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2017.147 van:

A., wonende te B., appellant, klager in eerste aanleg,
tegen

C., internist, werkzaam te D.,
verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. K. Mous te Nijmegen.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klager - heeft op 27 november 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen C. - hierna de internist - een klacht ingediend. Bij beslissing in raadkamer van 13 februari 2017, onder nummer 288/2015 heeft dat College de klacht afgewezen. Klager is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De internist heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaak C2017.146 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 5 oktober 2017, waar zijn verschenen de internist bijgestaan door zijn gemachtigde.

Na afloop van de mondelinge behandeling op 5 oktober 2017 heeft het Centraal Tuchtcollege, na beraadslaging in raadkamer, in het openbaar mondeling uitspraak gedaan. Hetgeen hierna volgt is een schriftelijke uitwerking van die uitspraak.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“2. FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch dossier) dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

De klacht betreft de behandeling van de vader van klager, geboren in 1933 en overleden in 2013, hierna te noemen patiënt.

Patiënt was sedert 2006 onder behandeling van de afdeling Cardiologie in het E. ziekenhuis te D., hierna: het ziekenhuis. Patiënt onderging in 2006 een mitralisklepvervanging en in 2012 werd atriumfibrilleren geconstateerd.

Op 27 februari 2013 heeft patiënt aan zijn behandelend cardioloog aangegeven de orale antistolling te willen stoppen. In het dossier staat daaromtrent genoteerd: Wil van OAS af {...} B/Stop OAS, wil ook geen dab. accepteert risico, wil asa 80 mg.”
Op 30 juli 2013 werd patiënt opgenomen op de Eerste Harthulp (EHH) in verband met vermoeidheid, kortademigheid en obstipatie. Cardioloog F. was supervisor van de physisian assistent mevrouw G., hierna: de PA, die de intake en het onderzoek verzorgde.

OP het EHH formulier werd, voor zover thans van belang, opgetekend:

“Cardiale voorgeschiedenis

2006 ernstige mitralisklepinsufficiënte, I-vats coronair lijden van de LAD. 2006 poging mitralisklepplastiek, uiteindelijke mitralisklepvervanging (Perimount biologische klep, 31 mm en LIMA-LAD) perioperatief myocardinfarct en hoogstand linker difragma. Jan. 2010 echografisch goede linker ventrikel restfunctie. 2012 atriumflutter 01-2013 Afl wv ECV 02-2013 pt wil geen orale AS, derhalve ascal (dabigratan ook besproken) accepteerd risico's

Overige voorgeschiedenis

Hypertensie. 2012 Heup Totale heupprothese post operatief near collaps, ws vasovegetatief

Thuismedicatie

Amlodipine 5 mg 1dd1 Fosinopril 20 mg 2dd1 lanoxine 0,124 mg 1dd1 Metropolol 50mg 2dd1 Ezetrol 10 mg 1dd1 Asa 80 mg 1dd1

Vrije tekst anamnese

Heeft een tijd geleden dyspnoe klachten gehad, nu niet meer zo prominent aanwezig. Nu met name vermoeidheidsklachten, slaapt slecht. Geen angineuze klachten, meet regelmatig de pols en bloeddruk op neemt medicijnen in op geleide van de metingen. Bv: indiene hartslag te hoog is dan een digoxine en soms nog eentje extra. zo ook met de tabletten voor de bloeddruk. 3 dagen geleden maagklachten gehad (wijst de bovenbuik aan) geen uitstraling naar de kaken of armen gehad. Dacht dat het van de lanoxine kwam, toen de huisartsenpost gebeld en medicatie gekregen voor de obstipatie. Heeft al 6 dagen geen ontlasting gehad. Normaalgesproken altijd actief in de tuin, aantal dagen geleden nog in de tuin gewerkt, toe gestopt vanwege vermoeidheid. volgens echtgenote is Dhr s'nachts erg onrustig snurkt en heeft lange adempauzes, geen eetlust, eet nauwelijks en is 3 kg afgevallen, geen medena of bloed bij de ontlasting. Is recent gestruikeld, geen collaps.

X-thorax

zittende opname, geen tekenen van een infiltraat danwel overvulling, cor oogt wat fors, echter conform eerder, niet geconsolideerde clavicula#, (ws oud, jaren geleden op de rechterschouder gevallen, nu met linkerthorax op de tafel terecht gekomen 6 dagen geleden.)

Conclusie

Man 79 jaar, 1. vermoeidheidsklachten obv DD digoxineintoxicatie? PAF OSAS? 2. obstipatieklachten (obv dig intox?) 3. CRP 245 infect cci DD pyelonefritis Clavicula#4, nierfunctiestoornis, dd pyelonefritis.

Iom (supervisor)

[naam verweerder, RTC]

Beleid

ICC internist vraag aan huisarts om evt screening OSAS poliklinisch echo cor Digoxine stop metropolol zo houden in dosering maar wel innemen! evt PK ECV Amylase nabe-palen urinesediment en leuco's diff. NB patient wordt opgenomen door specialisme interne geneeskunde, wij vervolgen patient PK verder et echo cor en evt ECV.

Algemene indruk: ; Toelichting: Niet ziek, CVD niet verhoogd. Cor S1 S2 geen bijgeluiden Pulm: VAG geen bijgeluiden Abd: spaarzame peristaltiek, geen druk of loslaatpijn, geen perifeer oedeem, en normale pulsaties.

Electrische hartas: ; Toelichting: AF 101 per minuut . (in rust op EHH stoel 85 per minuut) Horizontale hartas. QRS 0.09 geen evidente ST segmentafwijkingen.

Opname: Ja; Toelichting: interne geneeskunde"

Op het 'aanvraagformulier consulten/medebehandeling' van 30 juli 2013 staat als aanvrager de cardioloog en als naam arts-assistent de PA vermeld. Als aard van de vraag

is het vakje 'Spoed' aangekruist. De inhoud van het formulier is, voor zover thans relevant, als volgt:

"Indicatie / gerichte vraagstelling:

Gaarne analyse ↑ CKP + NF #
DD obv - Clavicula# + constipa
- dig. Intoxi

Reden van opname en/of (voorlopige) diagnose:
vermoeidheidsklachten

2006 CABG + NUR 2013 AFL uv. ECV

Voorgeschiedenis : bioprothese bij Mitr. klepinsuff.

- Ht

-THP

- ulcusduodeni wv operatie 30jr terug.

Verricht relevant onderzoek:

lab → amylase + leucócs di

X-thorax

Medicatiegegevens (uitdraai uit Ziekenhuis informatiesysteem bijgevoegd):

Amlodipine 5mg 1x1

Fosinopril 20mg 2dd1

lanoxine 0.125mg 1x1

> therapie ontro

metoprolol 50mg 2dd1

Asa 80mg 1x1

Arts-assistent H., hierna de arts-assistent, heeft patiënt beoordeeld. Verweerder was de supervisor van de arts-assistent.

De arts-assistent heeft, voor zover thans van belang, op het 'Antwoordformulier consul-ten/medebehandelig' het navolgende opgetekend:

"nb afgelopen woe gevallen, gestruikeld, ...[onleesbaar,RTC] veel pijn aan re schouder. nb 2 pt zegt niet geheel therapietrouw te zijn. Neemt liever n tabletje minder.

(...)

Specialist: [achternaam verweerder, RTC]

Arts-assistent: H.

RvK: onregelmatig hartritme

RvC: moe, CRP, obstipatie, LF#, NF#

A/ Sinds 3 wkn malaise, hoge hartfreq, droge mond, conditie □ ,

... aanval van dyspnoe. Slaapt heel veel. koorts (-) 3kg ↓ in 1 week

amper eetlust/dorst. Afgelopen 2 dgn geheel geen intake. N (-) V (-), maagpijn (-),

passage goed. Buikpijn (-), al 4 dgn geen ontlasting, normaliter 2x/pag bruine def. Bloed (-)/slijm (-) Nooit eerder obstipatie gehad.

uro: 2 wkn terug 1x bloed geplast, vaker donkere/rode urine, geen pijn, wel veel minder plassen. LUTS (-) 2/3x. A11 (-)7cc

Resp: hoesten (-) slijm (-) dyspnoe (-), pijn (-) oc: werkt soms nog als [onleesbaar, RTC]

LO/ niet acuut zieke, bagetelliserende pt

RR 112/73

Pgn

ACIDOTn

S 97% T37

4

HH: droge tond, normale Parijnchopen, geen lymfomen, geen endocard stigmata

Cor: S, S2 & volledig irregulair

*Pulm: VAG, brommend verlengd expirium diffuur bsl creps.
Abd: NP, WT, soepel, weerstanden (-) druppijn ROB, lever percu-
toir ucm onder ribbenboog, niet te voelen. Murphy (-)
RT: soepele prostaat, glad, pijn (-), lichtbruine def in ampul, bloed (-)
Slijm (-)*

2 xt: slank, soepele kuiten, geen huidafwijkingen.

Lab: CRP 245 kreat 129↑ asat 37 alat 31 LDH 387 p 9T 112 lili 27

AFib 101/min. horizont as. GRS 0.09 geen ST ↓↑ direct 11

ECG: □ US (-) L 22.2 met link vrsch.

X-th: infiltraat (-) DC (-) iets groot hart. Clavicula# Rechts.

*C/79jr patiënt emt in Vg/CABG, maagresectie, Afib met nu sedert 3 wkn malaise, afval-
len, eetlust ↓, drinken ↓, plassen ↓, daarbij druppijn*

ROB en AM+ Levertest # + CRP ↑↑.

*nb. Bij herhaald kijken nr endocarditis sigmata zie ik toch in ore re wangzak puntbloed-
dinkjes.*

Probleemlijst:

① ANI DD - prerenaal → minder intake en antihypertensiva
- Renaal → hematurie
- postrenaal → hematurie

② CRP ↑ + algehele malaise
DD · uwi: US schoon
· pneumonie: onwsl
· cholanigitis/cholecystitis: levertest #
· bioprothese: s (-) endocardis ?

③ levertest #
- bij 2
- bij galsteenlijden
- bij maligniteit (gezien LDH)

B/ iom [achternaam verweerder, RTC]

- overname; opname naar B14
- 2 l infuus NaCl 0,9% med door; ezetrol TNO stop gezien (...)
- bloedkweken afnemen op B14. Lanoxin –no stop door cardio.
- bij koorts ook BK'en en overleg DD (zo nodig dan pipta 20 starten)
- hoogopgaand klyasma.
- echo lever 16 ook ter exclusie cholecystitis, bij geen cholecystitis
overwegen CT. Thorax/abd.

nb (stukje doorgehaald) (echocor + afspraak)"

*Na opname op de afdeling Interne geneeskunde heeft de verpleging patiënt op 31 juli
2013 aangetroffen met een doorgemaakt CVA. Patiënt is overgeplaatst naar de afdeling
neurocare.*

Op 11 augustus 2013 is patiënt overleden.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

*Klager verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat verweerder patiënt niet adequaat
heeft behandeld tijdens de opname dag. Er is door verweerder niet alert gereageerd
op de verschijnselen van uitdroging van patiënt terwijl dat een verhoogd risico opleverde
op het ontstaan van bloedstolsels in verband met boezemfibrilleren van patiënt. Patiënt
lag ter observatie wegens uitdroging in het ziekenhuis en kreeg een zeer zware beroerte.*

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij als supervisor gehandeld heeft binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening.

Verweerders betrokkenheid als supervisor is beperkt geweest. De arts-assistent H. heeft contract met hem opgenomen om de uitkomst van het uitgevoerde onderzoek te bespreken.

Verweerder stond achter het door de arts-assistent H. gestelde beleid. Verweerder is met zijn handelen binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening gebleven.

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

Verweerder was als supervisor van de arts-assistent betrokken bij de behandeling van patiënt op 30 juli 2013.

Patiënt was 79 jaar oud, had hypertensie, aanvalsgewijs atriumfibrilleren, een status na een coronaire bypass operatie en een implantatie van een biologische klepprothese in de mitraal positie. Patiënt had geweigerd om orale antistolling in te nemen en de risico's van deze beslissing geaccepteerd.

Naar aanleiding van het onderzoek van de PA cardiologie op 30 juli 2013 is patiënt overgedragen naar de afdeling Interne geneeskunde. Aldaar is patiënt onderzocht door arts-assistent H. hetgeen uitgebreid gedocumenteerd is. Tijdens de opname van patiënt was de kans op het ontwikkelen van een trombotisch event mogelijk iets verhoogd, door enige mate van dehydratie en een beeld van systemische inflammatie, getuige het verhoogde CRP, maar dat risico was absoluut gezien nog steeds erg klein. Niet gebleken is dat er op 30 juli 2013 voorboden waren voor een acuut optredende beroerte en tevens geen redenen om de chronische onderbehandeling ten aanzien van de vorming van arteriële thrombo-embolieën (als gevolg van de uitdrukkelijke wens van patiënt) acuut te corrigeren. Het eventueel starten van anticoagulantia zoals een NOAC geeft ook een (beperkt) verhoogd risico op bloedingen, zeker in de context van de nierinsufficiëntie van patiënt. Niet gebleken is van een zodanig verhoogd risico bij patiënt dat gebruik van anticoagulantia heroverwogen had moeten worden.

Verweerder is met het ingestelde beleid, dat in overleg met de arts-assistent tot stand is gekomen, gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening.

5.3

Gelet op het voorgaande is de klacht kennelijk ongegrond en dient als volgt te worden beslist."

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 Klager beoogt met zijn beroep zijn klacht in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege voor te leggen en concludeert tot gegrond verklaring van het beroep.

4.2 De internist heeft gemotiveerd verweer gevoerd. De internist verzoekt het Centraal Tuchtcollege primair klager niet-ontvankelijk te verklaren in zijn beroep, nu klager in zijn beroepschrift slechts een algemeen betoog voert met een herhaling van zijn standpunten. Klager heeft volgens de internist niet aangevoerd waarom het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege niet in stand kan blijven. Subsidiair verzoekt de internist het beroep te verwerpen.

4.3 Ten aanzien van de ontvankelijkheid is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat klager met zijn (aanvullend) beroepschrift de gronden waarop zijn beroep rust voldoende duidelijk heeft toegelicht.

4.4 De behandeling van de zaak in beroep heeft het Centraal Tuchtcollege voor het overige geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg, zodat het beroep moet worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. K.E. Mollema, voorzitter, mr. T.W.H.E. Schmitz en

mr. S.M. Evers, leden-juristen en dr. R. Heijligenberg en prof. dr. R.J.M. Klautz, leden-beroepsgenoten en mr. M. van Esveld, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 5 oktober 2017.

Voorzitter w.g. Secretaris w.g.