

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2024/2451

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE

voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2024/2451 van
A., wonende in B., appellant, klager in eerste aanleg,
hierna: klager,
tegen

C., cardioloog, werkzaam in D., verweerder in beide instanties,
hierna: de cardioloog, gemachtigde: mr. D. Zwartjens, advocaat te Leiden.

1. Procesverloop, leeswijzer en oordeel

Klager heeft op 9 oktober 2023 bij het Regionaal Tuchtcollege in Zwolle een klacht ingediend tegen de cardioloog. Dat college heeft in zijn beslissing van 22 april 2024, onder nummer Z2023/6351, de klachtonderdelen c, e en f gegrond verklaard, aan de cardioloog een waarschuwing opgelegd en de klacht voor het overige ongegrond verklaard. Klager heeft tegen die beslissing op tijd beroep ingesteld. De cardioloog heeft een verweerschrift in beroep ingediend. De zaak is in beroep behandeld op de openbare zitting van het Centraal Tuchtcollege van 13 januari 2025. Klager en de cardioloog waren beiden aanwezig. De cardioloog werd bijgestaan door zijn gemachtigde mr. D. Zwartjens. Partijen hebben hun standpunten op de zitting verder toegelicht. Het Centraal Tuchtcollege zal klager in het beroep tegen de gegrond verklaarde klachtonderdelen c, d en f niet-ontvankelijk verklaren en het beroep tegen de ongegrond verklaarde klachtonderdelen a, b en d verwerpen. Het college is het eens met de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege over deze laatste drie klachtonderdelen. Het Centraal Tuchtcollege herhaalt hierna in punt 2 eerst de inhoud van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege. Vanaf punt 3 legt het Centraal Tuchtcollege uit hoe het tot zijn oordeel is gekomen. Omdat het Centraal Tuchtcollege zich geheel kan vinden in de overwegingen van het Regionaal Tuchtcollege over de klachtonderdelen a, b en d beperkt deze toelichting zich tot een paar aanvullende opmerkingen.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“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 éénmaal 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 bicuspide 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 (wachtijd 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.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg. Die weergave is in beroep niet of in elk geval onvoldoende bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

De omvang van het beroep

4.1 Klager is het niet eens met de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege. Zijn beroep is gericht tegen de ongegrondverklaring van de klachtonderdelen a, b en d en tegen het feit dat aan de cardioloog in verband met de gegrondverklaring van de klachtonderdelen c, e en f alleen een waarschuwing is opgelegd. Klager vraagt het Centraal Tuchtcollege om de klacht in al zijn onderdelen, dus inclusief de onderdelen c, e en f, opnieuw te beoordelen en alsnog gegrond te verklaren en om aan de cardioloog een beroepsbeperkende maatregel op te leggen.

4.2 De cardioloog heeft gemotiveerd verweer gevoerd. Hij verzoekt het Centraal Tuchtcollege primair om klager in het beroep niet-ontvankelijk te verklaren. Subsidiair verzoekt hij het Centraal Tuchtcollege om het beroep van klager te verwerpen.

De ontvankelijkheid van klager in het beroep

4.3 Het Centraal Tuchtcollege overweegt over de ontvankelijkheid van klager in het beroep dat in artikel 73, eerste lid, onder a, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is bepaald dat een klager van een eindbeslissing van het Regionaal Tuchtcollege alleen in beroep kan komen voor zover de klacht is afgewezen of voor zover hij niet ontvankelijk is verklaard. Het Regionaal Tuchtcollege heeft de klachtonderdelen c, e en f gegrond verklaard en de cardioloog in verband hiermee een waarschuwing opgelegd. Omdat deze klachtonderdelen door het Regionaal Tuchtcollege gegrond zijn verklaard, is het niet mogelijk om tegen het oordeel over deze klachtonderdelen beroep in te stellen. Klager kan om dezelfde reden in beroep ook niet opkomen tegen de zwaarte van de in verband met de gegrondverklaring van deze klachtonderdelen opgelegde maatregel. Dit betekent dat klager niet ontvankelijk is in het beroep voor zover dit gaat over de klachtonderdelen c, e en f. Het Centraal Tuchtcollege kan om deze reden niet ingaan op de opmerkingen die klager over de zwaarte van de opgelegde maatregel heeft gemaakt.

4.4 De cardioloog heeft betoogd dat klager ook in het beroep tegen het oordeel over de klachtonderdelen a, b en d niet-ontvankelijk is, omdat klager in zijn beroepschrift en de aanvulling daarop niet duidelijk heeft gemaakt waarom hij zich niet kan verenigen met de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege. Het Centraal Tuchtcollege volgt de cardioloog niet in dit betoog. Uit de door klager in beroep ingediende stukken blijkt voldoende duidelijk waarom hij het niet eens is met de

beslissing van het Regionaal Tuchtcollege en waarom hij vindt dat dat college een andere beslissing had moeten nemen. Uit het verweerschrift in beroep blijkt ook dat de cardioloog inhoudelijk verweer heeft kunnen voeren. Dit betekent dat het beroepschrift en de aanvulling daarop voldoen aan de daaraan in artikel 19, eerste lid, van het Tuchtrechtbesluit BIG gestelde eisen. Klager is dus wel ontvankelijk in zijn beroep voor zover dit gaat over de klachtonderdelen a, b en d.

Inhoudelijke beoordeling van de klachtonderdelen a en b

4.5 Klager verwijt de cardioloog met de klachtonderdelen a en b – kort gezegd – dat de cardioloog niet heeft voorgesteld om patiënte te opereren toen zij nog in een goede lichamelijke en cardiale conditie was en dat de cardioloog zijn afwegingen om niet te opereren niet heeft gemotiveerd/gedocumenteerd in het medisch dossier.

4.6 Het Centraal Tuchtcollege overweegt dat op basis van de (in zoverre onherroepelijke) uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege vaststaat dat de cardioloog de (kans op een) snelle progressie van de situatie begin 2017 onjuist heeft ingeschat en daarmee tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Het Regionaal Tuchtcollege heeft gemotiveerd overwogen dat er in januari 2017 nog geen operatie-indicatie was, maar dat er wel aanleiding was om de frequentie van de controles op te hogen. Het Centraal Tuchtcollege is het eens met de overwegingen en het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege op dit punt en neemt deze overwegingen en dit oordeel integraal over.

4.7 In aanvulling hierop overweegt het Centraal Tuchtcollege nog dat een klepvervangende operatie ingrijpend en risicovol is. Volgens de destijds geldende ESC-richtlijn uit 2012 is een dergelijke operatie dan ook niet geïndiceerd wanneer alleen sprake is van een ernstige aortaklepstenose met een bewaarde linkerventrikelfunctie en afwezigheid van risicofactoren. Bij het consult in januari 2017 bleek dat patiënte eind 2016 last had gehad van onder meer een piepende ademhaling, maar dat haar klachten direct waren verdwenen nadat de huisarts haar prednison had voorgeschreven. Onder deze omstandigheden mocht de cardioloog ervan uitgaan dat de klachten die patiënte eind 2016 had gehad geen verband hielden met de aortaklepstenose en dat het beeld nog steeds asymptomatisch was. Mede gelet hierop, was de afweging van de cardioloog in januari 2017 dat op dat moment een operatie nog niet noodzakelijk was, in overeenstemming met de destijds geldende richtlijnen en niet onzorgvuldig. Het CTG volgt verder de overweging van het Regionaal Tuchtcollege dat aannemelijk is dat de cardioloog de afweging om wel of niet te opereren wel heeft gemaakt. Hoewel het zorgvuldiger was geweest als hij dit -richtlijn conforme – beleid had genoteerd, acht het Centraal Tuchtcollege het net als het Regionaal Tuchtcollege niet klachtwaardig dat hij dit niet heeft gedaan.

4.8 De door klager overgelegde deskundigenrapportages van de cardiologen E. en F. leiden het Centraal Tuchtcollege niet tot een ander oordeel. De heer E. heeft weliswaar geconcludeerd dat er op basis van de toename van de gradient en de afname van het klepoppervlak in principe een indicatie was voor een operatie, maar hij heeft ook de mogelijkheid van aanvullend onderzoek en/of een afwachtend beleid met vervroegde controle benoemd. De heer F. heeft geschreven dat een operatie en een stresstest overwogen hadden moeten worden. Geen van beiden komt dus tot het oordeel dat er in januari 2017 al een absolute indicatie voor een operatie was. Zij wijzen vooral op het belang van nader onderzoek en een snellere evaluatie dan na één jaar. Dit is ook in lijn met de hiervoor bedoelde ESC-richtlijn, waarin wordt geadviseerd om bij een patiënt met een ernstige aortaklepstenose, een bewaarde linkerventrikelfunctie en afwezigheid van risicofactoren niet tot ingreep over te gaan, maar patiënt na zes maanden terug te zien. Het vervolgbeleid is onderdeel van

klachtonderdeel c dat door het Regionaal Tuchtcollege al gegrond is verklaard. Dit is in beroep niet meer aan de orde.

Inhoudelijke beoordeling klachtonderdeel d

4.9 Met klachtonderdeel d verwijt klager de cardioloog dat hij te laks heeft gehandeld op het moment dat patiënte eind 2017 klachten kreeg van benauwdheid en kortademigheid. Klager heeft in dit verband naar voren gebracht dat hijzelf en een medewerker van de huisartsenpraktijk in die periode meermalen hebben geprobeerd in contact te komen met de cardioloog, maar daarin niet zijn geslaagd. Volgens de cardioloog is hij toen echter niet geïnformeerd over de verslechtering van de toestand van patiënte en heeft zij ook zelf niet verzocht om de controle-afspraak te vervroegen. Klager heeft tijdens de zitting bevestigd dat zijn echtgenote de afspraak in januari 2018 wilde afwachten en niet wilde vragen om een vervroeging van die afspraak.

4.10 Het Centraal Tuchtcollege is het eens met de overwegingen en het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege over dit klachtonderdeel en neemt ook deze integraal over. Daarbij merkt het Centraal Tuchtcollege op dat in het medisch dossier van patiënte geen notities zijn gemaakt waaruit zou kunnen blijken dat de door klager genoemde klachten onder de aandacht zijn gebracht van de cardioloog en dat het dossier ook geen verklaring van de huisarts en/of een aantekening in het medisch dossier van de huisarts hierover bevat. Ook overigens zijn er geen concrete aanwijzingen dat dit is gebeurd. Dit betekent dat niet kan worden achterhaald wie wanneer welke pogingen heeft gedaan om de klachten onder de aandacht van de cardioloog te brengen. Daarmee is niet voldoende aannemelijk geworden dat berichten van de verslechtering van de toestand van patiënte de cardioloog daadwerkelijk hebben bereikt. Het verwijt dat hij naar aanleiding van deze klachten te laks zou hebben gehandeld kan daarom niet slagen. De conclusie van de door klager ingeschakelde deskundige F. dat de cardioloog eind 2017 onvoldoende bereikbaar was maakt dit niet anders, omdat deze deskundige niet duidelijk maakt waarop hij deze conclusie baseert. Overigens heeft de cardioloog op de zitting verklaard dat het niet uitgesloten is dat destijds niet van alle telefoontjes naar de polikliniek cardiologie een aantekening werd gemaakt, maar dat op dit vlak inmiddels wel verbeteringen zijn doorgevoerd.

Conclusie

4.11 De conclusie is dat klager niet ontvankelijk is in het beroep voor zover dit gaat over de klachtonderdelen c, e en f, en dat het Regionaal Tuchtcollege de klachtonderdelen a, b en d terecht ongegrond heeft verklaard. Het Centraal Tuchtcollege zal klager in het beroep gedeeltelijk niet-ontvankelijk verklaren en het beroep voor het overige verwerpen.

5. De beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

verklaart klager niet-ontvankelijk in het beroep voor zover dit betrekking heeft op de klachtonderdelen c, e en f;

verwerpt het beroep voor het overige.

Deze beslissing is gegeven door: Z.J. Oosting, voorzitter, T.W.H.E. Schmitz en H.M. Wattendorff, leden juristen en E.M. Koomen en M. Michels, leden beroepsgenoten, bijgestaan door E.D. Boer, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 12 maart 2025.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.