

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 19196a

Uitspraak: 12 augustus 2020

HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS- ZORG

TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 14 november 2019 ingekomen klacht van:

[A]
wonende te [B]
klager
gemachtigde mr. T.D.D. Loeffen te Echt

tegen:

[C]
cardioloog
werkzaam te [D]
verweerder
gemachtigde mr. O.L. Nunes te Utrecht

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift
- het verweerschrift
- de brief met bijlage, ontvangen van verweerder op 22 juni 2020
- de pleitnota van klager
- de pleitnota van verweerder
- de cardiologiestatus die is overgelegd in zaak 19196 c.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van het aangeboden mondelinge vooronderzoek. De klacht is ter openbare zitting van 6 juli 2020 behandeld. Partijen waren aanwezig, bijgestaan door hun gemachtigden.

Klager heeft ook een klacht ingediend tegen twee andere artsen (met zaaknummers 19196b en 19196c). Ter zitting heeft de gemachtigde van verweerder verzocht om de cardiologiestatus, die in de zaak 19196c is overgelegd, in te voegen in de onderhavige procedure. De gemachtigde van klager heeft namens klager aangegeven daartegen geen bezwaar te hebben.

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende.

De moeder van klager (hierna: patiënte), geboren in 1932, stond sinds 2010 onder behandeling van verweerder, die als cardioloog in een ziekenhuis werkzaam is.

Patiënte was destijds bekend met onder meer een TIA, hypertensie, atriumfibrilleren, mitralisklepinsufficiëntie, een BMI van 31 en astma cardiale.

Patiënte werd ook regelmatig gezien door een hartfaal(HF)verpleegkundige.

Op 20 januari 2014 kwam patiënte bij verweerder op controle. Naar aanleiding van zijn bevindingen schreef verweerder in zijn brief aan de huisarts van patiënte (alle citaten overgenomen inclusief eventuele taal- en/of typefouten):

“ (...)

Cardiologische voorgeschiedenis

01.01.2001 TIA

01.01.2005 paroxysmaal atriumfibrilleren 2x elektrische cardioversie [plaatsnaam ander ziekenhuis]

01.01.2005 Hypertensie

01.01.2008 Belangrijke mitralisklepinsufficiëntie (gr III) met pulmonale hypertensie [naam ander ziekenhuis]: afgezien voor voorgenomen hartoperatie ivm PHT.

06.11.2010 Asthma cardiale (opname [plaatsnaam ander ziekenhuis])

16.12.2010 Interstitiele longafwijkingen bij chronisch cordarone gebruik 15 jaar

(...)

22.12.2010 Mitralisklepinsufficiënte gr 3 met PHT tot 95mmHg.

conservatief medicamenteus beleid

24.02.2011 Echocardiogram: MI gr 2+ PHT tot 65mmHg VCI 18mm collaps 52% E/A 1.6

23.01.2012 Atriumfibrilleren met rustige ventrikelfrequentie

23.01.2012 Belangrijke mitralisklepinsufficiëntie Pericardvocht tot 16mm. PHT tot 60mmHG.

27.02.2012 Succesvolle cardioversie wegens atriumfibrilleren

07.05.2012 Atriumfibrilleren met rustige volgfrequentie rate-controll

07.05.2012 Echocardiogram: MI gr 2, Vmax aortaklep 2.55m/sec. Goede LV. RV redelijk (TAPSE 19mm). MV max PG 12, mean 4.9mmHg in rust. Wijde atria. PHT tot 65mmHg. VCI collabeert voldoende

20.01.2014 Echocardiogram: MI gr 3, PAP tot 55mmHg. Vmax aortaklep 3,2m/sec. Goede LV.

(...)

Decursus

Datum 20.01.2014

Gaat goed vindt ze, zoon bevestigt dit.

(...)

Echocor: goede kleine hypertrofische LV, matige RV, PAP 55mmHg. MI graad 3. max gradient in rust over de MV 14mmHg. Wijd LiA. Aortaklepstenose, V max 3,1 m/sec.

(...)

Conclusie: rechtsdrukken iets afgenomen, gradient over aortaklep iets toegenomen maar niet ernstig. (...)

B/ zo door

half jaar met ECG.

(...)"

Op 19 januari 2015 vond wederom een controle en een echo plaats.

In de status noteerde verweerder:

" (...)

Echocor: Vmax aortaklep nu 4 m/sec, VCI 25mm, weinig collaps, TAPSE 9mm, TI snelheden van 3,3m/sec. Goede LV. Wijde atria. E-top 120 cm/sec.

B/ zo door, weinig andere opties.

NTBR beleid afgesproken. Patiënte is volledig akkoord. Zoon is erbij en heeft dit ook begrepen.

INR rond de 2,5 houden, < 3.0, mail naar [initialen].

Controle mijnerzijds half jaar. Tussentijds [naam] HF verpleegkundige."

In het NTBR-formulier noteerde hij diezelfde middag:

" Ernstige aortaklepstenose, gecombineerd mitraliskleplijden met pulmonale hypertensie. Patiënte komt niet in aanmerking voor hartchirurgie."

Patiënte is voor een second opinion naar een cardioloog in een ander ziekenhuis gegaan, waar een echo werd gemaakt. Verweerder noteerde de inhoud van de brief van deze cardioloog op 10 maart 2015 in het dossier:

" Haar gegevens zullen aldaar worden besproken in het kleppenteam, waarschijnlijk kandidate voor TAVI, MV clip lijkt niet mogelijk (kalk). (...)"

Aan patiënte werd vervolgens medegedeeld dat zij niet meer in aanmerking kwam voor een aortaklepvervanging.

Op 22 augustus 2015 heeft, in een ander ziekenhuis, een drainage plaatsgevonden, waarover in het dossier staat genoteerd:

" Acute cholecystitis

waarvoor echogeleide drainage (inoperabel door cardiorenaal falen)"

In december 2015 werd patiënte in verband met een galblaasontsteking opgenomen in het ziekenhuis. Patiënte overleed daar op 17 december 2015.

3. Het standpunt van klager

Klager verwijt verweerder:

- a) het niet informeren van patiënte over de zorgelijke verdere vernauwing van de aortaklep in 2014;
- b) het voeren van een expectatief beleid, terwijl de gezondheidssituatie van patiënte in 2014 verslechterde;
- c) het niet maken van een verslag van het consult in januari 2015, waardoor ook de huisarts niet is geïnformeerd over het consult.

4. Het standpunt van verweerder

Ad a) Verweerder heeft zijn bevindingen altijd uitvoerig met patiënte en klager besproken, ook als ze niet in de decursus als zodanig staan vermeld. De vernauwing van de aortaklep is door verweerder nooit gebagatelliseerd of verzwegen. In de brief aan de huisarts van januari 2014 staat vermeld dat de klepvernauwing niet ernstig was.

Ad b) Er was om meerdere redenen geen indicatie voor hartchirurgie. De progressie van de aortaklepstenose paste bij de leeftijd van patiënte. Patiënte was ook al in 2008 in een ander ziekenhuis afgewezen voor een ingreep aan haar mitralisklep vanwege ernstige pulmonale hypertensie. Klager noch patiënte, hebben tijdens de contacten op de poli ooit naar verweerder uitgesproken dat zij het niet eens waren met het ingestelde beleid en de behandeling. Het conservatieve beleid was, gelet op de medische voorgeschiedenis en de bevindingen, begrijpelijk en verdedigbaar.

Ad c) Het afgesproken niet-reanimerenbeleid is wel in het ziekenhuissysteem vastgelegd en vooraf met patiënte en klager besproken, maar inderdaad niet naar de huisarts gestuurd. Dit heeft echter niet tot vervelende consequenties geleid.

5. De overwegingen van het college

Ad klachtonderdelen a) en b)

Deze klachtonderdelen lenen zich voor gezamenlijke bespreking.

Vast staat dat patiënte vanwege haar hartproblemen - in elk geval - vanaf 2005 onder behandeling stond van een specialist en dat zij vanwege haar problematiek in 2008 niet operabel werd geacht.

Na het controleconsult van 20 januari 2014 schreef verweerder in zijn brief aan de huisarts als conclusie - onder meer - dat de aortaklepstenose weliswaar iets was toegenomen, maar dat het niet ernstig was. De door verweerder daarbij genoteerde getallen (V_{max} 3,1m/sec) onderschreven deze conclusie. Daarnaast noteerde verweerder dat er sprake was van een klinisch stabiele situatie.

Het college is van oordeel dat, gezien de medische voorgeschiedenis van patiënte en de bevindingen van verweerder tijdens dit consult, er geen sprake was van een zorgelijke verslechtering van de gezondheidssituatie van patiënte en dat er dan ook geen noodzaak bestond tot operatief ingrijpen. Het dossier biedt daarvoor geen enkel aanknopingspunt.

Daar komt nog bij dat het college het standpunt van verweerder volgt dat - gezien de specifieke problematiek - er in het geval van patiënte geen reële chirurgische opties waren.

Naar het oordeel van het college heeft verweerder dan ook op goede gronden het conservatief medicamenteuze beleid, dat al in 2010 was ingezet, vervolgd. Dat verweerder ten onrechte een afwachtend beleid zou hebben gevoerd, zonder de mogelijkheden van alternatieve behandelingen te onderzoeken of patiënt te informeren, heeft het college niet kunnen vaststellen.

Voor het college is komen vast te staan dat de situatie van patiënte pas in 2015 verslechterde.

Daarmee zijn de verwijten dat patiënte in 2014 niet geïnformeerd zou zijn over een zorgelijke vernauwing van de aortaklep en er ten onrechte een expectatief beleid werd gevoerd, ongegrond.

Ad klachtonderdeel c)

Vaststaat dat verweerder een verslag van het consult van 19 januari 2015 in het dossier heeft opgenomen (zie onder 2. De feiten), zodat dit klachtonderdeel om die reden al ongegrond is. In dit verslag noteerde verweerder dat het beleid zou worden vervolgd, omdat er weinig andere opties waren. Verweerder noteerde ook dat er een niet-reanimerbeleid was afgesproken, dat patiënte daarmee akkoord was, dat klager aanwezig was en de afspraak begreep. Hoewel het wel op de weg van verweerder had gelegen om de huisarts van patiënte eveneens over de bevindingen en afspraken van het betreffende consult te informeren, weegt naar het oordeel van het college het nalaten

daarvan niet dusdanig zwaar dat verweerder daarvan een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht ongegrond.

Aldus beslist door M.J.H.A. Venner-Lijten, voorzitter, P. Vlaardingerbroek, lid-jurist, J.H. Wijsman, H.J.J. Koornstra-Wortel en J.W.D. de Waard, leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van C.W.M. Hillenaar, secretaris, en uitgesproken door N.B. Verkleij op 12 augustus 2020 in aanwezigheid van de secretaris.