

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2022/5105

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
ZWOLLE

Beslissing van 10 juli 2023 op de klacht van:

A,

wonende in B,

klager,

tegen

J, cardioloog,

destijds werkzaam in D,

verweerder, hierna ook: de cardioloog,

gemachtigde: K.

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. Dat was niet de cardioloog waartegen deze klacht zich richt. 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. In de periode hierna verslechterde de conditie van patiënte (verder). Zij werd in verband hiermee in het ziekenhuis opgenomen, waar zij overleed. De cardioloog tegen wie de klacht zich richt, was op de dag van haar overlijden als (superviserend) cardioloog betrokken bij de behandeling van patiënte.

2. Klager verwijt de arts – kort gezegd – dat hij onzorgvuldig heeft gehandeld op de dag van het overlijden van patiënte.

3. Het college komt tot het oordeel dat de cardioloog niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Hierna licht het college dat toe.

2. De procedure

2. Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

2. De zaak is behandeld op de openbare zitting van 2 juni 2023. Partijen zijn verschenen. De cardioloog 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 Z2022/5101, 5102, 5103 en 5104. 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 een cardio-thoracaal chirurg en een cardioloog. Als beleid werd geconcludeerd tot: aortaklepvervangende, mitralisklepplastiek en eventueel tricuspidalisklepplastiek. Hierbij werd de urgentiecode 3 aangehouden (wachttijd poliklinisch).

3.5 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 cardio-thoracaal chirurg 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).

3.6 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

3.7 Op 20 februari 2018 werd in het dossier genoteerd:

"Bij inspanning kortademig/[...] Co: RR 111/77 P 98 T 36,4 sat 98% G 68,9 kg Diurese: 500cc/nacht perfusoren: Lasix 240mg/24 uur CONCLUSIE 66 jarige patient die poliklinisch AVR, MVP en TVP afwachtte. Opname nu met 1. Decompensatio cordis bij ernstige aortaklepstenose 2. Verhoogde leverenzymen DD backward failure/stuwing. Parainfectieus onwaarschijnlijk, mogelijk medicamenteus (tamoxifen). DD maligniteit. Beleid: - doorgaan met ontwateren; furosemide naar 360mg/24 uur. - Na een paar dagen leverenzymen herhalen. - metorpolol ondanks hoge Hf verlaagd naar 2dd 50mg - TZZT klinische klepvervangende [...]"

En later die dag:

“Tot op heden geen toegenomen diurese: - iom dr. [naam] bolus furosemide 80mg IV-Metoprolol irbesartan en spinolcton tno stop. – ok uitstellen (stond inmiddels voor de 22e gepland) [...]”

Op 21 februari 2018 werd genoteerd:

“Mevrouw heeft atriumfibrilleren met snel volgen ontwikkeld. [...] Beleid/Digitaliseren met lanoxin middels 0,5-0,25-0,25 mg a 3 uur. Morgenochtend opnieuw ECG. In eerste instantie geen onderhoudsdosering lanoxin.”

en

“Op de bolus lasix gisteren 400cc/nacht geplast, voelt zich nu ook beter. Nog wel dyspnoe d’effort. Co: RR 119/73 P 73 T 36,2 sat 96% G68,4 kg. (-0,5) Streefgewicht 65 kg. Diurese: 660cc/nacht Perfusoren: Lasix 360mg/24 uur Lab: Nierfunctie verslechterd. [...] Beleid: - Lasix zo door. - Morgen lab nierfunctie en leverfunctie [...]”

Op 22 februari 2018 werd genoteerd:

“Vermoeid en slechte eetlust. Forse oedemen in de benen. Slecht geslapen. Co: RR 115/83 P 138 T 36,7 sat 98% G 66,9 (- 1,5) VB: gisteren 860 cc Vanochtend al 600cc diurese. [...] Beleid: - Lasix zo door. - digoxine 0.125 mg onderhouds - Metoprolol 2dd50mg [...]”

Op 23 februari 2018 werd genoteerd:

“Gaaf wel goed, voelt zich goed. Geen dyspnoe. Co: RR 106/81 P 130 irr T 35,9 sat 98% G 65,5 (-1,4kg) TM: AF 100-130, NSVT’s 4-6 slagen. VB: -1350 mg LAB: nierfunctie =, leverenzymen verbeterd. [...] Beleid: - zo door met lasix. - Metoprolol naar 2dd 75 mg. - Dagelijkse nierfunctie. - Contact gehad MDL inzake leverenzymen. Zij vervolgen [...]”

Op 24 februari 2018 verslechterde de toestand van patiënte. Ze had een lage bloeddruk, een hoge hartfrequentie en haar ademhalingsfrequentie was te hoog. Ze was misselijk en moest overgegeven. Genoteerd werd:

“Co: RR 70/34 later 85/68 P 130 irr T 35,0 sat 99% G 65,7 (+02) Diurese: 300cc/nacht TM AF 116/140 met pultiforme pvc’s. LO: Cor s1s2 bekende soufflé bij aortaklepstenose. Pulm; VAG bdz, rechtsbasaal iets crepitaties. Warm en klam. ECG: [...] in essentie conform. [...] conclusie: - ondervuld? - septisch? Beleid: - X-thorax herhalen - ABG”

En later:

“Iom [naam van de 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 [naam van de cardioloog]: - stop metformine en kaliumsuppletie - stop furosemideperfusor- stop betablokker- Overname CCU voor HD ondersteuning (noradrenaline) – interne ICC”

3.8 Patiënte werd overgeplaatst naar de hartbewakingsafdeling. Op de hartbewakingsafdeling verslechterde de toestand van patiënte verder. Zij overleed nog dezelfde avond. Van de opname op de hartbewaking werd genoteerd:

“[naam AIOS cardiologie] 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. Arterielijn 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 van de cardioloog] ondanks geen ECG kenmerken van hyperkaliemie, calcium en bicarbonaat iv Overleg met [naam cardio-thoracaal chirurg]: 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 cardio-thoracaal chirurg] overlegt met [naam intensivist]. Geen mogelijkheden voor interventie. Na overleg met [naam van de cardioloog] de reanimatie gestaakt. Patiënt is overleden om 22.05 uur. Familie gesproken.”

4. De klacht en de reactie van de cardioloog

4. Klager verwijt de cardioloog:

4. dat hij onkundig heeft gehandeld tijdens het inbrengen van een infuus op 24 februari 2018;

5. dat hij zijn eigen plan heeft getrokken en niet heeft geluisterd naar patiënte en klager als haar echtgenoot;

7. dat hij op 24 februari 2018 onzorgvuldig heeft gehandeld.

Klager licht toe dat de cardioloog bij het inbrengen van een noodzakelijk infuus in de lies van patiënte heeft zitten stuntelen. Ondanks het aandringen op een operatie bij de cardioloog gebeurde dit niet. De cardioloog verklaarde in de loop van de dag dat als het helemaal niet wilde lukken hij nog wel een paardenmiddel achter de hand had. Klager vermoedt dat deze opmerking betrekking had op een laatste wisseling van infuus. Deze was gedurende de hele dag ingesteld op een zeer lage dosering (6 – 8 eenheden), maar stond bij de laatste wissel op 99 eenheden.

2. De cardioloog heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren. Hij voert aan dat het infuus niet door hem maar door een cardioloog in opleiding is ingebracht. Uit het dossier blijkt dat dit echogeleid succesvol is gebeurd. De cardioloog heeft samen met de arts-assistenten overleg gehad met een cardio-thoracaal chirurg en een cardio-intensivist. De conclusie was dat een operatie in die toestand niet mogelijk was. Helaas is het, ondanks maximale inspanningen, niet gelukt om het leven van patiënte te redden. Er ontstond een hartstilstand waarbij reanimatie niet succesvol was.

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 cardioloog de zorg heeft verleend die van hem

verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende cardioloog. 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.

Klachtonderdeel a) inbrengen infuus

5.2 De cardioloog heeft aangevoerd dat sprake moet zijn geweest van een persoonsverwisseling. Hij heeft onderbouwd dat hij niet de persoon is geweest die in het bijzijn van klager een infuus heeft ingebracht. Klager heeft ter zitting aangegeven dat hij de cardioloog – inderdaad – niet heeft gezien op de dag van het overlijden van patiënte. Dat betekent dat dit klachtonderdeel niet kan slagen.

Klachtonderdeel b en c, eigen plan trekken/onzorgvuldig handelen

5.3 De toestand van patiënte was in de ochtend van 24 februari 2018 sterk verslechterd. De cardioloog, die niet eerder bij de behandeling van patiënte was betrokken, heeft direct aanvullende onderzoeken laten doen en terecht geconcludeerd dat op de verpleegafdeling niet langer de zorg kon worden verleend die patiënte nodig had. Eenmaal op de hartbewaking werd het beleid bepaald in overleg met de arts-assistent cardiologie, de dienstdoend cardio-thoracaal chirurg en de cardio-intensivist. De uitkomst van dit overleg was dat de toestand van patiënte zodanig was dat op dat moment geen (chirurgische) interventie mogelijk was. Gelet op het voorgaande kan niet worden geoordeeld dat de cardioloog zijn eigen plan heeft getrokken. Ook was de conclusie dat op dat moment geen chirurgische interventie meer mogelijk was, niet onzorgvuldig.

Klager heeft nog gewezen op het infuus dat bij vertrek stond ingesteld op “99” waar dat eerst op een veel lagere stand heeft gestaan. Dit heeft bij klager voor veel onduidelijkheid gezorgd en zelfs de zorg dat een fout met de dosering heeft bijgedragen aan het overlijden van patiënte. Uit het dossier blijkt dat in de avond van 24 februari 2018 vocht per infuus werd gegeven (200 cc in 20 min). Dit kan de stand “99” verklaren. Deze stand van het infuus leidt in ieder geval niet tot het oordeel dat de cardioloog onzorgvuldig heeft gehandeld. Nergens uit blijkt dat door of in opdracht van de cardioloog medicatie is toegediend die niet passend was bij de toestand van patiënte.

Slotsom

5.4 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat alle klachtonderdelen ongegrond zijn.

6. De beslissing

Het college verklaart de klacht ongegrond.

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.