

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: G2011/22

**Rep.nr. G2011/22**  
4 december 2012

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG  
TE GRONINGEN**

Het College heeft het volgende overwogen en beslist over de op 15 maart 2011 binnengekomen klacht van:

**DE INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG,**  
klaagster, verder te noemen: “de inspectie”,

tegen

**A,**  
correspondentieadres te B,  
verweerder,  
BIG reg.nr.: -,  
advocaat: mr. A.H. Wijnberg.

1. Verloop van de procedure

Voor het verloop van deze procedure tot aan de tussenuitspraak van 13 november 2012 wordt naar deze tussenuitspraak verwezen. Ingevolge deze uitspraak heeft verweerder bij brief van 23 november 2012 twee originele getuigschriften in het geding gebracht, te weten een “Getuigschrift van bijzondere bekwaamheid in de Vaatheelkunde” van het Belgisch Genootschap voor Vaatheelkunde, gedateerd 19 maart 2011 en een getuigschrift dat hij op 10 maart 2012 het examen van “the European Board of Vascular Surgery” heeft behaald. De Inspectie heeft hierop bij brief van 29 november 2012 laten weten dat zij heeft kennisgenomen van deze documenten en geen reden ziet hierop inhoudelijk te reageren.

2. Vaststaande feiten

Als enerzijds gesteld en anderzijds niet of onvoldoende weersproken, dan wel op grond van onvoldoende betwiste verklaringen van de onder ede gehoorde getuigen, staat het volgende vast.

## 2.1

De patiënte in deze zaak is mevrouw C, geboren op xx-xx-xx, verder te noemen: "patiënte". Zij werd op 14 september 2009 door haar huisarts verwezen naar de Spoedeisende Hulp van D, locatie E te B, verder te noemen: het ziekenhuis. De huisarts maakte er melding van dat patiënte sinds enkele weken pijn in de onderbuik en de flank had en dat deze pijn op de morgen van de verwijzing plotseling was toegenomen. Hij stelde een acute buik vast en wenste van de specialisten in het ziekenhuis opheldering over de oorzaak van de klachten.

## 2.2

Patiënte kwam omstreeks 19:10 uur ondersteund, maar lopend, aan bij de polikliniek. De ervaren SEH-verpleegkundige H zag een patiënte die een zieke indruk maakte en die hem zei dat ze hevige pijn in haar onderrug had en dat zij in de ochtend iets had voelen knappen in haar lichaam. De bloeddruk was laag (105/55). H sloot zijn bevindingen kort met de arts-assistent F. Hij vertelde hem daarbij onder meer dat hij dacht aan een aneurysma abdominalis aortae (zwelling van de lichaamsslagader in de buik), verder ook te noemen: AAA. F noteerde uit de mond van patiënte dat zij een paar weken wat vage buik- en flankpijn had, dat zij de afgelopen nacht wakker werd van de pijn, rechtop ging zitten en toen "iets" in haar buik voelde "knappen". Zij werd daarop zweterig en ging weer liggen. Sindsdien had zij een doof gevoel, koude benen en ook pijn in de rug, aldus patiënte. Omstreeks 19:20 uur verzocht de verpleegkundige G verweerder, die in deze zaak als hoofdbehandelaar geldt en op weg was naar huis, naar patiënte te komen kijken. Deze liep volgens haar verklaring aanvankelijk door, maar is vervolgens wel naar de afdeling gegaan. Verweerder heeft patiënte onderzocht. Er zijn daarvan geen aantekeningen in het dossier. Het beleid dat werd ingezet, werd als volgt omschreven: prunacolon en morgen echo abdomen. De arts-assistent noteerde de volgende laboratoriumuitslagen (gegevens 19:29 uur): leukocyten: 15,8, CRP: 21, ureum: 11,3, Kreatinine: 128, Lactaat: 3,05 en voorts: X BOZ: uitgezette darmlissen en poep, diagnose: coprostase [ophoping van harde ontlasting bij verstopping van de darm] en dehydratie [uitdroging door overmatig verlies van lichaamsvocht], met als differentiaal diagnose: acuut AAA; pols: 115, RR: 112/78, temp.: 36,8.

## 2.3

Patiënte werd ter observatie in het ziekenhuis opgenomen.

Omstreeks 20:30 uur belde F met verweerder over de laboratoriumuitslagen. Hij was bezorgd over het verhoogde lactaat en de nierfunctiestoornissen die daaruit bleken. Verweerder meende dat het verhoogde lactaat mogelijk het gevolg was van de COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Chronisch Obstructieve Longziekte) en nierfunctiestoornissen waaraan patiënte leed.

De bloeddruk was omstreeks 21:00 uur: 125/60. Om 22:30 uur werd een bloeddruk van 84/58 vastgelegd in de 24- uurs lijst van het observatorium.

Omstreeks 23:00 uur viel patiënte na bezoek aan het toilet. De bloeddruk daalde zo dat alleen een onderdruk van 65 meetbaar was. Door infuustoediening steeg deze weer: 98/68. Op 15 september 2009 omstreeks 01:30 uur was er weer een sterke daling: 70/328. De eveneens ervaren SEH-verpleegkundige I, die de dienst van H had overgenomen, dacht op grond van deze extreem lage bloeddruk direct aan een acuut AAA en vroeg de arts-assistente J, die op haar beurt de dienst van F had overgenomen, de

chirurg (verweerder) te bellen. J dacht ook meteen aan een acuut AAA. Zij verzocht de anesthesist/intensivist telefonisch onmiddellijk naar het ziekenhuis te komen. Deze gaf aan dit verzoek gevolg. Ook belde zij op aandringen van de anesthesist/intensivist verweerder thuis op en rapporteerde hem haar bevindingen. Blijkens het daarvan door haar opgemaakte verslag, dat zij ter terechtzitting onder ede heeft bevestigd, had dit gesprek de volgende inhoud:

“Ik vertel hem dat het met patiënte erg slecht gaat, dat ze tachycard is en hypotensief en in bed ligt met een gaspende ademhaling, dat de buik opgezet is en stil, dat ik denk dat het een AAA kan zijn en dat de anesthesist al in huis is. Dr. A vertelt mij dat hij patiënte zelf gezien heeft 's avonds en dat ze geen AAA heeft, maar obstipatie. Hij zegt ook dat ze niet in shock is en dat ze benauwd is bij haar COPD, dat ze naar de IC mag en aan de beademing. Met deze reactie kan ik helemaal niets, omdat het naar mijn idee klinkt alsof hij totaal niet naar mij luistert. Het komt er dus op neer dat hij dus niet in huis komt [...]”.

Nadat J de anesthesist had gezegd dat verweerder niet wilde komen, belde deze met verweerder die vervolgens tegen 02:00 uur alsnog kwam. Verweerder dacht nu ook zelf aan een acuut AAA. Hij gaf opdracht tot het maken van een CT-scan. De anesthesist/intensivist had patiënte om 01:44 uur gezien, de situatie als spoedeisend beoordeeld, het OK-team opgeroepen en bloed besteld.

Bij het overtilen van de brancard op de röntgentafel verslechterde de toestand van patiënte zo acuut dat ze moest worden gereanimeerd, waarna om 01:55 uur alsnog een scan werd gemaakt.

De al genoemde radioloog concludeerde op grond van deze scan tot het bestaan van het beeld van een geruptureerd infrarenaal AAA (gebarsten AAA onder het niveau van de nierslagaders). Verweerder ving de operatie aan omstreeks 02:15/02:30 uur. Patiënte overleed om 03:31 uur tijdens de operatie in een toestand van hypovolemische shock (de druk in de bloedvaten was te laag om de vitale lichaamsfunctie in stand te houden ten gevolge van ernstig bloedverlies bij het aneurysma). De operatie werd uitgevoerd door verweerder.

## 2.4

Het ziekenhuis heeft het overlijden van patiënte aangemerkt als een calamiteit en een onderzoek ingesteld. Het rapport van dat onderzoek gaf de Inspectie voor de Gezondheidszorg aanleiding ook zelf een onderzoek te verrichten.

## 2.5

Verweerder is geboren op 1 juli 1962 en is dus thans vijftig jaar. Hij heeft zijn opleiding afgerond in N in 1995, waarna hij drie jaar werkzaam is geweest als assistent-geneeskundige niet in opleiding bij de afdeling algemene chirurgie te L en vervolgens bij de afdeling cardiopulmonale chirurgie te M en N. Van 1998 tot 2005 werd hij in België opgeleid tot algemeen chirurg. In O en P nam hij van 2005 tot 2007 deel aan een opleiding tot vaatchirurg. Na een korte werkzaamheid te Q is hij vanaf 1 december 2007 tot 1 december 2009 werkzaam geweest in het ziekenhuis. Thans is hij als chirurg werkzaam te O.

## 2.6

Aan het tot stand komen van een definitief toelatingscontract met het ziekenhuis was de voorwaarde verbonden dat verweerder het Nederlandse certificaat vaatchirurgie zou behalen. Het is hem niet gelukt om binnen de daarvoor gestelde – en eenmaal verlengde - termijn aan deze voorwaarde te voldoen. Toen in september 2009 bleek dat hij niet kon deelnemen aan een Europees examen ter verkrijgen van een kwalificatie

als vaatchirurg, omdat hij onvoldoende vaatchirurgische ingrepen zelfstandig had verricht dan wel in Nederland niet voor de vaatchirurgie gecertificeerd was, heeft de Raad van Bestuur van het ziekenhuis met instemming van de maatschap besloten het contract te ontbinden. De onderhavige calamiteit deed zich kort daarop voor. Een stage bij het K, die aanving op de datum van het ontslag bij het ziekenhuis, leidde niet alsnog tot de verwerving van het certificaat. Verweerder verkreeg op 19 maart 2011 echter van het Belgisch Genootschap voor Vaatheelkunde het "Getuigschrift van bijzondere bekwaamheid in de Vaatheelkunde".[1]

### 3. De klacht

De klacht bestaat uit de volgende onderdelen:

#### 3.1

Verweerder heeft onvoldoende zorgvuldigheid betracht bij de beoordeling van de patiënte met als gevolg het missen van de diagnose waardoor de behandeling niet of later tot stand kwam en de levensverwachting van patiënte toenemend verslechterde. Verweerder heeft in zijn rol van hoofdbehandelaar geen acht geslagen op alle signalen die hem werden gegeven in de periode in de vooravond toen hij door een verpleegkundige gevraagd werd bij patiënte te komen kijken en hij uiteindelijk besloot tot waakinfuusbeleid op de diagnose coprostase.

#### 3.2

Verweerder heeft in zijn rol van hoofdbehandelaar geweigerd in te gaan op het verzoek van de arts-assistent naar het ziekenhuis te komen. De arts-assistent handelde op aandringen van de anesthesist/intensivist. Pas toen deze laatste zelf belde, kwam verweerder wel.

#### 3.3

De aanloop naar de operatie voor een gebarsten aneurysma van de abdominale aorta was niet in overeenstemming met wat gebruikelijk is in de beroepsgroep. Verweerder onderkende ondanks de ernstige signalen het spoedeisende karakter niet en heeft bij patiënte ten onrechte eerst een CT-scan laten maken, wat een ernstige vertraging bij haar behandeling opleverde. Verweerder beschouwde haar echter inmiddels als haemodynamisch uiterst instabiel (wat de omloop van het bloed betreft), maar ging niet meteen over tot laparotomie (opening van de buik door een incisie).

#### 3.4

Het voor de eerste keer alleen uitvoeren van deze operatie heeft patiënte onnodig nog meer in gevaar gebracht. De arts was niet voldoende bekwaam en deskundig en is door zijn handelwijze buiten zijn deskundigheid getreden door de operatie zonder toezicht zelfstandig uit voeren. Verweerder had de bijstand van een collega moeten invoeren.

### 4. Het verweer

#### 4.1

De inspectie neemt ten onrechte als uitgangspunt van haar redenering en conclusie dat patiënte is overleden na de diagnose gebarsten infrarenaal aneurysma, terwijl het in deze casus gaat om een klinisch verloop. Verweerder heeft voldoende zorg betracht bij het vaststellen van de diagnose. Achteraf bezien bleek de diagnose onjuist te zijn, maar volgens vaste rechtspraak is een gemiste diagnose niet per definitie verwijtbaar.

## 4.2

Verweerder betwist dat hij heeft geweigerd naar het ziekenhuis te komen.

## 4.3

Verweerder achtte een CT-scan nodig om de locatie en de ernst van de vermoede ruptuur in kaart te brengen, aangezien hij het niet verantwoord achtte om te opereren zonder een duidelijk beeld van de situatie. Er was nog tijd voor het maken van een CT-scan en de anesthesioloog was akkoord.

## 4.4

Verweerder voerde dit type operatie inderdaad voor het eerst uit, maar achtte zich voldoende bekwaam en bevoegd. Hij verwijst hierbij naar een overzicht van de ingrepen die hij in de afgelopen jaren heeft uitgevoerd.

## 5. Beoordeling van de klacht

### 5.1

Het eerste klachtonderdeel slaagt. Bij zijn eerste onderzoek van patiënte heeft verweerder onvoldoende acht geslagen op de verwijzing door de huisarts, de anamnese en het lichamelijk onderzoek door de arts-assistent F. Hij heeft de geuite vermoedens omtrent een (acuut) AAA ten onrechte niet ernstig genomen. Tegenover de ter terechtzitting onder ede bevestigde verklaring van F dat hij hem, verweerder, heeft gezegd dat hij dacht aan een AAA, maar dat verweerder het daarmee niet eens was en dat daarover geen discussie mogelijk was, heeft hij onvoldoende ingebracht. De suggestie dat F deze differentiaaldiagnose pas later heeft "bijgeschreven" bij de bevindingen in het dossier, heeft verweerder onderbouwd met de stelling dat achter de diagnose "coprastase" en "dehydratie" met een andere pen tussen haakjes is geschreven "DD: A [Acuut] AAA". Wat daarvan zij, het gaat erom of F deze verdenking met verweerder op het tijdstip dat hier van belang is heeft uitgewisseld. Het College neemt aan dat dit het geval is geweest, gelet op de verklaring van F die steun vindt in de verklaring van de verpleegkundige H, beide bevestigd ter terechtzitting, hierop neerkomende dat zij beiden onmiddellijk aan een AAA dachten. Het verweer is te meer onaannemelijk omdat verweerder over zijn eigen bevindingen en conclusies geen enkele aantekening in het dossier heeft gemaakt waaruit met een redelijke mate van waarschijnlijkheid had kunnen worden afgeleid dat een AAA toen in het geheel niet ter sprake was geweest. Bij deze stand van zaken moet worden aangenomen dat het onderzoek van verweerder bij dit eerste contact met patiënte niet zorgvuldig is uitgevoerd. Reeds toen, bij de gemelde pijn in de buik, in de rug en de flank, de ook aan hemzelf gedane mededeling van patiënte dat er iets in de buik geknapt was (pagina 3 van het gesprek van de Inspectie met verweerder van 17 maart 2010; de patiënte zei hem tevens dat zij na het knappend geluid plotseling hevige pijn ervaren had) en de lage tensie, had verweerder naar het oordeel van het College onmiddellijk (mede) aan een (acuut) AAA moeten denken en dus de arts-assistent in zijn vermoedens moeten volgen, direct een echo moeten laten maken en zo nodig aanvullend een CT-scan. Het baat verweerder niet dat hij naar zijn zeggen niet geïnformeerd was over de lage tensie. Als dat al het geval is - wat het College niet aannemelijk acht gelet op de verklaring van F bij de Inspectie van 6 juli 2010 die ter terechtzitting onder ede is bevestigd - komt dat voor zijn rekening, omdat hij daarnaar dan had behoren te informeren dan wel zelf alsnog de bloeddruk had behoren te meten. Hij kon en mocht niet volharden in zijn eigen, onder deze omstandig-

heden, niet primair voor de hand liggende diagnose coprostase. Het verweer dat hij toen niet aan een AAA kon en behoefde te denken en dat het niet aangaat hem een verwijt ervan te maken dat hij een diagnose heeft gemist waaraan hij toen niet kon en behoefde te denken, wordt dus verworpen. Verweerder heeft integendeel al in deze eerste fase verzuimd de later dramatisch gebleken ontwikkeling van de toestand van patiënte een halt toe te roepen. Dit levert een ernstige kunstfout en dus een ernstig tuchtrechtelijk verwijt op.

Doordat verweerder bovendien alle genoemde harde gegevens niet op de juiste waarde kon of wilde schatten, heeft hij vervolgens als hoofdbehandelaar verzuimd gerichte instructies te geven aan het verpleegkundig en medisch personeel over de observatie van de patiënte. Het is bekend dat een lijder aan deze aandoening bij bedrust en het toedienen van vocht enigszins kan stabiliseren. Bij alleen lekkage kan de bloeddruk nog enige tijd stabiel blijven, maar bij inspanning zal de patiënt(e) collaboreren, hetgeen ook hier gebeurde toen patiënte het bed verliet voor bezoek aan het toilet.

Uit de ter terechtzitting afgelegde verklaringen van de getuige F en vooral die van I en J leidt het College af dat de communicatie met verweerder moeizaam verliep, dat hij slecht toegankelijk was voor adviezen en suggesties en onvoldoende open stond voor discussie daarover. Het College acht op grond hiervan aannemelijk dat belangrijke ontwikkelingen in de toestand van de patiënte, zoals de tensiedaling en de collaps, niet onmiddellijk aan hem werden doorgegeven. Deze gebrekkige instructies en communicatie komen voor zijn rekening als hoofdbehandelaar.

## 5.2

Het tweede klachtonderdeel slaagt eveneens. Verweerder heeft onvoldoende ingebracht tegen de onder ede bevestigde verklaring van de arts-assistente J, hierop neerkomende, dat hij niet wenste te voldoen aan haar verzoek naar het ziekenhuis te komen en dat hij vasthield aan zijn opvatting dat de benauwdheid van patiënte te wijten was aan COPD, terwijl zij juist in shock verkeerde en alles erop wees dat de aan het begin van de avond al geuite vermoedens van een (acuut) AAA juist waren. Ook deze handelwijze - verweerder gaf wel gevolg aan het verzoek van de anesthesist - wordt getroffen door een ernstig tuchtrechtelijk verwijt. Verweerder was blijkbaar gevoeliger voor de autoriteit van een collega dan voor de hem door de arts-assistente gepresenteerde feiten die ontegenzeggelijk spraken voor de nood waarin patiënte zich bevond. Vasthouden aan de diagnose benauwdheid als gevolg van COPD is onder deze omstandigheden onbegrijpelijk. Het in de stukken besloten liggende verweer dat de arts-assistente eerst hem en daarna pas de anesthesist/intensivist had behoren te bellen, wordt als onvoldoende relevant gepasseerd. Tussen de beide telefoongesprekken kan immers niet veel tijd verlopen zijn.

## 5.3

Patiënte had, toen zij bij het toiletbezoek was gecollaboreerd, meteen naar de operatiekamer moeten worden gebracht waar al belangrijke noodzakelijke handelingen hadden kunnen plaatsvinden. De anesthesist was immers al spoedig aanwezig. De beslissing van verweerder om, toen hij eindelijk zelf in het ziekenhuis was gearriveerd, alsnog een CT-scan te laten maken, was wederom een ernstige kunstfout, waaraan niet kan afdoen dat de anesthesist/intensivist, zoals deze tegenover de Inspectie heeft verklaard, zich in deze aanvullende diagnostiek kon vinden. Voor deze CT-scan bestond op dat moment geen enkele indicatie meer. Verweerder leek immers ook zelf overtuigd geraakt van de diagnose (acuut) AAA en het was in deze uiterst urgente situatie niet van belang om tevoren de juiste plaats van het aneurysma vast te stellen, zoals verweerder ter verklaring

van zijn handelwijze nog heeft aangevoerd. Door het toch nog maken van deze scan werd andermaal essentiële tijd die in het voordeel van patiënte had kunnen werken verspild. Daarbij kwam dat patiënte daarbij ook nog eens een hartstilstand kreeg, waardoor reanimatie nodig was. Ook daarmee ging kostbare tijd verloren. De operatie werd ten slotte pas om 02:30 uur aangevangen. Dat is in de omstandigheden van dit geval veel en veel te laat. Dit derde klachtonderdeel is dus eveneens gegrond.

#### 5.4

De lijst van operaties die verweerder in zijn hoedanigheid van chirurg heeft uitgevoerd, kan niet afdoen aan het feit dat hij de onderhavige operatie bij een geruptureerd aneurysma in de buik voor het eerst zelfstandig verrichtte. Op grond hiervan moet worden aangenomen, zoals ook wordt betoogd in het vierde klachtonderdeel, dat hij de bekwaamheid miste om deze operatie uit te voeren. Hij had dit dus niet mogen doen. Precieze gegevens over het verloop van de operatie ontbreken, omdat verweerder in strijd met de professionele regels geen operatieverslag heeft opgemaakt. Hij heeft, reeds door het ontbreken van een operatieverslag, onvoldoende ingebracht tegen de bevinding van de Inspectie dat het niet lukte de bloeding binnen de daarvoor geldende norm van ongeveer twee minuten tot stilstand te brengen: verweerder was er na vijftien- tot zestig minuten nog niet in geslaagd de klem(men) te plaatsen. De stelling van de Inspectie vindt bovendien steun in de door haar bij repliek geciteerde delen van het anesthesieverslag: “3.05 (...) klem zit er nog niet goed”, “3.25 (...) nog geen uitzicht op een goed zittende klem”, “03.30 uur (...) beslissing om te stoppen”. De onbekwaamheid van verweerder tot het uitvoeren van deze operatie is dus in de praktijk gedemonstreerd. Dit vierde klachtonderdeel slaagt dus in zoverre. Dat geldt ook voor het verwijt dat verweerder, gegeven zijn onbekwaamheid, een collega-chirurg te hulp had moeten roepen. Aldus had het leven van patiënte wellicht gespaard kunnen blijven.

#### 5.5.

Ter terechtzitting van het College heeft de raadsman van verweerder, zakelijk weergegeven, aangevoerd dat de Inspectie bij haar onderzoek niet objectief te werk is gegaan en de (inhoud van de) gesprekken heeft geregistreerd. Dit verweer is onvoldoende toegelicht en faalt dus al om deze reden. Het College is ook niet ambtshalve gebleken dat aan het onderzoek van de Inspectie gebreken kleven. Bovendien geldt dat het College tot zijn uitspraak komt op basis van eigen bevindingen. Het stond verweerder en zijn raadsman vrij de inhoud van het dossier, waaronder de stukken die betrekking hebben op het door de Inspectie uitgevoerde onderzoek, gemotiveerd te betwisten dan wel de personen die tijdens dat onderzoek verklaringen hebben afgelegd als getuigen (te doen) oproepen, hetzij tijdens het vooronderzoek, hetzij ter terechtzitting. Van deze vrijheid is deels gebruikt gemaakt, zodat een eventueel gebrek daardoor is geheeld en deels ook niet, waardoor de eventuele bezwaren geacht worden te zijn vervallen.

#### 5.6

Het College gaat voorbij aan de bezwaren die de raadsman heeft aangevoerd tegen de gang van zaken tijdens het vooronderzoek, omdat deze bezwaren geen steun vinden in het toepasselijke recht. Als dit al anders zou zijn, zijn ook deze bezwaren geheeld door de uitgebreide behandeling van deze zaak ter terechtzitting.

### 6. Overwegingen omtrent de afdoening van de zaak

### 6.1

Alle klachtonderdelen slagen. Tezamen roepen zij het beeld op van een reeks ernstige professionele fouten van een onbekwame (vaat)chirurg. Dat beeld wordt versterkt door een onvoldoende bereidheid of vermogen tot zelfreflectie. Op geen moment heeft verweerder laten blijken in te zien dat hij de toestand van patiënte verkeerd heeft ingeschat, dat hij de signalen van de verpleegkundigen en arts-assistenten ten onrechte heeft genegeerd, dat hij onvoldoende met hen heeft gecommuniceerd, dat hij kostbare tijd verloren heeft laten gaan, onder meer door het aanvragen van een CT-scan terwijl patiënte in een shock was en een onmiddellijke operatie was geïndiceerd, dat hij onbekwaam was tot het verrichten van de onderhavige operatie en dat hij deze onbekwaamheid ook heeft gedemonstreerd bij het uitvoeren van de ingreep. Hij heeft in deze procedure integendeel volhard in ontkennend en ontwijkend gedrag dat door de feiten wordt weerlegd. Tegen deze achtergrond komt aan de verklaring van verweerder tegenover de Inspectie dat het overlijden van patiënte hem spijt en dat hij ervan heeft geleerd onvoldoende betekenis toe (definitief verslag van het gesprek op 17 maart 2012). Verweerder heeft patiënte een reële kans ontnomen om haar aandoening te overleven.

### 6.2

Het heeft het College verbijsterd dat verweerder, op de vraag waarom hij - afgezien van de summiere berichtgeving aan de huisarts - geen deugdelijke aantekeningen heeft gemaakt van de behandeling, met inbegrip van een operatieverslag, ter terechtzitting heeft verklaard, zakelijk weergegeven, dat dit niet nodig was, omdat dergelijke aantekeningen alleen zinvol zijn voor een opvolgende behandelaar en dat die er nu eenmaal bij een overleden patiënte niet komt. Ook dit geeft blijk van een groot gebrek aan verantwoordelijkheidsbesef. Tevens is dit een uiting van een ontbrekende bereidheid voor het eigen professionele handelen verantwoording af te leggen.

### 6.3

Voor de stelling van verweerders raadsman dat "Barbertje moet hangen", waarmee hij kennelijk bedoelt dat zijn cliënt moet opdraaien voor door anderen of mede door anderen begane fouten, bestaat alles bijeengenomen geen grond. Verweerder draait op en moet opdraaien voor zijn eigen falen.

Het College volgt de raadsman echter in zoverre dat deze zaak kritische vragen oproept die mede betrekking hebben op het handelen en nalaten van anderen. Zo valt op dat het contract met verweerder ten tijde van deze dramatische ontwikkeling al was beëindigd, omdat hij het bewijs van bekwaamheid als vaatchirurg niet kon verkrijgen, maar dat hij kennelijk nog wel zelfstandig diensten draaide en mocht draaien op een terrein waarop zijn bekwaamheid nu juist geacht werd onvoldoende vast te staan. Ook kan de vraag worden gesteld hoe het kan zijn dat andere behandelaars het - vanaf het begin van de avond tot aan het overlijden van patiënte - zichtbaar falende beleid van verweerder niet met beslistheid hebben doorbroken, al was het maar door aan te dringen op de onmiddellijke komst van een gekwalificeerde vaatchirurg. Het is het College overigens niet ontgaan dat de Inspectie in haar rapportage melding maakt van ook naar het oordeel van het College noodzakelijke activiteiten van het ziekenhuis die als volgt worden omschreven:

- het verbeteren van de medisch-inhoudelijke/zorgrelateerde communicatie door hiervoor nadere afspraken vast te leggen, medewerkers hierin te trainen (naar het voorbeeld van KLM-crew managementtraining) en te toetsen op naleving van deze afspraken:



- het documenteren van een te volgen werkwijze hoe te handelen bij een vermoeden van een individueel gerelateerde onjuiste besluitvorming dan wel onjuist ingezette patiëntgerelateerde zorg en deze implementeren en toetsen op naleving.

#### 6.4

De genoemde kritische vragen doen echter aan het falen van verweerder, zoals hierboven beschreven, niet af. De feiten zijn zodanig ernstig dat zij slechts kunnen worden afgedaan door de oplegging van een van de zwaarste maatregelen die de wet kent. Op grond van het gebrek aan verantwoordelijkheidsbesef en zelfreflectie dat verweerder heeft getoond en de onbekwaamheid die uit zijn handelen blijkt, heeft het College overwogen hem een van de allerzwaarste maatregelen op te leggen, de doorhaling van zijn inschrijving of een gedeeltelijke ontzegging van zijn bevoegdheid. Na ampel beraad heeft het College besloten daarvan af te zien. Verweerder heeft inmiddels, zoals hierboven is vastgesteld, in België een erkenning als vaatchirurg verworven, alsmede – tot verbazing van het College, omdat dit essentiële gegeven in deze procedure niet eerder is gemeld – het hierboven genoemde Europese diploma op het gebied van de vaatchirurgie. Op grond daarvan moet worden aangenomen dat hij thans wel over de bekwaamheid beschikt om vaatchirurgische operaties als de onderhavige te verrichten. Voorts is hij niet eerder met de tuchtrechter in aanraking gekomen. Het is bij deze stand van zaken nog een stap te ver hem de mogelijkheid te ontnemen zich te rehabiliteren. Aan de oplegging van de maatregel die in de wet wordt genoemd na de zoëven vermelde zwaarste maatregelen, te weten de schorsing van de inschrijving van verweerder voor de maximale wettelijke termijn van één jaar, valt echter gelet op al het hiervoor overwogene niet te ontkomen. Het College acht geen termen aanwezig deze schorsing geheel of gedeeltelijk voorwaardelijk op te leggen. Dit brengt mede dat het College geen voorwaarden kan verbinden aan de beroepsuitoefening van verweerder na ommekomst van de periode waarvoor hij zal worden geschorst. Het College gaat er echter vanuit dat de Inspectie met verweerder zal bespreken welke stappen moeten worden ondernomen om herhaling van het onprofessioneel handelen als hier in het geding was te voorkomen. Daarbij gaat het, gezien de diploma's die verweerder na deze dramatische gebeurtenissen heeft behaald, niet zozeer, althans niet in de eerste plaats, om de vakinhoudelijke kennis en vaardigheden, als wel om zijn verantwoordelijkheid als medicus en de verplichtingen die daarmee zijn verbonden uit een oogpunt van beroepsethiek. Ten slotte zal het College klaagster verzoeken deze beslissing ter kennis te brengen van de Belgische autoriteiten en bij hen te bepleiten dat deze ook in hun land wordt geëffectueerd.

#### 7. Publicatie

Uit een oogpunt van algemeen belang zal het College de publicatie van deze uitspraak bevorderen zoals hieronder te omschrijven.

#### 8. Beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen:  
verklaart de klachtonderdelen alle gegrond;  
gezien de artikelen 48 en 71 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg,  
schorst de inschrijving van verweerder in het BIG-register voor de duur van één jaar;  
verzoekt klaagster deze beslissing ter kennis te brengen van de Belgische autoriteiten en bij hen te bepleiten dat deze ook in hun land wordt geëffectueerd;

bepaalt ten slotte dat deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is geworden, geheel in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan de tijdschriften Medisch Contact, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Gezondheidszorg Jurisprudentie ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus gewezen door mr.dr. H.L.C. Hermans, voorzitter, mr. P.W.M. Huisman, lid-jurist, mevrouw drs. E.M. ter Braak, drs. W.P. Haanstra en drs. H.R. van Dop, leden-geneeskundigen, bijgestaan door mevrouw mr. H.D. de Groot, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 4 december 2012 door mr.dr. H.L.C. Hermans, voorzitter, in tegenwoordigheid van mevrouw mr. N. Brouwer, secretaris.

De secretaris: De voorzitter: Tegen een eindbeslissing van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg kan binnen 6 (ZES) weken na de dag van VERZENDING van het afschrift van de beslissing schriftelijk beroep worden ingesteld door:

- de klager, voor zover zijn klacht is afgewezen, of voor zover hij niet-ontvankelijk is verklaard;
- degene over wie is geklaagd;
- de hoofdinspecteur en de regionaal inspecteur van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem toevertrouwde belangen aangaat.

Het beroepschrift moet binnen de termijn van 6 weken na de dag van VERZENDING **van de beslissing** op het secretariaat van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen zijn **ONTVANGEN**.

Het beroepschrift dient te zijn gericht aan:

- de secretaris van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag, maar te worden gezonden aan:
- de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen, Postbus 11144, 9700 CC GRONINGEN,

die voor doorzending van de stukken naar het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag zorgdraagt.

Het beroepschrift dient te bevatten:

- de naam, voornamen en het adres van degene die het beroep instelt;
- een duidelijke aanduiding van de eindbeslissing waartegen het beroep is gericht;
- de gronden van het beroep;
- de handtekening van degene die het beroep instelt, zijn advocaat of procureur of een andere gemachtigde.

[1] Voor de opmerkingen in het dossier dat verweerder reeds eerder een relevante Belgische kwalificatie had behaald, ziet het College onvoldoende feitelijke grondslag (pagina 2 van het gesprek van 6 juli 2010 van de Inspectie met R van de maatschap chirurgie van het ziekenhuis). Van deze kwalificatie is in dit geding geen bewijs geleverd.