

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2023/5590

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
ZWOLLE

Beslissing in raadkamer van 15 december 2023 op de klacht van:

A,
wonende in B,
klager,
tegen
C,
cardioloog,
destijds werkzaam in D,
verweerder,
gemachtigde: mr. D. Zwartjens, werkzaam in Leiden.

1. De zaak in het kort

1.1 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. In de periode hierna verslechterde de conditie van patiënte (verder). Zij werd in verband hiermee in het ziekenhuis opgenomen, waar zij overleed. Verweerder werkte als AIOS Cardiologie onder supervisie van een cardioloog op de hartbewakingsafdeling toen patiënte daar op de dag van haar overlijden werd opgenomen.
behandeling en het overlijden van patiënte.
betekent dat het niet nodig is om nog vragen aan de partijen te stellen en dat duidelijk is dat de klacht niet gegrond kan worden verklaard. Hierna licht het college toe hoe het tot deze beslissing is gekomen.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:
Klager heeft tegen meerdere zorgverleners eerder klachten ingediend waarop afzonderlijk uitspraak is gedaan op 10 juli 2023 door dit tuchtcollege.

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

2.3 Het college heeft de klacht in raadkamer behandeld. Dit betekent dat het college de zaak beoordeeld heeft op basis van de stukken, zonder dat de partijen daarbij aanwezig waren.

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 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). Vandaar werd zij dezelfde dag nog overgeplaatst naar de verpleegafdeling cardiologie.

3.3 Bij de opname 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 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 overgeven. De arts noteerde:

"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 soufle 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 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"

3.4 Patiënte werd overgeplaatst naar de hartbewakingsafdeling. Hier was verweerder op dat moment als AIOS Cardiologie werkzaam. Op de hartbewakingsafdeling verslechterde de toestand van patiënte verder. Zij overleed nog dezelfde avond. Van de opname op de hartbewaking werd door verweerder het volgende 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. Arterielijn niet geslaagd ondanks diverse pogingen. Met bloeddrukband goed te meten bloeddrukken. Vanwege de doorgeschoten 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 cardio-thoracaal chirurg]: geen operatieve mogelijkheden ook niet met ECMO te overbruggen gezien de preexcistent 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 superviserend cardioloog] de reanimatie gestaakt. Patiënt is overleden om 22.05 uur. Familie gesproken.”

4. De klacht en de reactie van verweerder

4.1 Klager verwijt verweerder:

4.2 Verweerder heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren.

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

5. De overwegingen van het college

5.1 De vraag is in deze zaak of verweerder de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende cardioloog in opleiding. 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) het onnodig rekken van tijd bij het plannen van een spoedoperatie

5.2 Uit de stukken blijkt dat verweerder alleen op 24 februari 2018 betrokken is geweest bij de behandeling van patiënte. Patiënte was bekend met ernstige cardiale problematiek. Dat verweerder op de dag van haar overlijden tijd heeft gerekt is niet gebleken. Verweerder heeft zorgvuldig gehandeld door met de superviserend cardioloog te overleggen. Dat er geen operatieve mogelijkheden waren voor patiënte in verband met een slechte uitgangssituatie is verweerder niet aan te rekenen.

Klachtonderdeel b) onkunde bij de meest simpele medische handelingen

5.3 Uit de stukken leidt het college af dat klager hier met name doelt op de centraal veneuze lijn en de arterielijn die verweerder heeft ingebracht. Uit het medisch dossier blijkt dat het aanleggen van de centraal veneuze lijn ongecompliceerd is verlopen en daarbij nadien gecontroleerd is. Het inbrengen van de centraal veneuze lijn is daarmee lege artis uitgevoerd. Dat het inbrengen van een arterielijn ondanks meerdere pogingen niet is gelukt is verweerder niet aan te rekenen. Bij patiënten die in shock zijn, patiënte was in een slechte conditie, treedt regelmatig een vernauwing van de vaten op, waardoor het inbrengen van een arterielijn niet lukt. Dit is een regelmatig voorkomende situatie en kan niet leiden tot het oordeel dat sprake is van onkundig handelen door verweerder.

Klachtonderdeel c) het achterwege laten van de juiste registratie van toegediende middelen

5.4 Uit het medisch dossier blijkt welke medicatie is toegediend aan patiënte door verweerder. Klager heeft niet onderbouwd welke medicatie niet zou zijn geregistreerd. Voor zover klager heeft bedoeld dat naar zijn idee sprake zou zijn geweest van toediening van testosteron per infuus (op een stand 99) is dit niet aannemelijk geworden.

5.5 Uit het dossier blijkt dat verweerder pas op 24 februari 2018 betrokken raakte bij de behandeling van de patiënte en dat zij toen al in een kritische fase verkeerde. Verweerder heeft, zo blijkt uit het dossier, juist alles voor patiënte gedaan qua zorg. Verweerder heeft overleg gevoerd met supervisoren en chirurgen en de mogelijkheid voor een (spoed)operatie bespreekbaar gemaakt. Het overlijden van patiënte, gelet op haar conditie, was onvermijdelijk toen de gezondheidssituatie van patiënte niet ten goede kon worden gekeerd. Dat maakt niet dat het overlijden aan verweerder kan worden toegerekend. Verweerder heeft een gebruikelijke behandeling uitgevoerd en heeft de zorg verleend die van hem mocht worden verwacht.

Slotsom

5.6 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat alle onderdelen van de klacht kennelijk ongegrond zijn.

6. De beslissing

De klacht is in al haar onderdelen kennelijk ongegrond.

Deze beslissing is gegeven op 15 december 2023 door J.G.W. Lootsma-Oude Nijeweme, voorzitter, G.L. Bartels en H.J.J. Koornstra-Wortel, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door J.W. Sijnstra-Meijer, secretaris.

secretaris

voorzitter

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

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.