

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2019.121

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2019.121 van:

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

C., cardioloog, werkzaam te D., verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. A.C.I.J. Hiddinga, verbonden aan DAS Rechtsbijstand te Amsterdam.

1. Verloop van de procedure

A. – hierna klager – heeft op 23 oktober 2018 bij het Regionaal Tuchtcollege te Den Haag tegen C. – hierna de cardioloog – een klacht ingediend. Bij beslissing van 16 april 2019, onder nummer 2018-274, heeft dat college de klacht afgewezen. Klager is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De cardioloog heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 21 november 2019, waar zijn verschenen klager, in persoon, en de cardioloog, in persoon en bijgestaan door mr. A.C.I.J. Hiddinga, voornoemd. Partijen hebben hun standpunten nader toegelicht.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

“ 2. *De feiten*

2.1 *Klager is de zoon van E. (hierna te noemen: patiënt of vader), geboren op 20 juni 1941. Patiënt was in het verleden bekend met een TIA en een CVA, vaatproblemen in de benen en COPD. Hij is in de nacht van dinsdag 15 mei 2018 op woensdag 16 mei 2018 omstreeks 02:00 uur in verband met pijnen op de borst en kortademigheid met de ambulance naar het F.-Ziekenhuis (hierna: het ziekenhuis) vervoerd. Er was sprake van een asthma cardiale, waarvoor hij werd opgenomen op de afdeling Coronary Care Unit (CCU). Patiënt werd behandeld middels non-invasieve beademing (BiPAP) en met intraveneuze diuretica. Er bleek géén sprake van een myocardinfarct met ST-elevatie op het ECG (STEMI), zodat werd afgezien van een spoedhartkatheterisatie met zo nodig percutane interventie. Wel bleek er later sprake, blijkens een geringe stijging van het troponine, van een beperkt myocardinfarct (een zogeheten non-STEMI); een andere verklaring voor het gestegen troponine was algeheel zuurstoftekort van het hart door het lage zuurstofgehalte in het bloed door de asthma cardiale en de hoge bloeddruk. Nadat patiënt opknapte werd hij overgeplaatst naar de verpleegafdeling. Uit echocardiografisch onderzoek bleek sprake te zijn van een slechte linker ventrikelfunctie.*

2.2 *In de ochtend van donderdag 17 mei 2018 en in de loop van de middag bleek de situatie van patiënt te verslechteren. Patiënt kreeg extra diuretica intraveneus en werd teruggeplaatst naar de CCU. Uit bloedonderzoek bleek dat het klinisch beeld het best paste bij een doorgemaakt hartinfarct, naast het hartfalen. De GRACE score was 179, er werd gestart met acuut coronair syndroom(ACS)-medicatie.*

2.3 Op vrijdag 18 mei 2018 kreeg patiënt wederom diuretica intraveneus wegens kortademigheidsklachten. De op die dag geplande hartkatheterisatie is vanwege de instabiele situatie van patiënt niet doorgegaan, temeer daar er inmiddels ook een longontsteking bestond waarvoor antibiotische behandeling werd ingesteld. Die dag had klager een gesprek met de zaalarts van de afdeling over de toestand van zijn vader en het mogelijke verloop van de behandeling. De behandeling, bestaande uit een onderzoek door middel van een coronair angiogram (hartkatheterisatie) en afhankelijk van de bevindingen hierbij een percutane coronaire interventie (PCI: opheffing van vernauwing in één of meer kransslagaderen, ook wel dotteren of stentbehandeling genoemd), werd aan klager en zijn vader toegelicht. Klager en zijn vader kregen verder te horen dat na het coronair angiogram een behandelplan zou worden opgesteld. Dan kon worden bepaald of een dotterbehandeling dan wel een operatie aan de kransslagaderen mogelijk was.

2.4 Op dinsdag 22 mei 2018 vond alsnog de hartkatheterisatie plaats. Hieruit bleek ernstig coronair lijden, te weten een 50% vernauwing van de hoofdstam en ernstige vernauwingen en afsluitingen van de andere coronairvaten.

De situatie van patiënt is in het cardiologisch overleg van donderdag 24 mei 2018 besproken. Tijdens deze bespreking is geoordeeld dat een chirurgische ingreep vanwege de bijkomende ziekteverschijnselen (comorbiditeit) niet aan te raden was. Een PCI (dotteren) werd wel mogelijk geacht, met het advies eerst aanvullend vitaliteitsonderzoek te verrichten door een MRI-scan van het hart om het nut van het dotteren van de afgesloten vaten te beoordelen, daar dit het risico op complicaties sterk zou verhogen. De uitkomst van dit overleg is een dag later door de zaalarts aan klager en zijn vader toegelicht.

2.5 Vanaf maandag 28 mei 2018 was verweerder superviserend cardioloog in het ziekenhuis. Verweerder heeft deze dag tijdens de grote visite patiënt bezocht en heeft de complexiteit en de aanstaande MRI-scan met patiënt besproken. Hierbij was geen familie aanwezig.

2.6 Op dinsdag 29 mei 2018 is de cardiale MRI gemaakt. De conclusie van de MRI was dat sprake was van een gedilateerde linker ventrikel met slechte functie, waarbij er wel vitaliteit van het hartweefsel aanwezig was. Besloten werd de PCI (dotteren) op korte termijn te verrichten, maar wel met extra mechanische ondersteuning van de hartfunctie. Op woensdag 30 mei 2018 heeft de zaalarts dit toegelicht aan klager en zijn vader. De patiënt werd aangemeld bij het secretariaat interventiecardiologie voor het plannen van de complexe PCI.

2.7 Op vrijdag 1 juni 2018 was patiënt nog niet gedotterd en hoorde klager van de verpleegkundige op de afdeling dat de dotterbehandeling was verplaatst. De supervisie van verweerder eindigde op deze dag.

2.8 Op zaterdag 2 juni 2018 overleed de vader van klager ten gevolge van een hartstilstand. Verweerder was deze dag niet werkzaam in het ziekenhuis. Op 9 juli 2018 heeft verweerder met de interventiecardioloog die na het weekend de PCI zou uitvoeren een nazorggesprek gevoerd met klager.

3. De klacht

Klager verwijt verweerder zakelijk weergegeven dat hij:

1. zijn vader onjuist heeft behandeld. Volgens klager is het ACS-protocol niet

juist gevolgd, ten gevolge waarvan er onnodige vertraging is ontstaan in de behandeling van zijn vader;

2. onjuiste informatie over de behandeling heeft verstrekt.

4. *Het standpunt van verweerder*

Verweerder heeft de klachten en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. *De beoordeling*

5.1 *Het College heeft er begrip voor dat het overlijden van de vader van klager, juist terwijl hij voor behandeling in het ziekenhuis verbleef, zeer aangrijpend is geweest voor klager en andere betrokkenen.*

5.2 *In deze procedure moet het College beoordelen of verweerder bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Daarbij wordt rekening gehouden met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klager klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen in de beroepsgroep ter zake op dat moment als norm was aanvaard. Dat betekent dat de wetenschap achteraf van het overlijden van de patiënt niet mag worden meegewogen. Het gaat bovendien om het persoonlijk handelen van verweerder.*

Onjuiste behandeling (klachtonderdeel 1)

5.3 *Dit gedeelte van de klacht komt erop neer dat de dotterbehandeling (PCI) ongeoorloofd te lang is uitgesteld. Volgens klager heeft in het hele behandeltraject vanaf de opname van zijn vader op sommige momenten ook wel geoorloofd uitstel plaatsgevonden, maar dat geldt niet voor de dotterbehandeling. Het ACS-protocol schrijft een spoedige en acute behandeling voor volgens een duidelijk tijdspad en dit tijdspad is niet gevolgd. Dat maakt het uitstel onacceptabel, aldus klager.*

Verweerder heeft betoogd dat het uitstel noodzakelijk was om ten eerste de longontsteking te laten genezen en ten tweede om de dotterbehandeling zorgvuldig en zo veilig mogelijk te kunnen uitvoeren.

De vraag die dus moet worden beantwoord is of het in de toestand van patiënt verantwoord was om te wachten met de ingreep en of dit uitstel onder de verantwoordelijkheid van verweerder valt. Het College oordeelt hierover als volgt.

5.4 *Het College stelt voorop dat vast staat dat verweerder pas vanaf maandag 28 mei 2018 was betrokken bij de behandeling van patiënt. Hij heeft vanaf die dag tot en met vrijdag 1 juni 2018 als de superviserend cardioloog opgetreden. Voor zover er al sprake zou zijn van een onjuiste behandeling in de periode vóór 28 mei 2018 of na 1 juni 2018 kan verweerder daarvoor dus niet verantwoordelijk worden gehouden.*

5.5 *Het is het College duidelijk geworden dat het voor klager en zijn familie moeilijk te begrijpen en te aanvaarden is dat, gelet op de ernstige vernauwing c.q. afsluiting van de kransslagaders bij zijn vader, de situatie niet als acuut is aangemerkt en dat er niet eerder is ingegrepen. Verweerder heeft daarover ter zitting nader toegelicht dat na de uitslag van de MRI de verdere behandeling zou worden bepaald. Toen bleek dat er nog vitaal weefsel aanwezig was en dotteren daarom zinvol zou zijn, moest de dotterbehandeling worden gepland. De verantwoordelijkheid voor het moment van de uitvoering van de dotterbehandeling, de uitvoering zelf en de voorwaarden waaronder dit plaatsvindt, ligt bij de interventiecardioloog, tenzij de situatie zo acuut is dat ten aanzien van het moment van uitvoering de superviserend cardioloog hierop invloed behoort uit te oefenen. Er was sprake van een complexe situatie. Hiervoor is het tijdspad uit het ACS-protocol niet geëigend, aldus verweerder. Gelet op de ernst van de vernauwing/afsluiting van de kransslagaders, die was gebleken uit de katheterisatie en de slechte functie van de linker ventrikel, zou sprake zijn van een complexe PCI. Deze moest plaatsvinden met behulp van een ballonpomp ter ondersteuning van de linker ventrikel. De dotterbehandeling zou plaatsvinden aan de enige nog open, maar evenzeer vernauwde ader. Daarom was sprake van een behandeling met een hoog risico, die bij*

voorkeur door de meest ervaren interventie-cardioloog zou moeten plaatsvinden, geassisteerd door een andere interventie-cardioloog. De interventiespecialist met de meeste ervaring was op donderdag 31 mei 2018 niet beschikbaar. Op de vrijdag erna was die interventie-cardioloog wel beschikbaar, maar de tweede interventie-cardioloog niet. De toestand van patiënt was stabiel en daarom werd het verantwoord geacht te wachten met de ingreep tot beide interventiecardiologen aanwezig waren, dat wil zeggen tot na het weekend, waarbij de maandag mogelijk geen gunstige dag zou zijn in verband met het feit dat in het ziekenhuis die dag cardiologische spoedgevallen zouden moeten worden behandeld. De PCI zou derhalve na het weekend plaatsvinden, meest waarschijnlijk op dinsdag 5 juni 2018, aldus verweerder.

5.6 Het College overweegt dat deze uitleg van verweerder bevestiging vindt in het medische dossier. Uit het dossier blijkt voldoende dat de toestand van klager in de dagen voor zijn overlijden stabiel was. Hij had geen pijn, leek af en toe wel wat benauwd en kortademig, maar gaf zelf geen klachten aan. Ook at en dronk de patiënt en kwam hij geregeld uit bed. Vanuit de verpleging waren er aan verweerder geen aanwijzingen kenbaar gemaakt dat klager in die periode achteruitging en daarvoor zijn in het medisch noch verpleegkundig dossier ook geen signalen te vinden.

Het College volgt verweerder dan ook in zijn afweging dat op dat moment geen sprake was van een levensbedreigende situatie, maar van een verpleegsituatie waarin patiënt wachtte op de dotterbehandeling. De situatie van patiënt was wel urgent, maar niet acuut, zodat het niet noodzakelijk was dat verweerder aan het interventieteam – dat zelf de planning van zijn werkzaamheden doet – kenbaar zou maken dat de dotterbehandeling nog vóór het weekend zou moeten plaatsvinden. De slechte gezondheidstoestand van de patiënt, die aan een aantal ernstige aandoeningen leed, bracht enerzijds de noodzaak van relatief snel handelen mee, maar evenzeer van zorgvuldigheid. Gelet op het hoge risico van de ingreep in verband met de toestand van de vaten van de patiënt was de beslissing om de interventie door twee interventie-cardiologen te laten verrichten begrijpelijk en gepast. Verweerder heeft dus een adequate afweging gemaakt tussen snelheid en zorgvuldigheid en had de nare afloop niet kunnen of behoeven te voorzien. Het College heeft oog voor de frustratie bij klager en de overige familieleden dat hun vader/echtgenoot niet eerder is geholpen. Verweerder heeft in dit opzicht echter niet tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld.

Het verstrekken van onjuiste informatie (klachtonderdeel 2)

5.7 Klager heeft ter zitting uiteengezet dat het tweede klachtonderdeel, de informatievoorziening, ziet op een drietal onderdelen:

- a) het aan klager en zijn vader voorhouden van een te rooskleurig verhaal bij aanvang van de behandeling en gedurende de behandeling,
- b) het toesturen van een onvolledig dossier, en
- c) het vertellen van tegenstrijdigheden in het gesprek in het kader van de nazorg.

Onderdeel 2a

5.8 Het College overweegt dat verweerder voor de informatie en voorlichting die vóór 28 mei 2018 door anderen dan verweerder is verstrekt, niet verantwoordelijk kan worden gehouden. Vast staat dat verweerder toen nog niet bij het behandeltraject van patiënt betrokken was.

5.9 Onder de verantwoordelijkheid van verweerder is de MRI-scan gemaakt. De uitslag hiervan en het vervolg van de behandeling is een dag later, na het cardiologisch overleg, door de arts-assistent met patiënt en zijn familie besproken. Tijdens dit gesprek zou volgens klager zijn gezegd dat de dotterbehandeling zou plaatsvinden binnen 48 uur en dat deze behandeling al zou zijn ingepland.

Verweerder heeft aangevoerd dat het binnen het ziekenhuis gebruikelijk is dat de arts-assistent deze gesprekken voert en dat er geen twijfel over was of is dat de desbetreffende arts-assistent over voldoende kennis en training beschikt(e) om dergelijke gesprekken te voeren.

Het College overweegt dat vast staat dat verweerder bij het bedoelde gesprek zelf niet aanwezig is geweest. Verder is niet gebleken dat de betreffende arts-assistent in het algemeen niet voldoende competent was om een dergelijk gesprek met de familie van de patiënt te voeren. Voor zover in het betreffende gesprek al onjuiste informatie zou zijn verstrekt, kan dit daarom niet aan verweerder, ook niet in zijn rol van supervisor, worden verweten.

Onderdeel 2b

5.10 Met betrekking tot de verstrekking van het dossier heeft verweerder aangevoerd dat hij aan degenen die verantwoordelijk zijn voor de afhandeling/ verwerking van een verzoek om een medisch dossier te kennen heeft gegeven dat hij er geen bezwaar tegen had dat klager het medische dossier van zijn vader zou ontvangen. De betreffende afdeling verzorgde de verdere afhandeling van het versturen van het dossier.

Ook ten aanzien van dit klachtonderdeel overweegt het College dat aan verweerder geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt, omdat hij niet persoonlijk bij de feitelijke verstrekking van het patiëntendossiers betrokken is geweest.

Onderdeel 2c

5.11 Bij onderdeel c) is verweerder wel betrokken geweest. Verweerder nam samen met de interventie-arts, de arts die de PCI bij patiënt zou uitvoeren, deel aan het nazorggesprek. Naar de mening van klager zijn er tijdens dit gesprek tegenstrijdigheden genoemd. Verweerder stelt dat hij juist een correcte en volledige uitleg heeft willen geven. Uit hetgeen klager over de inhoud van het gesprek in het klaagschrift heeft geschreven, kan het College niet afleiden dat daarin door verweerder onjuiste informatie is verstrekt. Klager is er, zo blijkt uit zijn weergave van het gesprek, in het gesprek vanuit gegaan dat het ACS-protocol had moeten worden nageleefd en dat er acuut een dotterbehandeling had moeten plaatsvinden. Hiervóór is overwogen dat dit uitgangspunt niet juist is en dat er, mede gezien de op dat moment niet-acute situatie van de patiënt, gegronde redenen waren om de beschikbaarheid van de twee interventie-cardiologen na het weekend af te wachten. Daarom kan ook dit klachtonderdeel niet slagen.

5.12 De conclusie is dat verweerder met betrekking tot de klacht geen verwijt zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg kan worden gemaakt. De klacht zal dan ook als ongegrond worden afgewezen.”

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 de zaak in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege voor te leggen en concludeert tot gegrondverklaring van het beroep.

4.2 De cardioloog voert hiertegen gemotiveerd verweer en concludeert tot verwerping van het beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege heeft kennis genomen van de inhoud van de in eerste aanleg door klager geformuleerde klacht en het daarover in eerste aanleg door partijen gevoerde debat. Het door het Regionaal Tuchtcollege gevormde zaaksdossier is aan het Centraal Tuchtcollege gestuurd.

4.4 In beroep is het debat door partijen schriftelijk nog een keer gevoerd, waarbij door ieder van hen standpunten zijn ingenomen naar aanleiding van de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten en de door dat college gegeven beschouwingen en beslissingen. Tijdens de mondelinge behandeling op 21 november 2019 is dit debat voortgezet.

4.5 De behandeling van de zaak in beroep heeft geen ander licht op de zaak geworpen. Het Centraal Tuchtcollege kan zich verenigen met de overwegingen en het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege en neemt deze overwegingen en dit oordeel integraal over. Daarbij overweegt het Centraal Tuchtcollege dat het, gelet op de complexiteit van de hartaandoening, de uitgebreide comorbiditeit en het feit dat patiënt in de laatste week voor het overlijden stabiel was, verdedigbaar was om te wachten met de dotterbehandeling tot beide interventie-cardiologen aanwezig waren. De kans op een succesvolle dotterbehandeling is ook groter wanneer de patiënt gedurende enige tijd stabiel is. Uit het medisch dossier blijkt voorts niet dat de gezondheidstoestand van patiënt in de periode voor het overlijden was verslechterd.

4.6 Dit betekent dat het beroep wordt verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep

Deze beslissing is gegeven door: E.J. van Sandick, voorzitter; W.P.C.M. Bruinsma en H. de Hek, leden-juristen en E.M. Koomen en B.J.M. Mulder, leden-beroepsgenoten en

E.D. Boer, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 12 december 2019.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.