

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 156/2018

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 18 januari 2019 naar aanleiding van de op 29 mei 2018 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

E, cardio-thoracaal chirurg, werkzaam te M,
bijgestaan door N en O te M,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- een ingekomen brief d.d. 3 september 2018 van de gemachtigden van verweerder;
- een ingekomen brief met bijlagen van klaagster d.d. 29 september 2018;
- een ingekomen brief met bijlage van klaagster d.d. 12 oktober 2018;
- een drietal ingekomen e-mailberichten d.d. 23 en 26 november 2018 met door het college opgevraagde stukken van de gemachtigden van verweerder.

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 30 november 2018, alwaar zijn verschenen klaagster en verweerder, bijgestaan door zijn gemachtigden.

Klaagster heeft in totaal in verband met het onderliggende feitencomplex tegen zeven cardiologen en drie cardio-thoracaal chirurgen tuchtklachten ingediend bekend onder zaaknummers 154/2018 tot en met 163/2018. Op alle klachten wordt bij afzonderlijke beslissing van dezelfde datum uitspraak gedaan.

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, geboren in 1961, is vanaf 2007 in het P (hierna: het ziekenhuis) onder controle gekomen in verband met een matige mitralisklepstenose en -insufficiëntie. In 2011 en 2013 was echografisch sprake van een matige mitralisklep-insufficiëntie en milde -stenose. In de voorgeschiedenis is verder opgetekend in juni 2013 PAF, herstel sinusritme na ECV en juli 2013 PAF, spontane conversie naar sinusritme en atriumfibrilleren met snelle ventrikelrespons en ST-depressies bij luchtweginfectie. Daarnaast was sprake van maligne hypertensie en nierinsufficiëntie op basis van een nierarteriestenose waarvoor in 2005 een PTA en voorts een mammacarcinoom (2013). Klaagster gebruikt als medicatie onder meer Tamoxifen en Fenprocoumon.

Van 2 tot en met 5 april 2015 werd klaagster opgenomen in verband met atriumfibrilleren met snelle volgrespons waarvoor een niet succesvolle electrocardioversie plaatsvond en tevens koorts zonder een bekend(e) focus en verwekker. Gestart werd met propa-nolol.

Op 17 april 2015 werd met een echo vastgesteld dat sprake was van gecombineerd mitralisklepvitium, nl. ernstige mitralisklepinsufficiëntie met matig ernstige stenose.

Op 11 mei 2015 heeft cardioloog Q een voortgangsrapportage geschreven inhoudende, voor zover thans van belang:

“Reden van opname: Snel AF wb linkszijdige dec cordis bij bekend gecombíneerd mitraalkleplijden

Anamnese:

Gaat goed, loopt veel rond, zelfstandig.

Conclusie

53-jarige vrouw met ernstige MI en matige-ernstige mitralisklep stenose wv PM klepvervangíng

CAG: RCA en LCA geen afwijkingen. mean gradient over MV is 14mmHg. Er is verhoogde PA druk (mean 30)

L. Verminderde inspanningstolerantie bij kleplijden en AF met snelle volgrespons; secundair aan 2.?

2. Koortspielen eci dd endocarditis dd bij jicht dd pulmonaal dd UWI dd abdomínaal, geen wondjes

3. Chronische nierinsufficiëntie, MDRD 35, bij status na maligne hypertensie.

4. Dunne def meest waarschijnlijk bij antibiotica

Beleid

I.o.m. L

Wordt gepland voor mitraalklepvervangíng

Vandaag TEE -> geen aanw endocarditis

Flucloxacillin continueren, ip tot OK-> daarna afhankelijk van wel of geen endocarditis bij kleponderzoek.

- indien geen aanw voor endocarditis: volgens protocol vanavond start AB

- indien wel, dan opnieuw periode tellen vanaf operatie

Besproken in hartteam:

- Inplannen voor klepvervanging (wss volgende week)

- Wss ook ring tricuspedalis ivm TI

- Patiente wil graag bioklep ivm liever geen hogere dosering antistolling (bang voor intracerebrale bloeding)

- Opererend chirurg zal nog langs lopen bij patiente

- AB continueren

Opname

- Gezien nu klinisch goed, alleen wat subfebriele temp en laag CRp overweging nu geen PET maken,

werkd Diagnose endocarditis blijft staan en zo ook behandelen."

In aanloop tot de operatie werd de fenprocoumon gestaakt en omgezet naar kortwerkende antistollingsmedicatie, nadroparine (fraxiparine, hierna: fraxiparine).

Op vrijdag 15 mei 2015 omstreeks 14.30 uur heeft cardiaal thoracaal chirurg in opleiding G in een 'OK pre-op notitie' opgetekend dat klager niet aanwezig was op de afdeling, maar weg was voor een longfunctie.

ANIOS cardio-thoracale chirurgie R heeft op zondag 17 mei 2015 het navolgende opgetekend naar aanleiding van het preoperatief gesprek behandelend chirurg:

"Gepplande operatie: MECHANISCHE MITRALISKLEPPROTHESE!!!! dit uitgebreid besproken met de patiënt, tav antistolling. tevens tricuspidalklepplastiek, pvi en resectie hartoor.

Risico's zijn besproken:

Nabloeding, hartinfarct, CVA/TIA

Nierschade: risico dialyse

Wonden

Ritmestoornissen

Delier postoperatief

Beloop op IC en verpleegafdeling

Verhoogd risico dor: Nfstoornissen,

Accoord: Alle risico's zijn besproken"

Op 18 mei 2015 werd de orale antistolling gecontroleerd. De INR waarde was 1,4.

Op maandagochtend 18 mei 2015 heeft G onder supervisie van E klager geopereerd. De indicatie was: *"gecombineerd klepvitium met verdenking endocarditismitralisklep, TI en pAF."*

De mitralisklep werd vervangen door een Carbomedics standard mitral valve, mechanische klep.

G heeft na de operatie de familie ingelicht over het verloop van de operatie. Klager verbleef na de operatie op de intensive care. E heeft klager bezocht na de operatie toen zij nog niet aanspreekbaar was.

Op 19 mei 2015 werd klager overgeplaatst vanaf de intensive care naar de verpleegafdeling cardiothoracale chirurgie en maakte arts S navolgende aantekening:

"A/ voelt zich goed.

O/ ziet er klinisch goed uit.

HD stabiel zonder ondersteuning. Adequate diurese. Warme rechter hand, lauwe linker hand, frisse voeten (warmer dan normaal).

Normale cortonen met ejectiegeruisje 1/VI en drainwrijven.

Beiderzijds ademgeruis zonder bijgeluiden.

Lab/ kreatinine stabiel 135. Troponine 1760.

ECG/ SR.

X-tx/ geen bijzonderheden.

C/ dag 1 na MVR, TVP, PVI, linker hartoorresectie.

Ongecompliceerd.

B/ overleg terugplaatsing cardio + tele.”

In het voortgangsverslag opgemaakt door cardio-thoracaal chirurg T op 20 mei 2015 (9:08 uur) is opgetekend:

“Aanwezig: H, T, U

Dag postoperatief: 2 Dagen post operatief

Anamnese:

Gaat goed, geen bijzonderheden

Controles:

Hartfrequentie 64 sl/min Regelmatig, RR 140/70 mmHg, SpO2: 99%, Temperatuur 38,4°C en Gewicht 63,6 kg.

(...)

Beleid:

Mobiliseren.

Overleg mmb ikv ab beleid”

In het voortgangsverslag van 20 mei 2015 (13:36 uur) is door cardioloog V opgeschreven dat uit het ECG atriumfibrilleren bleek met AV-nodaal escape ritme (smal complex) +/- 50-60/min. De laagste hartfrequentie was 50/min.

De pacemakerdraden ‘in situ’ laten is opgetekend.

Uit een verpleegkundig verslag van 23 mei 2015 (17:58 uur) blijkt, voor zover thans van belang, het navolgende:

“(...)

Wacht af over beleid rondom AB en AV-geleiding, mw zegt mogelijk een pm te krijgen.”

Van 23 mei tot 3 juni 2015 werd klaagster heropgenomen op de verpleegafdeling cardiologie in verband met hartgeleidingsstoornissen (passagère totaal AV-blok), die beter op de afdeling cardiologie zouden kunnen worden gemonitord en zo nodig ondervangen met een definitieve pacemaker. Op 28 mei 2015 bleek uit een echocardiogram:

“status na mitralisklepmechanoprothese en tricuspidaklepplastiek, met goede functie.

Goede linker en rechter ventrikelfunctie.” Uit de fietsergometrietest bleek: *“25% frequentie toename bij slechte belastbaarheid (50%) en gebruik bètablokkers. Frequente PVC's.”*

Cardioloog D voerde op 29 mei 2015 een familiegesprek met klaagster en haar echtgenoot. D tekende daarvan het navolgende op:

“Patiënte (en echtgenoot) maakt zich zorgen, dat ze wellicht naar huis wordt ontslagen met onbegrepen koorts. Heb uitgelegd, dat dit niet zal gebeuren en dat niet verdwijnen van de koorts na stoppen van de flucloxaciline (drug-induced fever) ze zal worden overgenoem door de infectiologie ter

analyse van de febris eci. Dit is ook besproken met de infectiologie en de beslissing hieromtrent valt midden volgende week. De beslissing omtrent pacemakerimplantatie zal dan ook worden genomen.

Verder is gesproken met haar oncoloog, die vanmiddag langs zal komen om te oordelen over wel of niet stoppen van tamoxifen tijdelijk en ook om uit te leggen, dat de kans op tumorkoorts minimaal tot nihil is. De oncoloog zal betrokken blijven.

Klaagster is op 3 juni 2015 opgenomen op de afdeling interne geneeskunde (hierna: AIG) voor analyse van onbegrepen aanhoudende koortspieken. Internist in opleiding W heeft over het beloop van de situatie van klaagster op 3 juni 2015, voor zover thans van belang, opgetekend:

“28-04-2015 opname

18-05-2015 mitralisklepvervangng

25-05-2015 koortspieken, externe pacemaker bij AV geleidingsstoornissen

28-05-2015 echo cor: goede functie nieuwe klep. Goede LVF en RVF

02-06-2015 externe pacemakerdraden verwijderd”

Op 5 juni 2015 maakte internist in opleiding W navolgende aantekening, voor zover thans van belang:

“Anamnese/ Uitslag CT-scan besproken. Patiente wil graag dat alle losse eindjes opgelost zijn (pacemaker nog niet geplaatst, koorts niet opgelost). Wil wel met weekendverlog, maar liever maandag terug als beleid nog niet bekend is. Als beleid vandaag bekend dan wel ontslag.

Conclusie/

- 1. Koorts eci DD Dressler, carcinoid, drug fever lijkt nu zeer onwaarschijnlijk*
- 2. 18-05 mitralisklepvervangng en tricuspidalisplastiek. Postoperatie goede functie klep, goede LVF en RVF.*
- 3. AV geleidngsstoornissen wv tijdelijk externe pacemaker gehad. PM plaatsing pacemaker door cardiologie; wordt nog besproken. Nu antistolling middels fraxiparine.*
- 4. Chronische nierfunctiestoornis bij hypertensie tgv nierarteriestenose. Nu op pre-existent niveau*

Beleid iom AI/

-Start naproxen 500mg 2ddL

-Zondag controle kreatinine

-Patiente mag wel met weekendverlof

- Overleg cardio over pacemakerplaatsing en ontslag --> moet nog besproken worden, geen bezwaar

tegen verlof

-Thuis wel temp monitoren 3dd en noteren”

In de specialistenbrief van de AIG d.d. 8 juni 2015 staat, voor zover thans van belang: *“Postoperatief was er sprake van een junctioneel hartritme, waarvoor patiënte mogelijk nog een pacemaker krijgt. Dit beleid wordt in de ritmebespreking van de cardiologie bepaald, zij zullen nadien contact opnemen met patiente om het vervolg te bepalen. Tot die tijd zal zij therapeutische antistolling middels nadroparine gebruiken, in plaats van fenprocoumon.”*

In de voortgangsrapportage van internist in opleiding W van 8 juni 2015 is, voor zover thans van belang, opgetekend:

“Ontslag na overleg cardioloog --> vanmiddag bespreking ritmeteam. Akkoord ontslag. Nemen na bespreking zelf contact op met patient.”

Klaagster is op 8 juni 2015 ontslagen van de AIG. Als medicatie kreeg zij (onder meer) 90 spuitjes fraxiparine mee naar huis.

Op 8 juni 2015 is in het bespreekformulier device implantatie naar aanleiding van de bespreking van klaagster in het ritmeteam opgetekend, voor zover thans van belang:

“- 18-5-15 MVR CM

- PAF

- koortspieken

*ECG: Afib met eigen voortgeleiding
Betablokker gestopt*

V6: MS

=> Ontslag vanaf interne

=> Policonrole inclusief holte van te voren”

Het vakje conservatief is aangekruist.

Cardioloog in opleiding K heeft het besluit om geen pacemaker te plaatsen aan de zaalarts van de AIG doorgegeven. Op moment van dit telefonisch contact was klaagster al ontslagen van de AIG, hetgeen K niet bekend was.

In de specialistenbrief d.d. 8 juni 2015 van arts-assistent X en cardioloog D werd, voor zover thans relevant, opgenomen:

“Bespreking: patiënte werd op 18 mei geopereerd. Zij kreeg een mitralis mechanoklep, tricuspidalisplastiek en een pulmonaal venen isolatie. Post-operatief was er atriumfibrilleren met een nodaal escape ritme van ongeveer 60 slagen per minuut. Na op de Intensive Care en cardio-thoracale chirurgie afdeling te hebben gelegen werd zij op 23 mei overgeplaatst naar de verpleegafdeling van de cardiologie. Bij het uitblijven van positieve kweken van de mitralisklep werd de flucloxacilline gestopt. Voor analyse van de koorts werd patiënte op 3 juni overgenomen door de afdeling infectieziekten. Patiënte werd in het ritmeteam besproken vanwege versneld junctioneel ritme en zal poliklinisch worden teruggezien met een Holteronderzoek, waarna in principe zij in aanmerking komt voor een rate-response pacemaker, aangezien ze bij de fietsergometrie onvoldoende verhoging liet zien van de hartfrequentie.

Medicatie bij ontslag: alfacalcidol capsule 3x per week 0,25 mcg oraal op dinsdag, donderdag en zaterdag calciumcarbonaat kauwtablet (500mg Ca) 1x per dag om 07 uur 1,25 g oraal, propranolol tablet 3x per dag om 07-15-22 uur 80 mg oraal, nadroparine 9500ie/ml injectie 2x per dag om 08-20 uur 5.700IE onder de huid, naproxen 2x per dag om 07-17 uur 500 mg oraal, omeprazol tablet 1x per dag om 07 uur 40 mg oraal.”

In verband met klachten van toenemende benauwdheid zocht klaagster, dan wel haar huisarts op 23 juni, 25 juni, 26 juni en 27 juni 2015 telefonisch contact met de Eerste Hart Hulp van het ziekenhuis. Klaagster beschikte over een free call card.

Op 23 juni 2015 om 22.30 uur meldde klaagster zich met toenemende kortademigheid vanaf die middag bij de huisartsenpost in B nadat zij het ziekenhuis al had gebeld. De dienstdoende huisarts had overleg met de afdeling cardiologie van het ziekenhuis. Er was geen duidelijke diagnose. Geprobeerd werd met furosemide verbetering te verkrijgen. Indien er geen verbetering kwam, kon de volgende dag beoordeling in het ziekenhuis plaatsvinden. Klaagster kreeg eenmaal daags 1 tablet furosemide 40 mg.

Op 26 juni 2015 had cardioloog C vanaf 22.30 uur dienst. Klaagster heeft rond middernacht met hem telefonisch contact gehad. Klaagster meldde geleidelijk progressieve benauwdheid/kortademigheid. C heeft haar gezegd dat het niet het eerste free call card contact was en dat de free call card niet bedoeld was voor een dagelijks consult en sprak klaagster aan op haar belgedrag. Medisch inhoudelijk gaf hij klaagster het advies om naar de huisartsenpost te gaan voor een beoordeling, of met een ambulance naar een ziekenhuis te gaan voor een beoordeling door een arts.

Op 27 juni 2015 om 6.30 uur meldde klaagster zich bij de huisartsenpost te B. Er werd een urgentie U1 (levensbedreigend) geclassificeerd en de dienstdoende huisarts bezocht klaagster thuis.

Via free call card van klaagster heeft de huisarts overleg gevoerd met de dienstdoende cardioloog in M. De maandag daarna stond een controle in het ziekenhuis gepland. Besloten werd de reguliere controle af te wachten. De furosemide werd opgehoogd naar tweemaal daags 40 mg. Indien dit niet effectief zou zijn kon klaagster in de loop van de middag voor een acute beoordeling bellen met het ziekenhuis.

Later op de dag werd klaagster gezien op de Eerste Hart Hulp in verband met dyspnoe. In de door internist in opleiding Y opgemaakte notitie SEH-arts van 27 juni 2015 staat bij 'Lichamelijk onderzoek':

"niet zieke vrouw. Bloeddruk 115/80mmHg, pols 108sl/min regulair en aequaal, saturatie 97% zonder zuurstof, temperatuur 38,4°C. CVD niet verhoogd. Normale cortonen, geen souffles, goede clicks. Pulmones: vesiculair ademgeruis beiderzijds zonder bijgeluiden. Abdomen: geen souffles, normale peristaltiek, wisselend tympanie, soepel, lever en milt niet palpabel. Extremiteten: beiderzijds symmetrische pulsaties, geen oedeem, soepele kuiten."

en bij het kopje 'Beleid':

"i.o.m. I

- Leukocytendifferentiatie
- Bloedkweken afgenomen, heeft 23/7 afspraak staan bij Z, infectioloog
- Hoteronderzoek is reeds verricht, uitslag volgt.
- Nu rate control nastreven (mede gezien gebruik nadroparine 2dd en niet controle anti 10A spiegel, daarbij geringe kans op goed resultaat bij fors gedilateerd linker atrium):
- Start fenprocoumon, aangemeld bij trombosedienst.
- Krachtig evt. hypertensie behandelen, pols vertragen, evt. overleg bij goede INR 3-4 voor toch nogmaals cardioversie.
- Geen diuretica.
- Digoxine 0.5 mg- 0.25 – 0.25 mg i.v. voor vertragen, geen onderhoudsdosering, à 1 uur
- Cedocard 3dd 20 mg (preload verlagen), bewust geen diuretica gezien eerder hypонатриemie bij HCT, gebruik van naproxen en teruglopende nierfunctie
- Switch metoprolol naar propranolol, 160 mg propranolol retard
- Bij aanvallen van boezemfibrilleren verapamil 80 mg kortwekkend"

Op 27 juni 2015 werd orale antistolling gecontroleerd. De uitslag van de INR was 1,0. In de specialistenbrief d.d. 28 juni 2015 van internist in opleiding Y en cardioloog I is opgenomen, voor zover thans van belang:

Conclusie: *het betreft een 53-jarige patiënt met recent meerdere opnames i.v.m. koorts voor mitralisklepvervanging, zonder focus, mitralisklepvervanging met mechnoprothese, tricuspidalisklepplastiek en pulmonaal vene ablatie i.v.m. atriumfibrilleren.*

Postoperatief versneld junctioneel ritme en opnieuw koorts zonder focus, differentiaal-diagnostisch Dressler syndroom waarvoor naproxen met nu:

- 1. Atriumfibrilleren met snelle ventriculaire volgreactie met hierbij klachten van dyspneu, verminderde inspanningstolerantie en duizeligheid, onvoldoende effect van metoprolol 100mg 1dd.*
- 2. Geen orale antistolling bij mechano-kunstklep, effect nadroparine niet systematisch vervolgd.*
- 3. Eerder i.v.m. verdenking op decompensatio cordis, furosemide gehad, echter nu oplopende creatinine, krampen in benen. Geen tekenen van hartfalen bij onderzoek, heldere klepkliks. Op X-thorax geen aanwijzingen voor overvulling. Stop furosemide.*
- 4. Subfebriele temperatuur zonder infectieus focus, leukocytose, geen verhoogde infectieparameters. Bloedkweken zijn afgenomen, leukocytdifferentiatie volgt.*

Beleid:

- 1. Patiënte werd gedigitaliseerd op de EHH, waarbij de hartfrequentie daalde tot 90/min en zij zich reeds beter voelde en minder dyspnoeisch.*
- 2. Geen cardioversie, maar rate-control, mede gezien gebruik nadroparine en onbekend anti-Xa spiegel en geringe kans op slagen van cardioversie bij forse gedilateerde atria. Stop metoprolol. Start propranolol retard 160 mg (mede op verzoek patiënte-in kader mammaca.) Voor aanvallen van versneld kamervolgen kreeg patiënt zo nodig verapamil 80 mg kortwerkend mee.*
- 3. Furosemide werd gestopt, gezien kramp en creatinine. Nu als preloadreductie (bij fors gedilateerde atria) cedocard 3dd 20 mg.*
- 4. Poliklinische vervolgspraak bij Z infectioloog staat op 23-07-2015 gepland.*
- 5. Poliklinische vervolgspraak bij cardioloog staat op 30-06-2015 gepland.*
- 6. Fenprocoumon werd hervat, streefINR 3-4. Nadroparine stop bij 2x therapeutische INR."*

Klaagster werd op 29 juni 2015 gezien door cardioloog in opleiding K voor de geplande controle. K liet een hartecho maken die zij telefonisch besprak met cardioloog F die op dat moment zelf poliklinisch spreekuur had. F heeft de echo toen niet gezien.

Navolgende aantekening werd, voor zover thans van belang, gemaakt:

"Echocardiogram: Goede systolische LV en RV functie. Goede functie MKK. Matige Aol. Geschatte PA druk systolisch >70 mmHg.

Conclusie: Dyspnoe bij PHT ivm verhoogde LA drukken.

Beleid: i.o.m. F

naproxen stop

Stop cedocard

propranolol verlagen naar 1 dd 80 mg

furosemide 1 dd mg om de dag

spironolacton 1dd 12,5 mg

Revalidatie

Controle 1 week met NF tevoren"

Later die middag zouden K en F de echo samen bekijken. K heeft voordien tijdens de bespreking van patiënten op de afdeling intensive care op haar initiatief met cardioloog J de hartecho bekeken. J heeft de eerder door K geconstateerde afwijkende bevinding niet geïdentificeerd als een lekkage van de aortaklep (Aol) maar als moeizame bloedstroom door de mitraliskunstklep. Toen K, cardioloog AA en F later op de dag de hartecho van

klaagster nogmaals bekeken is afgesproken dat klaagster de volgende dag, 30 juni 2015, opgenomen zou worden op de verpleegafdeling cardiologie.

Op 29 juni 2015 heeft K een voortgangsverslag opgemaakt inhoudende:

“Echo opnieuw bekeken met F en AA.

Lijkt toch sterk op een probleem met de mitraliskunstklep, trombose? Aortaklep is goed.

Conclusie: klinische verslechtering, meest waarschijnlijk op basis van dysfunctie mitraliskunstklep met hoge geschatte pulmonaaldrukken.

Beleid: iom F:

- opname C4 (14.00u)

- 3D TEE (15.00u)

- evt doorlichten op cathkamer”

Klaagster werd van 30 juni 2015 tot 22 juli 2015 opgenomen in het ziekenhuis op de afdeling cardiologie.

Uit de specialistenbrief van 27 juli 2015 van arts-assistent AB en cardioloog D blijkt, voor zover thans van belang:

“ Thuismedicatie:

(...)

nadroparine 9500ie/ml injectie 2xdd 5.700IE s.c.

(...)

Anamnese: *na ontslag is het vrij goed gegaan thuis. Sinds afgelopen zondag snel dyspnoïsch, met name bij platliggen maar ook bij inspanning. Onrustig gevoel op de borst. Geen thoracale, drukkende pijn. Rondom operatiewond echter nog wel wat pijnlijk. Op bloeddrukmeter snel hartritme gezien tot 120/min. Tevens snel duizelig, vaak bij inspanning, maar ook in rust, geen wegraking. In overleg met huisarts gestart met metoprolol 50mg, later opgehoogd naar 100 mg in overleg met Eerste Hart Hulp alhier. Tevens vanaf maandag furosemide 40 mg gehad en vannacht in verband met toename van klachten eenmaal 80 mg met initieel goed effect. Voelt zich niet goed. Gewicht was deze week ook 3 kilogram toegenomen. Geen perifere oedemen.*

Moet nog t/m volgend week vrijdag naproxen gebruiken bij verdenking op Dresler syndroom post-operatief. Thuis rectaal geen koorts gemeten, alhier echter wel weer 38.4° Celsius. Geen koude rillingen gehad, wel zweetaanvallen, maar gebruikt ook tamoxifen en herkent dit hier ook van. Vannacht last gehad van krampen in de benen.

(...)

Elektrocardiogram: *atriumfibrilleren 65-150/min (...)*

(...)

Echocardiografie d.d. 29-06-2015: *turbulente flow over mitraliskunstklep richting linker ventrikel outflowtraject, verdacht voor mitralisklepstenose. Pulmonale hypertensie is waarschijnlijk. Advies: TEE en doorlichting mitralisklep in verband met verdenking kleptrombose.*

Transoesofageale echocardiografie d.d. 30-06-2015: *Mitraliskunstklep met vrijwel stilstaand posterieur klepdeurtje en mild verminderde opening van anterieure klepdeurtje. Gradiënt over de klep sterk verhoogd. Goede functie tricuspidalisklep na plastiek. Milde insufficiëntie. Linker hartoor met open flow.*

Doorlichting d.d. 30-06-2015: *er gaat maar 1 leaflet open. Hoge verdenking mitraliskunstkleptrombose.”*

De bevindingen van slokdarmecho en de doorlichting van de mitralisklepprothese zijn direct besproken in het hartteam in aanwezigheid van een cardio-thoracaal chirurg, een interventiecardioloog en een klinisch cardioloog.

In het voortgangsverslag van 30 juni 2015 opgemaakt door cardioloog F staat navolgende opgetekend:

“TEE: aanwijzingen voor thrombose mitraliskunstklep, 1 klepdeur staat stil (posterior), andere opent verminderd. Daarbij hoge gradiënt over de klep (mean 28 mmHg) en pulmonale hypertensie.

Fluoroscopie: bevestigt beeld op de echo.

Besproken in Hartteam met AC/AD/D

Chirurgie op dit moment onaantrekkelijk (6 weken na eerste OK, klepthrombose)

Andere opties:

- thrombolysie (verhoogde kans op ischemisch CVA 6-10% en bloeding CVA 1)*
- intensieve antithrombotische therapie.*

In overleg met I en D gekozen voor intensieve antithrombotische therapie met heparine iv, acetylsalicylzuur 240 mg en continueren van fenprocoumon.

Op HCK reeds 5000 EH heparine iv gegeven.

Dagelijks lab controle INR, hemocytometrie en APTT volgens schema.”

Het voortgangsverslag van cardioloog AE van 2 juli 2015 vermeldt:

“Reden van opname: MV mechano met trombose

Anamnese:

Erg benauwd, vannacht langzaam aan erger geworden. Vanmorgen extra per os extra lasix gehad.

Patient: uitleg is nu duidelijk over wat het klepprobleem. Is in de nachten enorm benauwd, had dat thuis ook al maar is nu niet goed uit te houden.

(...)

Conclusie:

53-jarige vrouw, opgenomen met MechanoMVR trombose, actueel:

Toename decompensatie met forward en backwardfailure en secundair belangrijke pulmonale hypertensie.

Beleid:

I.o.m. F:

- 2x 40 mg lasix iv*
- echo vandaag*
- spironolacton 1x25mg*
- morgen KNUK en INR*
- streefbalans: -500 tot -1000cc*

Herbeoordeling in de middag:

Niet opgeknapt van lasix, voelt zich niet goed – is benauwd, koud, misselijk.

RR 134/97 mmhg; pols 105 sl/min; AHfreq 25/min

Perifeer: koud en gemarmerd

Echo: lv lijkt ondervuld, rv gedilateerd bij ernstig verhoogde drukken, mean PG mitralis bij freq100/min ong 25 mmHg; RVSP 65 + RA druk

Gas: lactaat 3.2; PH 7,3; pCO2 6.2; O2 saturatie 16%(!)

X-thorax: pleuravocht beiderzijds, forse longvaatovervulling met redistributie.

(...)

iom F/AF:

- propranolol wel geven*
- geen furosemide meer geven*

- nuchter houden
- wordt besproken met chirurgen – insteek vandaag OK

E, F:

- voors en tegens OK vs thrombolysie uitgelegd inclusief risico inschatting
- keuze uiteindelijk: OK (pte begrijpt risico's)"

Klaagster is op 2 juli 2015 met spoed geopereerd. Uit het door cardio-thoracaal chirurg E opgemaakte operatieverslag van 3 juli 2015 blijkt, voor zover thans van belang, het navolgende:

“ Operatie indicatie: re-operatie MVR, wegens kleptrombose.

Pte in haemodyn zeer slechte situatie.

NYHA: Klasse IV: kortademigheid in rust.

CCS IV: ja (lichamelijke activiteit niet mogelijk zonder klachten; AP kan in rust aanwezig zijn)

Voor risicostratificatie (EUROSCORE):

Nitro intraveneus bij binnenkomst op OK: **nee**

Reanimatie, ventrikelfibrilleren, beademing, inotropica, IABP, anuria of oliguria <10ml/uur bij binnenkomst op OK: **ja**

Preoperatieve bijzonderheden: sinds 10 dagen conditioneel slechter, sinds 2 dagen opname CCU: antistolling.

(...)

Perioperatieve bevindingen en aandachtspunten: pte in shock bij aanvang OK, continu bolus noradr.

(...)

De ventrikel functie is: goed. RV functie slecht!

Na heparinisatie aansluiten patient op de ECC:

Arterieel: aorta ascendens

Veneus: VCS-VCI afzonderlijk, aanvankelijk single canule via hartoor, om snel aan perfusie te raken.

Venting: via aortic root

(...)

Beschrijving van de klep(pen) pathologie:

Mitralis: kleptrombose, beide klepbladen nauwelijks-tot niet mobiel!

Weaning:

Ritme: SR

Ondersteuning: milrinone, dobu, noradr.

ECG: gb

Hemodynamiek: krap stabiel”

Het anesthesieverslag van 2 juli 2015 vermeldt over de situatie van patiënte:

“Patiënt kwam gecentraliseerd, gestuwd en zeer benauwd naar de OK, perifere saturaties nergens meetbaar. Na inleiding massale dosering noradrenaline, dobutamine en adrenaline nodig om een marginale circulatie tot aan de perfusie te waarborgen.”

Bij het tijdstip van 19:24 uur staat in de lijst vitale gegevens per minuut aangetekend:

“direct na inleiding massale noradrenaline en adrenaline bolus nodig gehad om een marginale tensie te behouden: chemische reanimatie.”

Uit de specialistenbrief van arts-assistent AE en cardioloog F gedateerd 8 juli 2015 aan de huisarts van klaagster blijkt, voor zover thans van belang:

“Bespreking:

Gezien het tijdsbeloop waarin deze klepdysfunctie is ontstaan, in combinatie met inadequate anti-stolling (behandeling met laag-moleculaire heparine zonder controle van de anti-Xa activiteit), was er vrijwel zeker sprake van mitraliskleptrombose. In het Multidisciplinair overleg werd besproken dat zowel thrombolysen als operatief verwijderen van het thrombus nu een verhoogd risico op embolisatie zouden geven en re-operatie een hoog peroperatief risico met zich zou meebrengen. Er werd daarom besloten eerst te starten met een conservatieve benadering met uitbreiding van de anti-coagulantia (heparine intraveneus, fenprocoumon en acetylsalicylzuur). Patiënte ging klinisch achteruit met forward- en backwardfailure, waarvoor uiteindelijk een spoed re-operatie werd verricht.”

Uit de specialistenbrief van 27 juli 2015 van arts-assistent AB en cardioloog D blijkt, voor zover thans van belang:

“Operatieverslag d.d. 02-07-2015: *Re-operatie MVR, wegens klep trombose: Carbo-medics 29 mechanoprothese. 3 drains, SR, 2x pm lead RV. N.B. Uitgenomen klep overgroeid, beide klepbladen nauwelijks tot niet mobiel.*

Echocardiografie d.d. 16-07-2015: *de linker ventrikel is niet gedilateerd. De wanddiktes zijn normaal. Geen regionale wandbewegingsstoornissen. Globaal redelijk tot goede functie. Ejectiefractie biplane 55%. De rechter ventrikel is niet gedilateerd, de wanddiktes zijn normaal. Matig tot redelijke functie met meer radiale contracties. Midlaterale strain ca. 6%. Sterk gedilateerde linker boezem. Linker atrium volume 59 ml/m². Normaal rechter atrium. De aortaklep is tricuspidale met slanke klepslippen en goede opening geen insufficiëntie. Mechanische mitralisklepprothese. MVA 3,2 cm² mbv de PHT methode. Mean gradiënt 3,4 mmHg. Spoor insufficiëntie. Normale pulmonalisklep, milde insufficiëntie. Asymmetrisch PW signaal in rechter ventrikel outflowtraject. Geen W-patroon. Plastiek van de tricuspidaalisklep, met goede opening van de klep. Spoor insufficiëntie. Vena cava inferior niet verwijd en collabeert voldoende. Geen aanwijzingen voor pulmonale hypertensie.*

Conclusie: redelijk tot goede systolische linker kamerfunctie. Matig tot redelijke rechterkamerfunctie. Status na MVR met goede functie zonder stenose of insufficiëntie. Status na tricuspidaalisklepplastiek met goede functie.

Bespreking: *het betreft een 53-jarige vrouw bekend met chronisch atriumfibrilleren en goede functie van de linker en rechter ventrikels. Patiënte werd op 18 mei j.l. geopereerd waarbij onder andere de mitralisklep werd vervangen door een mechano-klepprothese in verband met ernstige mitralisklepinsufficiëntie en matig-ernstige mitralisklepstenose. Zij werd in goede conditie op 3 juni ontslagen. Patiënte presenteerde zich op 27-06-2015 met klachten welke bleken te berusten op een trombose van de mechanoklep. In retrospect verklaard door langdurig fraxiparine-gebruik zonder controle van antiXa-spiegel en daarna inadequate instelling op vitamine K antagonisten bij moeizaam te bereiken INR onder acenocoumarol waarvoor late switch naar fenprocoumon.*

Patiënte werd op 2 juli geopereerd waarbij een re-mitralisklepvervanging plaatsvond. Postoperatief is er een moeizaam beloop op de intensive care met het beeld van cardiogene shock door vooral rechter ventrikel falen en later pneumonie. Patiënte herstelt hiervan uiteindelijk en wordt op 13-07-2015 opgenomen op de afdeling Cardiologie. Medicatie wordt geoptimaliseerd en revalidatie wordt geïnitieerd. Controle echocardiografie toont een goede functie van de Carbo-medics mitraliskunstklep. Patiënte zal hartrevalidatie volgen in haar eigen regio. INR controleert zij zelf en afgesproken werd dat zij bij vragen laagdrempeling contact met ons (F, L of D) mag opnemen. Poliklinische controle werd gepland. NB: met betrekking tot het gebruik van antistolling en trombocy-

tenaggregatieremmers werd het volgende besloten: volgens Europese en Amerikaanse richtlijnen dient bij patiënten met moderne mitralismechanoklepprothese INR nagestreefd te worden van tussen 2.5-3.5; acetylsalicylzuur wordt geadviseerd hieraan toe te voegen, bij INR<2.0 nadroparine spuiten in thuissituatie.

Medicatie bij ontslag:

- acetylsalicylzuur dispertablet, 80mg, 1xdd
- alfacalcidol capsul, 0,25mcg, 3xp/week
- calciumcarbonaat kauwtabletten (500mg Ca), 1,25g, 1xdd
- fenprocoumon tablet, Neem 1x per dag om 17 uur
- lisinopril tablet, 2,5mg, 1xdd
- metoprololsuccinaat tablet MGA (SELOKEEN), 100 mg, 1xdd
- nadroparine 9500ie/ml wwsp, 3.800 IE, subcutaan, zn1xdd
- pantoprazol tablet, 40mg, 1xdd
- tamoxifen (NOLVADEX) tablet, 20 mg, 1xdd”

Klaagster werd op 21 juli 2015 ontslagen uit het ziekenhuis.

In de stukken bevindt zich een door cardioloog D en cardio-thoracaal chirurg E opgestelde brief van 3 mei 2016 naar aanleiding van een calamiteitenbespreking waarin antwoord gegeven wordt op het door klaagster opgetekende verslag van 21 mei 2015 en de daarin gestelde vragen.

Van de onderhavige casus is geen (calamiteiten)melding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

In februari 2018 schreef cardioloog AG de huisarts van klaagster dat in verband met atriumfibrilleren het zinvol leek om het sinusritme met een ECV te herstellen en de medicatie te wijzigen. Op 14 juni 2018 werd klaagster opgenomen in het AH en werd een elektrische cardioversie verricht waarbij een sinusritme werd verkregen.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij:

1. geen dan wel een inadequaatsollingsbeleid heeft gevoerd;
2. geen regie heeft gevoerd over haar behandeling;
3. als hoofdbehandelaar er onvoldoende op heeft toegezien dat in alle fasen van het behandelingstraject voldoende dossiervorming plaatsvond;
4. voorafgaand aan de operatie onvoldoende informatie heeft verstrekt over de behandeling waardoor klaagster geen weloverwogen keuze heeft kunnen maken voor een mechanische of een biologische hartklep;
5. na de operatie klaagster onvoldoende heeft geïnformeerd over het afwijken van het antistollingsprotocol en niet aan het bed van klaagster is langs geweest.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij als hoofdbehandelaar en supervisor slechts bij de operaties van klaagster betrokken was op 18 mei en 2 juli 2015. Hij kan niet verantwoordelijk worden gehouden voor het gestelde inadequate antistollingsbeleid, het wel of niet plaatsen van een pacemaker, de dossiervorming hierover en het houden van onvoldoende regie. In het operatieverslag en het anesthesieverslag van de tweede operatie is alle informatie opgenomen die noodzakelijk was voor een goede hulpverlening

aan klaagster en verweerder valt hierover niet een tuchtrechtelijk verwijt te maken. Wegens omstandigheden was het voor verweerder niet mogelijk klaagster zelf vooraf over de operatie van 18 mei 2015 te informeren en heeft dit overgelaten aan de aios die de operatie onder supervisie van verweerder zou verrichten. Verweerder is op de Intensive Care wel aan het bed van klaagster geweest maar zij was toen nog niet aanspreekbaar.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college ziet aanleiding enkele algemene overwegingen te wijden aan de onderliggende casus. De rode draad van de zaak en de klachten is het niet juist toegepaste antistollingsbeleid en de onvoldoende monitoring ervan. Verder is een knelpunt de verantwoordelijkheidstoedeling in de verschillende fasen van de behandeling en het hoofdbehandelaarschap in de zorg rond klaagster.

De in het ziekenhuis werkende jurist heeft ter zitting opgemerkt dat, indien het ziekenhuis als organisatie verantwoording had moeten afleggen tegenover het tuchtcollege, de conclusie zou zijn dat de behandeling op onderdelen beter had gekund en voor wat betreft het antistollingsbeleid de afdelingen na ontslag van klaagster op 8 juni 2015 beter hadden moeten handelen.

Het college onderschrijft dit. Het peri-operatieve antistollingsbeleid heeft overeenkomstig de geldende standaarden (richtlijn Nederlandse Vereniging voor Cardiologie Antitrombotisch beleid 2015 en ziekenhuisprotocol perioperatieve antistolling bij hartchirurgie, 2015) plaatsgevonden. De predisposities van klaagster noopten niet tot afwijking van dat beleid in de aanloop naar en na afloop van de operatie op 18 mei 2015. De fraxiparine is vervolgens als overbruggingsmedicatie gecontinueerd in afwachting van enerzijds de beslissing over het plaatsen van een pacemaker en anderzijds de mogelijke complicaties bij aanhoudende koorts.

Klaagster is vervolgens op 8 juni 2015 ontslagen van de afdeling Algemene Interne Geneeskunde (AIG). Op het moment van ontslag had het ritmeteam nog geen beslissing genomen over het al dan niet plaatsen van een pacemaker. Omdat de communicatie tussen de afdelingen Cardiologie en AIG op die dag niet goed is verlopen, wist de consulent Cardiologie, betrokken bij het ritmeteam, niet dat klaagster al was ontslagen en naar huis was gegaan met 90 spuitjes fraxiparine. Ook de communicatie met klaagster over het besluit van het ritmeteam geen pacemaker te plaatsen is in het gedrang gekomen. Deze miscommunicatie en gebrek aan goede verantwoordelijkheidsverdeling over de afdelingen, die wat betreft de afdeling Cardiologie nodig was omdat over klaagster nog een vervolgbeslissing moest worden genomen en klaagster in afwachting daarvan overbruggingsmedicatie kreeg, heeft een belangrijk aandeel in het beloop. Door die miscommunicatie is onvoldoende onderkend dat klaagster naar huis was met antistollingsmedicatie die na het besluit van het ritmeteam niet meer nodig was en dat zij weer op orale antistollingsmiddelen kon overgaan. Voor klaagster is onduidelijk gebleven wie haar hoofdbehandela(a)r(en) waren bij ontslag en wie verantwoordelijk was voor de antistollingsmedicatie.

5.2

In het tuchtrecht gaat het echter over de persoonlijke verantwoordelijkheid van de individuele beroepsbeoefenaar waarbij het tuchtcollege uitsluitend oordeelt over de door een klager voorgelegde klachtonderdelen. Daarbij geldt als uitgangspunt 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.

5.3

Verweerder is betrokken geweest bij de operaties van 18 mei 2015 (als supervisor) en 2 juli 2015 (als operateur). Hij was op die dagen de hoofdbehandelaar van klaagster. Voor de behandeling van klaagster op het terrein van de cardiologie, de intensive care en interne is verweerder niet verantwoordelijk te achten, dus ook niet voor het gevoerde antistollingsbeleid en de dossiervoering daaromtrent. De operatie door verweerder op 2 juli 2015 is naar tevredenheid verlopen. Het college zal de beoordeling beperken tot de klachtonderdelen 4 en 5 voor zover gericht op het handelen van verweerder rond de operatie op 18 mei 2015.

5.4

Naar het oordeel van het college is verweerder verantwoordelijk voor de perioperatieve communicatie en de regie daarover. Klaagster zou op maandagochtend 18 mei 2015, als eerste, geopereerd worden. Zoals verweerder ter zitting heeft toegelicht, was hij wegens privéomstandigheden vanaf vrijdag 15 mei tot en met zondagavond 17 mei 2015 vrij en ook niet in de gelegenheid om naar het ziekenhuis te komen. Hij heeft aan G, destijds cardio-thoracaal chirurg in opleiding in haar zesde jaar, het voorgesprek opgedragen. Zij zou ook de operateur zijn. Gelet op de fase van haar opleiding, oordeelt het college dat verweerder deze handelingen aan haar kon opdragen. G heeft op haar beurt het voorgesprek, ook wel WGBO-gesprek genoemd, overgedragen aan een arts-assistent niet in opleiding. Op zondagavond heeft verweerder de aantekeningen van dat gesprek geraadpleegd. Op basis van die gegevens kon verweerder ervan uitgaan dat klaagster voldoende was voorgelicht en informed consent voor de operatie had gegeven, al acht het college de gang van zaken ongelukkig. Het klachtonderdeel faalt.

5.5

Verweerder heeft klaagster vlak voor de operatie, toen zij nog aanspreekbaar was, kort gezien. Het college hecht aan persoonlijk contact voorafgaand aan de operatie van een patiënt en verweerder heeft daaraan in zoverre voldaan, al was hij niet de feitelijke operateur maar de supervisor. Naar zijn zeggen heeft die supervisie bij klaagster eruit bestaan dat hij zeer nauwlettend de operatie heeft geassisteerd. Ook op dit onderdeel slaagt het klachtonderdeel niet.

5.6

Na de operatie is verweerder nog bij het bed geweest van klaagster, maar zij was toen nog op de afdeling IC en niet aanspreekbaar. Het college hecht eraan dat de operateur na de operatie zelf de patiënt informeert over het verloop van de operatie. Onvoldoende is dat de patiënt daar zelf om kan vragen bij de visite lopende cardio-thoracaal chirurg. Nu verweerder niet zelf de operatie op 18 mei 2015 heeft uitgevoerd en wel aan het bed is geweest van klaagster, treft verweerder geen tuchtrechtelijk verwijt.

5.7

De conclusie is dat de klacht op alle onderdelen ongegrond is.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan door F. van der Maden, voorzitter, Th.C.M. Willemse, lid-jurist, G.J.M. Akkersdijk en A.C.P. Maas en W.J.P. van Boven, leden- beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van J.W. Sijnstra-Meijer en G.E. Bart, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 18 januari 2019 door A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van 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.