

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 11166d

Uitspraak: 27 september 2012

**HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS-
ZORG**

TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 20 oktober 2011 binnengekomen klacht van:

A

B

C

wonende te D en E

klagers

gemachtigde van C, dhr. F

tegen:

Franciscus Jozef TER WOORST

cardiothoracaal chirurg

werkzaam te Eindhoven

BIG-registratienummer 39025015801

verweerder

gemachtigde mr. K. Mous te Nijmegen

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift
- het verweerschrift
- de repliek
- de dupliek
- het proces-verbaal van het mondeling vooronderzoek
- de brief van de gemachtigde van verweerder d.d. 26 juni 2012
- transcripties van geluidsopnamen ontvangen op 3 juli 2012 van klagers

- de brief d.d. 10 juli 2012 met het medisch dossier van de gemachtigde van verweerder
- de brief met bijlagen d.d. 18 juli 2012 van de gemachtigde van verweerder.

Klagers A, B en de gemachtigde van C, F, hebben gebruik gemaakt van de mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek te worden gehoord. Verweester en haar gemachtigde hebben daarvan geen gebruik gemaakt. Van dat vooronderzoek is proces-verbaal opgemaakt dat zich onder de stukken bevindt.

De klacht is ter openbare zitting van 20 augustus 2012 behandeld. Van klagers waren aanwezig A en B; voorts de gemachtigde van C de heer F. Klagers hebben zich ter zitting tevens laten bijstaan door mr. R.L.M. van Dalen te Eindhoven. Verweester en haar gemachtigde waren aanwezig. De standpunten van partijen zijn toegelicht, waarbij zowel A en B alsook de gemachtigde van verweester gebruik hebben gemaakt van pleitnotities, welke zijn overgelegd.

Allereerst is aan de orde gesteld of de door klagers overgelegde transscripties van geluidsopnamen in de onderhavige procedure mogen worden betrokken c.q. als bewijs mogen worden gebezigd. De gemachtigden, mr. Van Dalen en mr. Mous, hebben de standpunten van partijen daaromtrent naar voren gebracht. Na een schorsing en beraad door het college, heeft het college besloten dat de transscripties geen onderdeel uit mogen maken van deze procedure om reden dat de gesprekken heimelijk zijn opgenomen en klagers zelf hebben aangegeven dat die opnamen plaatsvonden opdat zij de gebruikte medische terminologieën nog eens zouden kunnen nazoeken en zij een en ander op een later tijdstip konden uitleggen aan de toen zeer jonge dochter van de patiënt. Het gebruik van die opnamen om als bewijs te dien van de inhoud van de gevoerde gesprekken zou nimmer de bedoeling zijn geweest, aldus klagers, zodat het college niet vermog in te zien waarom klagers het opnemen van die gesprekken dan niet met betrokkenen hebben besproken of tenminste aan hen hebben gemeld.

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende:

O, geboren in januari 1967, nader te noemen: de patiënt, was sinds 1993 bekend met M. Hodgkin, met tweemaal een recidief (in 1994 en in 1998), waarvoor hij meerdere keren met lokale radiotherapie en eenmalig met beenmergtransplantatie is behandeld. Op 19 mei 2009 werd patiënt opgenomen in H te I, waar de behandelend cardioloog een endocarditis diagnosticeerde. Op 10 juni 2009 hebben de cardiologen van dit ziekenhuis een klepvervanging op korte termijn na antimicrobiële behandeling voorgesteld hetgeen resulteerde in een schriftelijke overdracht van H naar het ziekenhuis, alwaar verweerder werkzaam is. In H is de longarts voor de preoperatieve beoordeling geconsulteerd. Deze had in het verleden een CT-scan van de thorax laten maken en heeft de daarop gevonden afwijkingen geduid als gevolg van de bestralingen van weleer. De longarts vond, gelet op zijn eerdere bevindingen, geen contra-indicatie voor de klepvervangende operatie. Patiënt kwam in aanmerking voor een reguliere aortaklepvervanging met urgentie. Door verweerder is patiënt vervolgens in het op 11 juni 2009 in H gehouden hartteamoverleg geaccepteerd voor de te verrichten hartklep-operatie met urgentie van een week. In eerste instantie was het risico als low ingeschat, maar gelet op de herhaalde radiotherapie in het verleden is het risico door hem als medium gekwalificeerd. De euroscore is niet toegepast, maar zou tot de classificatie 'low risk' hebben geleid.

Op 17 juni 2009, naar het protocol ook voorschrijft: een dag voor de operatie, heeft een nurse practitioner patiënt opgenomen. Van het intakegesprek heeft zij zowel in het medisch dossier als in het verpleegkundig dossier aantekeningen gemaakt. Zij heeft tezamen met een arts assistent kennis genomen van een in opdracht van haar gemaakte thoraxfoto en in de medische status aangetekend dat die foto geen infiltraten laat zien en aangetekend: "X-thorax geen infiltraten. CT thorax wordt opgevraagd. Densiteit re? Afw LBK?". Zij heeft in H de CT-scan opgevraagd en naar aanleiding van haar bevindingen van de thoraxfoto telefonisch overleg gevoerd met patiënts' longarts in H, die gelet op zijn bevindingen geen bezwaar had tegen een operatie, hetgeen bevestigd was door patiënts' cardioloog in H. Van het opvragen van de CT-scan en het overleg met de longarts zijn door haar aantekeningen gemaakt in het verpleegkundig dossier. Zij heeft diezelfde middag nog overleg gehad met de cardiothoracaal chirurg (hierna chirurg c te noemen), die - op basis van de verwijzing door verweerder - aangewezen was de operatie te verrichten. Zij heeft melding gemaakt van haar bevindingen, met name naar aanleiding van de thoraxfoto en de telefonische informatie van de zijde van de longarts uit het verwijzende ziekenhuis. Zij heeft tevens gemeld dat zij ook de CT-scan die daar gemaakt was, had opgevraagd. Dat dit gesprek heeft plaatsgevonden, heeft de nurse practitioner aangetekend in het dossier. Chirurg c heeft de patiënt kort voor de operatie gesproken. Zij heeft met hem gesproken over de risico's van operaties in het algemeen en niet over de risico's van deze operatie in het bijzonder.

Op 18 juni 2009 is de operatie door chirurg c gestart. De opgevraagde CT-scan was op dat moment nog niet ontvangen. Vrijwel meteen aan het begin van de operatie constateerde chirurg c dat de weefsels ten gevolge van de eerdere bestralingen onverwacht strak en stug van consistentie waren, hetgeen het openen van het sternum (het borstbeen) bemoeilijkte. Zij heeft daarop een cardiothoracaal chirurg (hierna chirurg b te noemen), die zelf op het punt stond om te gaan opereren, om advies gevraagd. Deze adviseerde haar om het sternum te openen met behulp van een asymmetrische spreider om ruimte te creëren en vooral voorzichtig te werk te gaan. Chirurg c heeft daarop zelfstandig de operatie hervat. Kort daarna ontstond als gevolg van scheuring door littekenweefsel een bloeding van de vena anonyma, als gevolg van een scheuring van structuren, die zij niet gestopt kreeg. Zij heeft daarop de hulp van een andere cardiothoracaal chirurg (hierna chirurg a te noemen), eveneens bezig met een operatie elders, ingeroepen. Deze heeft de plaats van chirurg c overgenomen, die voor het hele vervolg van de operatie de plaats van de assisterend cardiothoracaal chirurg heeft ingenomen. Chirurg a heeft de patiënt aangesloten op de hartlongmachine en door middel van diepe koeling en het aanbrengen van een stuk PTFE graft ter plekke de bloeding weten te stoppen. Hij zag zich echter genooddaakt om zijn eigen operatie voort te zetten, waarop hij en chirurg c de hulp van verweerder hebben ingeroepen, die de hartklep bij de patiënt heeft vervangen. Toen ook verweerder zich genooddaakt zag zijn eigen operatie voort te zetten, heeft chirurg a de operatie ten tweede male overgenomen. Op dat moment bleek sprake te zijn van een ernstige luchtlekkage. De arteria pulmonalis en de linker hoofdbronchus bleken open te staan, waarop chirurg b, eveneens ten tweede male bij de operatie werd geroepen. Deze besloot een pneumectomie te verrichten, waarop een hartfalen van de rechter harthelft volgde, waaraan de patiënt is overleden.

Chirurg a en verweerder hebben het operatieverslag opgemaakt. Het operatieverslag is niet gedateerd.

Na het overlijden van de patiënt hebben chirurg a en chirurg c de familie van de patiënt over diens overlijden en het verloop van de operatie ingelicht. Onder meer is gemeld dat de patiënt een natuurlijke dood is gestorven. Na 18 juni 2009 hebben nog vele gesprekken met de familie plaatsgevonden, onder andere op 10 augustus en 7 september 2009 met chirurg a.

Op 7 oktober 2009 heeft een calamiteitenmelding plaatsgevonden op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen aan de directie van het ziekenhuis.

3. Het standpunt van klagers en de klacht

Klagers verwijten verweerder het navolgende:

1. ernstige onzorgvuldigheid in de voorbereiding van de operatie voor wat betreft kennisneming van alle feiten rondom de patiënt, dat hij heeft nagelaten besprekingen met betrokken artsen te voeren, nauwelijks overleg in het eigen hartteam heeft gevoerd, niet heeft kennisgenomen van de CT-scan van de in het verleden meerdere malen bestraalde patiënt;
2. dat hij het risico van de operatie onjuist heeft ingeschat en geen onderbouwing van de inschatting heeft gegeven;
3. dat geen verslaglegging van de operatie heeft plaatsgevonden;
4. dat hij geen calamiteitenmelding aan de IGZ heeft gedaan.

Klagers hebben met nadruk verwezen naar het rapport van J van K en het rapport van L, M.

Kort en zakelijk weergegeven, hebben klagers nog het volgende aangevoerd.

Verweerder had één week de tijd zich te verdiepen in de voor hem onbekende patiënt. Verweerder heeft geen X-thorax of CT-scan gezien, terwijl in H veel informatie voorhanden was. Door de eerdere bestralingen heeft verweerder een hoger risico toegekend; hij was echter niet op de hoogte van de omvang en de plaats waar de bestralingen hadden plaatsgevonden. De inschatting had moeten uitkomen op 'high risk'.

Het OK rapport was ver onder de maat, zeer summier en vol fouten.

Het was verweerder duidelijk dat er onverklaarbare dingen waren gebeurd met fatale afloop. Als manager had verweerder de noodzaak van een melding moeten zien. Hij had moeten zorgen voor een goede procedure.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft - kort en zakelijk weergegeven - verweer gevoerd als volgt.

Verweerder is zelf niet of nauwelijks betrokken geweest bij het tot stand komen van de rapporten waarnaar klagers verwijzen. Zo is verweerder nooit in de gelegenheid gesteld om een concept rapport te beoordelen. Er zijn in de rapporten feitelijke onjuistheden geslopen, hetgeen voorkomen had kunnen worden. In deze procedure is niet van belang of verweerder anders of beter had kunnen handelen, maar of hij met de wetenschap van toen binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven. De situatie van patiënt is in het hartteamoverleg op 11 juni 2009 besproken aan de hand van de brief van de behandelend cardioloog d.d. 10 juni 2009. Verweerder constateerde dat patiënt in het verleden meerdere malen bestraald was, reden waarom hij op basis van de destijds beschikbare informatie het risico als medium inschatte. Op basis van de zogenaamde Euroscore zou het risico als laag zijn ingeschat. Omdat sprake was van een vitale indicatie hanteerde verweerder een termijn van één week waarbinnen de hartklepvervanging moest plaatsvinden. Uit voormelde verwijsbrief blijkt

niet dat er sprake was van een CT-scan. De CT-scan is tijdens het overleg ook niet ter sprake gebracht, zodat verweerder daarmee niet bekend was. Het is bij een overplaatsing gebruikelijk dat de cardioloog alle relevante gegevens met betrekking tot de patiënt mee stuurt naar het overnemende ziekenhuis. Het is de taak van de operateur (ontbrekende) gegevens op te vragen.

De betrokkenheid van verweerder bij de operatie is beperkt gebleven tot het plaatsen van de hartklep. Daarvan heeft hij aantekeningen gemaakt in het operatieverslag. Verweerder erkent dat zijn aantekeningen betrekkelijk summier zijn. Deze zijn naar zijn mening niet zodanig summier dat hij daarmee tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. De aantekeningen waren voldoende om voor andere hulpverleners inzichtelijk te maken wat de stand van zaken was. De aantekeningen zijn niet bedoeld om vast te leggen welke handelingen tijdens de operatie hebben plaatsgevonden, wat besproken is e.d. Blijkens artikel 4a van de Kwaliteitswet Zorginstellingen rust de verplichting tot melding van calamiteiten niet op de arts, maar op de zorgaanbieder. Het ziekenhuis had in 2009 nog geen adequate procedure beschikbaar voor de interne melding van calamiteiten aan de raad van bestuur. Dit valt verweerder niet te verwijten. Het al dan niet doen van een calamiteitenmelding kan niet worden aangemerkt als een doen of nalaten met één van de in artikel 47 lid 1 Wet BIG genoemde tuchtnormen.

5. De overwegingen van het college

Het college overweegt met betrekking tot de klachtonderdelen als volgt:

Ad 1.

Vast is komen te staan dat het voorhanden zijn van een CT-scan noch in de verwijfsbrief is opgenomen noch tijdens het hartteamoverleg aan de orde is geweest. Gebruikelijk bij een patiëntoverdracht is dat alle gegevens met de patiënt worden meegegeven dan wel door de verwijzend specialist worden verstrekt. Niet de cardiothoracaal chirurg die de patiënt accepteert, maar de operateur/hoofdbehandelaar checkt of er voldoende gegevens voorhanden zijn voor de operatie en beoordeelt of de situatie zo nodig met andere collegae dient te worden besproken. Verweerder heeft de patiënt met vitale indicatie geaccepteerd. Hoewel deze methode van overdracht risico's met zich mee kan brengen, kan naar het oordeel van het college te dezen niet worden gezegd dat verweerder ernstig onzorgvuldig heeft gehandeld.

Ad 2.

Het risico is door verweerder ingeschat op basis van de aan hem ten tijde van het hartteamoverleg verstrekte gegevens. Vanwege het feit dat patiënt driemaal was bestraald, heeft verweerder het risico ingeschat als medium. Naar het oordeel van het college is dat op dat moment een realistische inschatting geweest.

Ad 3.

Er heeft wel verslaglegging van de operatie plaatsgevonden. Verweerder staat ook in het verslag vermeld als verantwoordelijke voor een deel van die verslaglegging. Het college is van oordeel dat de door verweerder gedane verslaglegging acceptabel is. Wel merkt het college op dat er in het operatieverslag, dat pas na herhaaldelijk verzoek van klagers aan hen is overgereikt, storende fouten zijn vermeld c.q. blijven staan. Zo leest het college dat er sprake zou zijn van een ischaemische hartziekte, quod non; de standaardinstructie is er in blijven staan voor de situatie dat een patiënt na een dergelijke operatie overgebracht moet worden naar de intensive care.

Ad 4.

Het lag niet op de weg van verweerder een calamiteitenmelding te doen. De verplichting tot melding van calamiteiten aan de Inspectie ligt bij de directie van het ziekenhuis. Een interne melding aan de directie dient door de hoofdbehandelaar te worden gedaan.

Hetgeen hiervoor is overwogen, brengt mede dat de klacht in al zijn onderdelen ongegrond wordt bevonden.

6. De beslissing

Het college:

- wijst de klacht af.

Aldus beslist door mr. P.G.Th. Lindeman-Verhaar als voorzitter, mr. E.J.M. Walstock-Krens als lid-jurist, J.A.M. te Riele, L. Relik-van Wely en dr. O.J. Repelaer van Driel als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van mr. C.W.M. Hillenaar als secretaris en in het openbaar uitgesproken op 27 september 2012 in aanwezigheid van de secretaris.