

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 152/2016

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 13 februari 2017 naar aanleiding van de op 24 juni 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a g e r

-tegen-

C, cardioloog, werkzaam te D,  
bijgestaan door mr. K. Mous, advocaat te Nijmegen,

v e r w e e r d e r

### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlage;
- het aanvullende klaagschrift met de bijlage;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het e-mailbericht van klager gedateerd 8 juni 2016;
- de brief met bijlagen binnengekomen op 28 oktober 2016.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid mondeling gehoord te worden in vooronderzoek.

Klager heeft tevens, in verband met het aan deze zaak ten grondslag liggende handelen, een klacht ingediend tegen internist E, zaaknummer 288/2015. Op die klacht zal bij afzonderlijke beslissing worden beslist.

## 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 F te D, hierna: het ziekenhuis. Patiënt onderging in 2006 een mitralisklepvervangingsoperatie en in 2012 werd atriumfibrilleren geconstateerd.

Op 27 februari 2013 heeft patiënt aangegeven de hem voorgeschreven orale antistolling te willen stoppen. In het dossier staat daarom 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. Verder was supervisor van de physician assistent G, hierna: de PA, die de intake en het onderzoek van patiënt 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 mitralisklepvervangingsoperatie (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 orase 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 dyspnoëklachten 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 opstipatie. 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 melena 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 an huisarts om evt screening OSAS poliklinisch echo cor Digoxine stop metoprolol 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 verweerder 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:

+ NF #  
Gaarne analyse ↑ CKP + constipa  
DD obv - Clavicula#  
- 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 + leucó's di

X-thorax

Medicatiegegevens (uitdraai uit Ziekenhuis informatiesysteem bijgevoegd):

Amlodipine 5mg 1x1

Fosinopril 20mg 2dd1

Ianoxine 0.125mg 1x1

> therapie ontro

metoprolol 50mg 2dd1

Asa 80mg 1x1

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.

Een kleine twee weken later is patiënt overleden.

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij niet alert gereageerd heeft op de verschijnselen van uitdroging van patiënt terwijl dat een verhoogd risico opleverde op het ontstaan van bloedstolsels in verband met boezemfibrilleren van patiënt die was gestopt met orale antistolling. Patiënt lag ter observatie wegens uitdroging in het ziekenhuis en kreeg een zeer zware beroerte. Verweerder heeft niet adequaat gehandeld bij de overdracht naar de afdeling interne geneeskunde.

### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij als supervisor van de PA betrokken is geweest bij de behandeling van patiënt. Verweerder voert aan dat bij het onderzoek op de eerste hart hulp sprake bleek van een nierfunctiestoornis, aanwijzingen voor een infectie en leverfunctiestoornissen. In overleg met de in consult geroepen internist werd een echo van de lever gemaakt. In overleg is besloten tot opname op de verpleegafdeling Interne geneeskunde. Het bestrijden van de dehydratie was effectiever en veiliger dan weer beginnen met orale antistolling. Verweerder voert aan dat hij met zijn handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening.

### 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 PA 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.

Het college is van oordeel, hoewel een persoonlijke beoordeling van verweerder beter ware geweest, dat verweerder heeft kunnen afgaan op de bevindingen van de PA, en gebleven is binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening.

Onderzoek door de PA is in veel centra een gebruikelijk wijze van organisatie van de zorg, waarbij in casu verweerder als supervisor optrad. De PA heeft patiënt goed onder-

zocht, voldoende gerapporteerd en terecht een consult bij de internist voorgesteld. Dit beleid kon derhalve door verweerder gevolgd worden.

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. Het beleid om een internist in consult te vragen en vervolgens over te dragen naar de afdeling Interne geneeskunde kan de tuchtrechtelijke toets doorstaan.

### 5.3

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

## 6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. A.L. Smit, voorzitter, dr. R. Brons en dr. J.W.B. de Groot, leden-artsen, in tegenwoordigheid van mr. J.W. Sijnstra-Meijer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 13 februari 2017 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 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.