

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2023/6351

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

ZWOLLE

Beslissing van 22 april 2024 op de klacht van:

A,

wonende in B,

klager,

tegen

C, cardioloog,

werkzaam in D,

verweerder, hierna ook: de cardioloog,

gemachtigde: mr. D. Zwartjens, advocaat te Leiden.

1. De zaak in het kort

1.1 De klacht gaat over de behandeling van de echtgenote van klager. De echtgenote van klager had een afwijkende (bicuspide) aortaklep met een stenose. Zij werd vanwege deze aandoening jaarlijks gecontroleerd door de cardioloog. Begin 2017 werd bij echo onderzoek een progressie naar ernstige aortaklepstenose met een goede systolische linkerventrikelfunctie gezien. In de loop van 2017 kreeg de echtgenote van klager last van kortademigheid en benauwdheid. Vanaf oktober 2017 gebruikte zij dagelijks vochtafdrijvers. Bij de (reguliere) controle eind januari 2018 concludeerde de cardioloog dat er sprake was een symptomatische ernstige aortaklepstenose, ernstige mitralisklepinsufficiëntie, boezemfibrilleren, een matige linkerventrikelfunctie en dat een operatie noodzakelijk was. De echtgenote van klager werd hiervoor met voorrang aangemeld voor de vooronderzoeken en verbleef in afwachting van de operatie thuis. In de periode hierna is haar conditie (verder) verslechterd. Zij werd in verband hiermee in het ziekenhuis opgenomen, waar zij overleed. Klager verwijt de cardioloog onder meer dat hij zijn echtgenote niet eerder heeft laten opereren en niet vaker dan één maal per jaar heeft gecontroleerd.

1.2 Het college komt tot het oordeel dat de klacht gedeeltelijk gegrond is. Het college legt een waarschuwing op. Hierna licht het college dat toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 9 oktober 2023;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de door de gemachtigde van de cardioloog op verzoek van de secretaris nagestuurde uitslagen van bloedonderzoek uit december 2016.

2.2 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.

2.3 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 12 maart 2024. De partijen zijn verschenen. De cardioloog werd bijgestaan door zijn gemachtigde. De partijen hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Klager heeft zijn standpunt voorgelezen en zijn aantekeningen na afloop van de zitting aan de secretaris overhandigd. Een kopie werd na afloop van de zitting aan de andere partij verzonden.

3. De feiten

3.1 De echtgenote van klager (hierna patiënte), geboren in 1952 en overleden in 2018 had een aangeboren afwijking aan de aortaklep (een bicuspide aortaklep, ook wel BAV). Vanwege een aortaklepstenose werd zij in ieder geval vanaf 2013 jaarlijks gecontroleerd. Verweerder was haar behandelend cardioloog.

3.2 In december 2016 werd in het dossier genoteerd dat de huisarts belde om te informeren dat hij bij patiënte een luchtweginfectie vermoedde, maar ook pro-BNP had bepaald die 500 was. De huisarts deelde mee dat hij daarop furosemide was gestart.

3.3 Bij echo-onderzoek op 16 januari 2017 werd geconcludeerd dat sprake was van een goede systolische linkerventrikelfunctie met progressie naar ernstige aortaklepstenose. De cardioloog concludeerde dat er een stabiel beeld was van een bicuspide aortaklep met ernstige stenose met een goede ventrikelfunctie en dat het beeld asymptomatisch was. Afgesproken werd dat patiënte na één jaar terug zou komen voor controle met een (voorafgaand) echo- en laboratoriumonderzoek.

3.4 Op 22 januari 2018 werd een echo gemaakt. Bij de echo werd een ernstige aortaklepstenose gezien bij - onder meer - een matige linkerventrikelfunctie en verhoogde rechtsdrukken. De (echo)laborant bracht de cardioloog telefonisch op de

hoogte van de afwijkende bevindingen. Bij laboratoriumonderzoek van die dag werd een pro-BNP vastgesteld van 6520. Na het middagspreekuur belde de cardioloog patiënte met instructies voor een aanpassing van de medicatie.

3.5 Patiënte werd op 29 januari 2018 gezien door de cardioloog. Ze vertelde dat haar conditie beduidend verslechterd was en dat zij in oktober 2017 dagelijks furosemide was gaan gebruiken. De cardioloog concludeerde dat (inmiddels) sprake was van een symptomatische BAV met ernstige stenose, paroxismaal atriumfibrilleren en ernstige mitralisklepinsufficiëntie en matige systolische linkerventrikelfunctie. Ook waren er echografisch aanwijzingen voor sterk verhoogde rechtsdrukken. Uit laboratoriumonderzoek van die dag bleek onder meer een pro-BNP van 5880. Met patiënte werd besproken dat een klepvervangende ingreep onvermijdelijk was. Patiënte werd door de cardioloog met voorrang aangemeld voor een coronairangiografie met invasieve rechtsdrukmeting. Ook werd de medicatie van patiënte aangepast.

3.6 Op 7 februari 2018 vond de geplande coronairangiografie plaats. De cardioloog was bij deze procedure niet betrokken. De conclusie na deze procedure was dat sprake was van symptomatisch ernstige aortaklepstenose bij bicuspidale aortaklep en een matige linkerventrikelfunctie, een ernstige mitralisklepinsufficiëntie en een pulmonale hypertensie type 2 (bij linkszijdig kleplijden). Er werd geen significant coronairlijden geconstateerd.

3.7 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.

3.8 Patiënte werd op 8 februari 2018 besproken in het hartteam in aanwezigheid van een (andere) cardioloog en een cardio-thoracaal chirurg. Als beleid werd geconcludeerd tot: aortaklepvervangende, mitralisklepplastiek en eventueel tricuspidalisklepplastiek. Hierbij werd de urgentiecode 3 aangehouden (wachttijd poliklinisch). Op 8 februari 2018 belde klager het ziekenhuis, vertelde hij dat patiënte snel achteruitging, en drong hij aan op een zo spoedig mogelijke operatie.

3.9 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 de chirurg die patiënte direct aansluitend zag.

In overleg met de cardioloog en een interventiecardioloog werd besloten 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.

3.10 De cardioloog is hierna niet meer betrokken geweest bij de behandeling van patiënte.

3.11 Op 24 februari 2018 verslechterde de toestand van patiënte en werd zij overgeplaatst naar de hartbewakingsafdeling. Daar verslechterde haar toestand verder en overleed zij nog dezelfde avond.

4. De klacht en de reactie van de cardioloog

4.1 Volgens klager heeft de cardioloog onzorgvuldig en ondeskundig gehandeld door:

- a. patiënte niet te opereren toen zij nog in een goede lichamelijke en cardiale conditie was;
- b. ondanks de ernstige aortaklepstenose en operatie-indicatie daarvan af te wijken én dit niet in het dossier te motiveren/documenteren;
- c. de frequentie van de controle-afspraken vanaf januari 2017 niet volgens de daarvoor geldende richtlijnen te verhogen naar één keer per half jaar, en dit ook niet verder te motiveren in het dossier;
- d. te laks te handelen op het moment dat patiënte eind 2017 klachten kreeg van benauwdheid en kortademig was. Gezien de verrichtte onderzoeken bestond er al een operatie-indicatie, waar op meerdere momenten niet direct op gehandeld is;
- e. door de ziekte van patiënte en met name de progressie niet juist in te schatten;
- f. op 22 januari, 29 januari en 7 februari 2018 onvoldoende te acteren op de alarmerende onderzoeksbevindingen en haar op 29 januari 2018 weer naar huis te sturen.

4.2 De cardioloog 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

De criteria voor de beoordeling

5.1 De vraag is 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. Dat een zorgverlener beter anders had kunnen handelen is niet altijd genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen.

Klachtonderdeel a) en b) eerder opereren

5.2 Het college vat de klachten onder a) en b) zo op dat klager hiermee heeft bedoeld dat de cardioloog volgens klager uiterlijk bij het consult in januari 2017 had moeten besluiten tot een operatie over te gaan (klachtonderdeel b) en zo mogelijk nog

eerder omdat patiënte daarvoor nog in een goede fysieke conditie was (klachtonderdeel a).

5.3 Het college stelt voorop dat bij een hartafwijking als deze de periodieke controles worden gedaan om te beoordelen of een klepvervangende operatie (al) noodzakelijk is of nog moet worden afgewacht. Een klepvervangende operatie is ingrijpend en risicovol. Ook als de operatie ongecompliceerd verloopt, leidt het vervangen van een hartklep tot een beperking van de levensverwachting. Een klepvervangende operatie zal daarom niet worden verricht als er alleen sprake is van een ernstige stenose zonder symptomen of andere factoren (zoals een verminderde linkerventrikelfunctie).

5.4 In de destijds geldende Europese richtlijnen (ESC/EACTS Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012)) zijn handvatten gegeven over wanneer een klepvervangende operatie geïndiceerd is. Hieruit volgt ook dat dit bij een ernstige stenose niet altijd het geval is. Bij een patiënt zonder symptomen en met een goede linkerventrikelfunctie is een operatie pas geïndiceerd:

- 1) als de aortastenose zeer ernstig is bij een “peak transvalvular velocity” van meer dan 5.5 m/s of
- 2) bij een ernstig verkalkte hartklep en “rate of peak transvalvular velocity progression” van meer of gelijk aan 0.3 m/s per jaar.
- 3) bij een bij herhaling aanzienlijk verhoogd pro-BNP zonder (andere) verklaring;
- 4) bij een toename van de “mean pressure gradiënt” met meer dan > 20 mmHg bij inspanning en
- 5) een ernstige hypertrofie van de linkerventrikel.

5.5 Patiënte had in ieder geval tot en met het moment van de controle begin 2017 geen symptomen van de ernstige stenose en de linkerventrikelfunctie was goed. Ook was de “peak transvalvular velocity” met 4.7 m/s niet meer dan de genoemde grenswaarde van 5.5 m/s. Er was ook geen ernstige hypertrofie van de linkerventrikel. Het eind 2016 vastgestelde pro-BNP was met 500 wel iets verhoogd maar niet aanzienlijk. Een toename van de bloeddruk bij inspanning kon niet worden vastgesteld omdat een inspanningstest achterwege werd gelaten. Gezien de hormoontherapie die klaagster nog kreeg in verband met een behandeling vanwege een mammacarcinoom en de exacerbatie van COPD kort daarvoor was het achterwege laten van een inspanningstest in januari 2017 verdedigbaar. Vanwege de hormoontherapie en de (behandeling van de) COPD kon namelijk worden verwacht dat de resultaten van een inspanningstest minder betrouwbaar zouden zijn.

5.6 Met de bevindingen van begin 2017 was de afweging van de cardioloog dat een operatie (nog) niet noodzakelijk was, in overeenstemming met de richtlijnen en ook overigens niet onzorgvuldig. Hoewel de cardioloog dit niet expliciet heeft genoteerd, moet worden aangenomen dat de afweging om wel of niet te opereren wel degelijk is gemaakt. Zoals hiervoor al is overwogen heeft de periodieke controle namelijk als doel juist deze afweging te maken. Uit de (wel) gemaakte notities blijkt voldoende dat de cardioloog tot de conclusie was gekomen dat er op dat moment (nog) geen indicatie was voor een operatie omdat klaagster asymptomatisch was en de linkerventrikelfunctie goed was.

5.7 Uit het voorgaande volgt dat de klachtonderdelen a) en b) ongegrond zijn.

Klachtonderdeel c) frequentie controle-afspraken.

5.8 In de hiervoor genoemde ESC/EACTS Guidelines wordt uitgegaan van een halfjaarlijkse re-evaluatie bij asymptomatische patiënten met een ernstige stenose. De echo van 16 januari 2017 liet een toename zien van de ernst van de aortaklepstenose ten opzichte van eerdere controles. Er was onder meer een stijging van de piek gradiënt en mean gradiënt met 12 ten opzichte van de controle daarvoor. Omdat er op dat moment sprake was van een ernstige stenose was een snellere evaluatie dan na één jaar aangewezen. Eventueel had daarbij - afhankelijk van de uitkomsten daarvan - kunnen worden volstaan met een echo-onderzoek, bepaling van pro-BNP en een telefonische evaluatie van klachten. Met het besluit de volgende controle één jaar later te laten plaatsvinden heeft de cardioloog niet gehandeld zoals van een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot mocht worden verwacht.

5.9 Het voorgaande betekent dat klachtonderdeel c) gegrond is.

Klachtonderdeel d) te laks handelen bij door patiënte eind 2017 gemelde klachten

5.10 Klager heeft naar voren gebracht dat patiënte eind 2017 contact heeft opgenomen met de huisarts vanwege een toename van onder meer kortademigheid. De huisarts zou vervolgens afgestemd hebben met cardiologie. De uitkomst daarvan zou zijn geweest dat de al gemaakte afspraak voor 22 januari 2018 niet vervroegd hoefde te worden. De cardioloog voert aan dat hij door de huisarts niet is geïnformeerd over de verslechtering van de toestand van patiënte en dat ook patiënte zelf in die periode niet heeft verzocht de follow-up te vervroegen.

5.11 In het beschikbare medisch dossier van patiënte zijn geen notities gemaakt waaruit blijkt dat de door klager genoemde klachten al in de loop van 2017 onder de aandacht zijn gebracht van de cardioloog. Er zijn ook geen andere stukken of omstandigheden waaruit dit blijkt. Dat betekent dat niet kan worden aangenomen dat de cardioloog eind 2017 al op de hoogte was van de bij patiënte opgetreden klachten. Het verwijt dat hij naar aanleiding van deze klachten te laks heeft gehandeld kan daarom niet slagen.

5.12 Klachtonderdeel d) is ongegrond.

Klachtonderdeel f) onvoldoende acteren op onderzoeksbevindingen begin 2018

5.13 De cardioloog werd op 22 januari 2018 door de laborant op de hoogte gesteld van de afwijkende bevindingen op de echo. Uit de echo bleek dat inmiddels ook sprake was van een matige linkerventrikelfunctie en verhoogde rechtsdrukken en atriumfibrilleren met snelle ventrikelrespons tot 140 per minuut. Bij bloedonderzoek van dezelfde dag bleek een pro-BNP van 6520.

5.14 De hiervoor benoemde bevindingen maakten een beoordeling van de klinische toestand van patiënte noodzakelijk. Deze beoordeling was noodzakelijk om te kunnen afwegen welke vervolgstap nodig was (en op welke termijn). Gelet op het risico op decompensatie bij de eerder genoemde bevindingen en de kans dat een operatie dan niet meer zou kunnen plaatsvinden of risicovoller zou zijn, was spoed geboden. Met deze beoordeling kon niet worden gewacht tot het spreekuur van 29 januari 2018 en ook kon niet worden volstaan met een telefonisch contact met patiënte, zonder haar zelf te zien en te onderzoeken. De cardioloog had dus op 22 januari 2018 ofwel

patiënte zelf moeten zien of beoordelen, ofwel patiënte moeten insturen voor een beoordeling op de EHLH.

5.15 De bevindingen op het spreekuur van 29 januari 2018 hadden ook tot een pro-actiever handelen moeten leiden. Volgens de genoteerde anamnese vertelde patiënte dat haar conditie beduidend verslechterd was en dat zij last had van benauwdheid en kortademigheid bij inspanning. Zij was sinds oktober 2017 tweemaal daags 40 mg furosemide gaan gebruiken. Uit bloedonderzoek van 29 januari 2018 bleek dat het pro BNP met 5880 nog altijd zeer hoog was, ondanks de eerdere aanpassing van de medicatie.

5.16 De cardioloog had onder deze omstandigheden niet mogen volstaan met een aanmelding voor een coronairangiografie met voorrang (normaliter betekende dit binnen 7 – 10 dagen). Het risico op verdere decompensatie was daarvoor simpelweg te groot. De cardioloog had moeten besluiten patiënte in afwachting van de operatie op te laten nemen zodat haar toestand in het ziekenhuis kon worden gemonitord.

5.17 Ook rondom de coronairangiografie heeft de cardioloog onvoldoende regie gevoerd over de behandeling van patiënte. Hij heeft zich niet aantoonbaar op de hoogte gesteld van de uitkomsten daarvan. Hij heeft dus ook geen afweging kunnen maken of de uitkomsten nog van invloed waren op de door hem eerder gemaakte inschatting dat patiënte de operatie thuis kon afwachten. Ook heeft hij niet overwogen of nadere maatregelen nodig waren om patiënte gedurende de wachttijd te kunnen monitoren of de wachttijd te bekorten.

5.18 Uit het voorgaande volgt dat klachtonderdeel f gegrond is.

Klachtonderdeel e) onjuiste inschatting van (de progressie van) de ziekte

5.19 Uit de overwegingen van het college bij klachtonderdeel c en f volgt al dat de cardioloog de (kans op) een snelle progressie van de situatie begin 2017 onjuist heeft ingeschat. Daardoor is onder meer gekozen voor een controle na één jaar in plaats van na een half jaar. Uit de overwegingen naar aanleiding van klachtonderdeel f blijkt dat de cardioloog ook rondom de controle van begin 2018 onvoldoende rekening heeft gehouden met verregaande cardiale verslechtering met mitralisklepinsufficiëntie, afname van de ejectiefractie, atriumfibrilleren en klachten bij geringe inspanning. Ook hier heeft de cardioloog de ernst van de situatie onjuist ingeschat.

5.20 Het voorgaande betekent dat ook klachtonderdeel e) gegrond is. Wel moet hierbij worden aangemerkt dat aan dit klachtonderdeel in wezen hetzelfde handelen als bij klachtonderdeel c) en f) ten grondslag ligt.

Slotsom

5.21 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat klachtonderdelen c), e) en f) gegrond zijn en de andere klachtonderdelen ongegrond.

Maatregel

5.22 De klacht is gedeeltelijk gegrond. De cardioloog had vanwege de ernstige aortaklepstenose begin 2017 moeten besluiten tot een evaluatie na een half jaar in plaats van na één jaar. Daarnaast heeft hij zich vanaf het moment dat hij op 22 januari 2018 bekend raakte met de cardiale verslechtering bij de echo te afwachtend opgesteld terwijl hij juist toen meer regie had moeten voeren. De cardioloog had op

meerdere momenten anders kunnen en moeten handelen. Van dit handelen kan de cardioloog een ernstig verwijt worden gemaakt, waarvoor normaal gesproken een berisping passend zou zijn. Het college neemt bij het bepalen van de maatregel echter ook in aanmerking dat de cardioloog niet eerder met het tuchtrecht in aanraking is gekomen, zich toetsbaar heeft opgesteld en heeft gereflecteerd op zijn handelen. Ook weegt het college mee dat in verband met het overlijden van patiënte aangifte is gedaan tegen de cardioloog en hij als verdachte is aangemerkt in het daaropvolgende strafrechtelijk onderzoek. Pas vorig jaar is duidelijk geworden dat het strafrechtelijk traject zonder verdere vervolging is gestaakt. Deze situatie heeft ook in aanmerking nemende de lange duur ervan, een grote impact gehad op de cardioloog. Alles afwegende zal het college volstaan met het opleggen van een waarschuwing.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klachtonderdelen c), e) en f) gegrond;
- legt een waarschuwing op;
- verklaart de klacht voor het overige ongegrond.

Deze beslissing is gegeven door W.P. Claus, voorzitter, S. Boersma, lid-jurist, W.J.P. van Boven, E.A. Dubois en B.J. Bouma, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door M. Keukenmeester, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 22 april 2024.

secretaris

voorzitter

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

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

- het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard, of
- als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

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

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

c. 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.