

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2022/5101

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
ZWOLLE

Beslissing van 10 juli 2023 op de klacht van:

A,
wonende in B,
klager,
tegen
F, cardio-thoracaal chirurg,
destijds werkzaam in D,
verweerder, hierna ook: de chirurg,
gemachtigde: mr. D. Zwartjens, advocaat te Leiden.

1. De zaak in het kort

1. De klacht gaat over de behandeling van E, echtgenote van klager (hierna: patiënte). Patiënte stond vanwege cardiale problematiek onder controle van een cardioloog. De lichamelijke conditie van patiënte verslechterde in de loop van 2017. Bij een controle eind januari 2018 bleek een operatie noodzakelijk. Patiënte werd hiervoor aangemeld en verbleef in afwachting van de operatie thuis. Na een voorbereidende hartkatheterisatie werd patiënte besproken in het hartteam waar ook de chirurg deel van was. Bij die bespreking werd geconcludeerd tot aortaklepvervanging, mitralisklepplastiek en eventueel tricuspidalisklepplastiek. Hierbij werd urgentiecode 3 aangehouden, wat inhield dat patiënte de operatie thuis zou afwachten. In de periode hierna is de conditie van patiënte (verder) verslechterd. Zij werd in verband hiermee in het ziekenhuis opgenomen, waar zij overleed.

2. Klager verwijt de chirurg dat hij niet heeft aangedrongen op een spoedige operatie.

3. Het college komt tot het oordeel dat met alleen een papieren evaluatie van de patiënt op dat moment niet het advies kon worden gegeven dat de operatie thuis kon worden afgewacht. De klacht is gegrond en er wordt een waarschuwing opgelegd. Hierna licht het college dat toe.

2. De procedure

2. Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

2. De partijen hebben de gelegenheid gekregen om onder leiding van een secretaris van het college met elkaar in gesprek te gaan (mondeling vooronderzoek). Daarvan hebben zij geen gebruik gemaakt.

3. De zaak is behandeld op de openbare zitting van 2 juni 2023. Partijen zijn verschenen. De chirurg is bijgestaan door zijn gemachtigde. Partijen hebben hun

standpunten mondeling toegelicht. Op dezelfde zitting zijn nog vijf (samenhangende) klachten van klager tegen andere zorgverleners behandeld. Deze klachten zijn geregistreerd onder zaaknummers Z2022/4941 en Z2022/5102 tot en met 5105. In alle zaken wordt gelijktijdig uitspraak gedaan.

3. De feiten

3.1 Patiënte, geboren in 1952 en overleden in 2018, had een afwijkende (bicuspide) aortaklep (BAV). Ook had zij een aortastenose en een aortaklepstenose. Zij werd jaarlijks gecontroleerd door een cardioloog. In het voorjaar van 2017 verslechterde haar conditie en was zij onder meer benauwd. Vanaf oktober 2017 gebruikte zij dagelijks furosemide. Op 22 januari 2018 werd een echo gemaakt en patiënte werd op 29 januari 2018 gezien door haar behandelend cardioloog. Deze concludeerde dat (inmiddels) sprake was van een symptomatische BAV met ernstige stenose, versterkt door paroxismaal atriumfibrilleren en ernstige mitralisklepinsufficiëntie en afgenomen systolische linkerventrikelfunctie. Ook waren er echografisch aanwijzingen voor sterk verhoogde rechtsdrukken. Met patiënte werd besproken dat een klepvervangende ingreep onvermijdelijk was en ze werd met voorrang aangemeld voor een coronairangiografie met invasieve rechtsdrukmeting.

3.2 Op 7 februari 2018 vond de geplande coronairangiografie plaats. De conclusie na deze procedure was (citaten uit het medisch dossier zijn overgenomen inclusief eventuele type- en taalfouten):

3. *Symptomatisch ernstige aortaklepstenose bij bicuspide aortaklep en een matige linkerventrikelfunctie.*

4. *Ernstige mitralisklepinsufficiëntie.*

6. *Geen significant coronairlijden.*

9. *Pulmonale hypertensie type 2 (bij linkszijdig kleplijden).*

3.3 Patiënte werd op 8 februari 2018 gezien door een longarts voor een preoperatieve pulmonale evaluatie. Deze concludeerde na anamnese, lichamelijk onderzoek, beeldvormende diagnostiek en een longfunctieonderzoek, dat er geen bezwaar was tegen een hartklepoperatie.

3.4 Patiënte werd op 8 februari 2018 besproken in het hartteam in aanwezigheid van de chirurg en een cardioloog. Als beleid werd geconcludeerd tot: aortaklepveranging, mitralisklepplastiek en eventueel tricuspidalisklepplastiek. Hierbij werd de urgentiecode 3 aangehouden (wachttijd poliklinisch).

Van de bespreking werd onder meer genoteerd:

“Bespreking:

160cm x 65kg

Echo: Bicuspide aortaklep, pulmonale hypertensie type 2 (PAPs 63), matige linkerventrikelfunctie. Aortaklepstenose piekgradiënt 95mmHg, Vmax 5m/sec. Matige aortaklepinsufficiëntie. Matig tot ernstig mitralisklepinsufficiëntie op basis van restrictie PMVL en annulusdilatatie. Tricuspidalisklepinsufficiëntie niet goed te kwantificeren, mogelijk matige tricuspidalisklepinsufficiëntie.

CAG: Geen bijzonderheden.

Conclusie: AVR, MVP, eventueel TVP.

Conclusie

Operatie, AVR, MVP, eventueel TVP

Actie door Thoraxchirurgie

Urgentie

3 (wachttijd poliklinisch)

Vorbereiding

*Patiënte krijgt een uitnodiging voor de preoperatieve poli van 19-02-2018.

*Patiënte krijgt een uitnodiging voor de PREDOCS poli van 15-02-2018.

Opmerkingen

* 08-02-18: Echtgenoot belt, pte gaat snel achteruit, graag zsm OK.

* Spiro is reeds gedaan, longarts heeft geen bezwaar tegen OK.

[...]"

3.5 Van de PREDOCS-poli op 15 februari werd genoteerd:

"15/02 PREDOCS poll

66jarige pat gepland voor AVR,MVP en evt TVP,

Progressieve dyspnoe klachten. Urgentie van OK zichtbaar en besproken, Mw kan geen afstanden meer lopen, verslechtering per dag. L op de hoogte gebracht

- Mw is gespannen/last van zenuwen. Gebruikt nog geen oxazepam, aan dit via HA vragen.

[...]

- 7 kg afgevallen bij verminderde eetlust Advies gegeven mbt eiwitverrijkte voeding.

[...]

- Mw haar zorgen omtrent longen (benauwdheid/last van slijm/hoesten) besproken.

Gebruikt zelf pufjes [...]."

3.6 Op 19 februari 2018 werd patiënte gezien door een anesthesioloog voor een preoperatief consult. De conditie van patiënte was "zeer matig". ASAT en ALAT bleken fors verhoogd met een pro-BNP > 5000 en er was een toename van dyspneu en moeheid.

De anesthesioloog nam direct contact op met een (andere) thoraxchirurg die patiënte direct aansluitend zag. Besloten werd patiënte voor recompensatie ter voorbereiding op de operatie op te nemen op de Eerste Hart Long Hulp (EHLH). Na beoordeling op de EHLH werd patiënte overgeplaatst naar de verpleegafdeling cardiologie.

3.7 Bij de opname dezelfde dag werd uitgegaan van hartfalen bij ernstige aortaklepstenose en daarnaast verhoogde leverenzymen DD backward failure CAVE metastasen (patiënte had een maligniteit in de voorgeschiedenis). Als beleid werd bepaald:

"Beleid

Op 20 februari 2018 was er nog geen toegenomen diurese en werd een bolus furosemide 80mg IV gegeven. In de dagen erna werd doorgedaan met furosemide en nam de diurese toe. De nierfunctie bleef slecht en de leverwaarden verbeterden.

Op 24 februari 2018 verslechterde de toestand van patiënte. Ze had een lage bloeddruk, een hoge hartfrequentie en haar ademhalingsfrequentie (28 per minuut) was te hoog. Ze was misselijk en moest overgegeven. De assistent in opleiding cardiologie noteerde:

"Iom [naam superviserend cardioloog]: (heeft pt gezien) Dyspnoe lijkt met name verklaard door atriumfibrilleren met snel volgen (LAB nog niet bekend) Beleid: - opladen amiodaron, stop digoxine. – Metoprolol naar 2 dd 25 mg afbouwen ivm hypotensie Addendum: Na beoordeling ABG en X-thorax (zonder evident infiltraat of overvullingsbeeld) lijkt er sprake van een metabole acidose. ANION gap is 26- DD bij metformine en nu sterk verslechterde Nfx. Beleid iom [superviserend cardioloog]: - stop metformine en kaliumsuppletie- stop furosemideperfusor- stop betablokker- Overname CCU voor HD ondersteuning (noradrenaline) – interne ICC"

Patiënte werd overgeplaatst naar de hartbewakingsafdeling. Daar verslechterde haar toestand verder en overleed zij nog dezelfde avond. Van de opname op de hartbewaking werd genoteerd:

“Op de CCU echogeleid CVL in v. jugularis dextra ingebracht. Ongecompliceerde procedure met bij X-thorax controle goede positie. In de loop van de middag dalende bloeddrukken Lasix gestaakt en nor gestart. Perifeer zeer koud. Matig gecirculeerd. Gedurende de middag meer nor behoefte. Arteriële niet geslaagd ondanks diverse pogingen. Met bloeddrukband goed te meten bloeddrukken. Vanwege de doorgesloten kalium werd de kalium suppletie gestaakt. Op het ECG geen afwijkingen passend bij hyperkaliemie. Vanwege anurie ondanks ophogen van de noradrenaline fluidchallenge van 200 cc in 20 min. Om 21.30 uur asystolie op basis van hypoxemie waarop start reanimatie. Iom met [naam superviserend cardioloog] ondanks geen ECG kenmerken van hyperkaliemie, calcium en bicarbonaat iv Overleg met [naam verweerder]: geen operatieve mogelijkheden ook niet met ECMO te overbruggen gezien de preexistent slechte uitgangssituatie en te verwachten multiorgaanfalen ondanks een spoedoperatie. Ook een spoedingreep eerder vanavond zou een te verwachten zeer slechte uitkomst geven en was niet zinvol geweest. [naam verweerder] overlegt met [naam intensivist]. Geen mogelijkheden voor interventie. Na overleg met [naam superviserend cardioloog] de reanimatie gestaakt. Patiënt is overleden om 22.05 uur. Familie gesproken.”

4. De klacht en de reactie van de chirurg

4. Klager verwijt de chirurg dat hij niet slagvaardig en daadkrachtig heeft gehandeld. De chirurg had moeten aandringen op een operatie op korte termijn.

5. De chirurg heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren. De chirurg is op 8 februari 2018 betrokken geweest als lid van het hartteam waarbij patiënte niet klinisch werd beoordeeld. De op dat moment beschikbare gegevens gaven geen aanleiding voor een andere urgentiecode dan de door het hartteam bepaalde urgentiecode 3. Vanwege de ernst van de stenose en het overige kleplijden is door de chirurg wel geprobeerd patiënte sneller dan gebruikelijk op de PREDPCS-poli en het preoperatieve spreekuur te krijgen. Dat is gelukt namelijk op 15 en 19 februari 2018.

3. Het college gaat hieronder verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

5.1 Het college hecht eraan op te merken dat de behandeling van patiënte een dramatische wending heeft genomen, nadat zij al gedurende vele jaren onder behandeling stond. Klager verzoekt in de op de zitting van 2 juni 2023 behandelde samenhangende zaken het college om een oordeel over een aantal klachten jegens (een aantal van de) artsen, die in de periode van 8 tot en met 24 februari 2018 bij de behandeling van patiënte waren betrokken. Ondanks dat patiënte is gezien door verschillende artsen, heeft dat er niet toe geleid dat zij (tijdig) kon worden geopereerd en is zij uiteindelijk overleden. Het college begrijpt goed dat dit voor klager als echtgenoot van patiënte onverteerbaar is. Het college ontkomt er echter niet aan om de door klager ingediende klachten individueel per arts tegen wie de klachten zich richten te behandelen, waarbij per arts moet worden beoordeeld of die gebleven is binnen zijn professionele kunde en zich heeft gedragen overeenkomstig de norm die voor hem geldt. De vraag is dus of de chirurg de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende cardio-thoracaal chirurg. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden.

Hierbij geldt dus het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen.

5.2 Het verwijt richt zich op het handelen van de chirurg als deelnemer aan de bespreking van het hartteam op 8 februari 2018. Dergelijke besprekingen waren 'papieren' besprekingen. Beleid werd geadviseerd op basis van de beschikbare gegevens en zonder de patiënt zelf te zien. Bij een dergelijke beoordeling zullen (en mogen) de aanwezigen normaal gesproken uitgaan van de juistheid van de eerder genoteerde bevindingen van de collega's die de patiënt wel hebben gezien. In dit geval beschikte het hartteam over de resultaten van de hartkatheterisatie, uitkomsten van laboratoriumonderzoek van 22 en 29 januari 2018, echo-onderzoek van 22 januari 2018 en de bevindingen van de behandelend cardioloog van 29 januari 2018.

5.3 Op basis van de beschikbare gegevens was duidelijk dat de conditie van patiënte in het jaar daarvoor achteruit was gegaan. Zij gebruikte vanaf oktober 2017 ook dagelijks furosemide. De echo van 22 januari 2018 en de hartkatheterisatie lieten verhoogde rechtsdrukken zien. Bij de echo werd de systolische pulmonalisdruk geschat op (52 +15) 67 mmHG. Het bij labonderzoek op 22 en 29 januari 2018 gemeten pro BNP was 6520pg/ml respectievelijk 5880 pg/ml. Van de opname ten behoeve van de hartkatheterisatie werd genoteerd dat patiënte op dat moment geen cardiale klachten had en dat zij dezelfde dag naar huis kon.

5.4 De klinische toestand van patiënte (geen cardiale klachten en zij kon dezelfde dag naar huis) wees er niet op dat op het moment van de hartkatheterisatie (al) sprake was van een decompensatie door hartfalen. Daar staat tegenover dat de uitkomsten van labonderzoek, hartkatheterisatie en echo, met name de verhoogde druk in het hart en het gemeten (zeer) verhoogde BNP, wél de conclusie rechtvaardigden dat patiënte aan het decompenseren was. Er was dus een duidelijke discrepantie aanwezig tussen de (naar het zich liet aanzien minder ernstige) klinische conditie van patiënte en de overige bevindingen.

5.5 Onder deze omstandigheden had de chirurg als deskundig deelnemer aan het hartteam moeten onderkennen dat met alleen een papieren evaluatie van de patiënte op dat moment niet het advies kon worden gegeven dat de operatie thuis kon worden afgewacht. Gelet op de overige bevindingen was er namelijk een reëel risico dat de beschreven klinische toestand van patiënte niet overeenkwam met de werkelijkheid en dat wel degelijk (inmiddels) sprake was van decompensatie bij een symptomatische aortaklepstenose. In dat geval zou (verdergaande) decompensatie van de patiënte de kans op complicaties bij de operatie verhogen of zelfs een operatie onmogelijk kunnen maken. Het inschatten van de risico's bij operatie lag mede op het expertiseterrein van de (cardio-thoracaal) chirurg. Het versneld (laten) plannen van patiënte voor de preoperatieve consulten op 15 en 19 februari 2018, kwam onvoldoende tegemoet aan de mogelijkheid dat inmiddels toch sprake was van decompensatie. In dat geval zou namelijk het risico op een snelle achteruitgang reëel zijn. De chirurg had als deskundig lid van het hartteam in plaats daarvan moeten adviseren patiënte klinisch te laten optimaliseren of een consult bij haar behandelend cardioloog op korte termijn moeten adviseren om de patiënt (opnieuw) te kunnen beoordelen en nader beleid te bepalen.

Slotsom

5.6 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat de klacht gegrond is.

Maatregel

5.7 Het college zal een maatregel opleggen. De chirurg had alerter moeten zijn op de mogelijkheid dat een definitief advies voor urgentiecode 3 in dit geval niet op basis

van een papieren beoordeling kon worden gegeven. Het college vindt een waarschuwing passend als zakelijke terechtwijzing die de onjuistheid van de handelwijze benadrukt zonder daarop het stempel van laakbaarheid te drukken.

5.8 Deze beslissing zal in het algemeen belang worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere zorgverleners mogelijk iets kunnen leren van wat hiervoor onder 5.1 tot en met 5.5 is overwogen. De publicatie zal plaatsvinden zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

6. De beslissing

Het college:

Deze beslissing is gegeven door J. Sap, voorzitter, H.C.B. van der Meer, lid-jurist, E.A. Dubois, W.J.P van Boven, J.J.C.M. Rooijmans, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door

M. Keukenmeester, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 10 juli 2023.
secretaris voorzitter

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

6. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

2. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

3. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.