

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2012.459

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE

voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2012.459 van:

1. A., wonend te B., 2. C., wonend te D. 3. E., wonend te D.,
appellanten, klagers in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. J.M. Beer, advocaat te Amsterdam,
tegen

F., cardio-thoracaal chirurg, werkzaam te B.,
verweerder in beide instanties,

gemachtigde: mr. K. Mous, advocaat te Nijmegen.

1. Verloop van de procedure

A., C. en E. – hierna klagers – hebben op 20 oktober 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven tegen F. - hierna de chirurg - een klacht ingediend. Bij beslissing van 27 september 2012 onder nummer 11166d heeft dat College de klacht afgewezen. Klagers zijn van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen.

De chirurg heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De door het Centraal Tuchtcollege uitgenodigde deskundige prof. dr. P. Sergeant heeft naar aanleiding van de hem door het College voorgelegde vragen schriftelijk rapport uitgebracht.

De zaak is in hoger beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaken met nummer C2012.456, C2012.457 en C2012.458 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 22 april 2014, waar zijn verschenen klaagster sub 2. en klager sub 3., bijgestaan door mr. Beer, en de chirurg, bijgestaan door mr. Mous. Klaagster sub 1. is niet verschenen.

Als deskundigen zijn gehoord prof. dr. P. Sergeant en prof. dr. B.A.J.M. de Mol.

Mr. Beer en mr. Mous hebben de standpunten van partijen nader toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

“2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende:

G., geboren 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 locale radiotherapie en eenmalig met beenmergtransplantatie is behandeld.

Op 19 mei 2009 werd patiënt opgenomen in het H. (het 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 het H. naar het ziekenhuis, alwaar verweerder werkzaam is. In het 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 het 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 het H. de CT-scan opgevraagd en naar aanleiding van haar bevindingen van de thoraxfoto telefonisch overleg gevoerd met patiënt's longarts in het H., die gelet op zijn bevindingen geen bezwaar had tegen een operatie, hetgeen bevestigd was door patiënt's cardioloog in het 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 - aangegeven 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 genoodzaakt 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 genoodzaakt 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 harte helft 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 dr. J. van het L. en het rapport van K. , senior inspecteur van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

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 het H. veel informatie voorhanden was. Door de eerdere bestralingen heeft verweerder een hoger risico toegerekend; 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 gesloten, 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 verwijsbrief 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.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep niet is bestreden.

Met betrekking tot de door klagers zonder medeweten en toestemming van de chirurg gemaakte bandopnamen, waarvan transcripties door klagers zijn overgelegd, wordt het volgende opgemerkt. De chirurg heeft aangevoerd dat die opnamen onrechtmatig verkregen bewijsmiddelen zijn en dat zij daarom geen bewijs kunnen opleveren in deze tuchtprocedure. In het midden kan blijven of, gelet op het doel van de onderhavige gesprekken en de inhoud daarvan zoals deze is weergegeven in de door klagers overgelegde transcripten, het maken van die opnamen onder de gegeven omstandigheden jegens de bij die gesprekken betrokken chirurgen onrechtmatig was. Ook als dat het geval zou zijn, leidt dat namelijk niet zonder meer tot uitsluiting van dergelijke opnamen als bewijsmiddel in een tuchtzaak op grond van de Wet BIG. Daartoe zijn bijkomende omstandigheden nodig. In het onderhavige geval gaat het om gesprekken met nabestaanden van de patiënt over de gang van zaken voor en tijdens de operatie. In een tuchtprocedure tussen enerzijds die nabestaanden en anderzijds een of meer van de bij de gesprekken betrokken artsen kan de inhoud van zulke heimelijk gemaakte opnamen in beginsel worden gebruikt als bewijs van hetgeen tijdens die gesprekken is gezegd. Wel kan er aanleiding bestaan om daarvan uit te zonderen vertrouwelijke gegevens omtrent de patiënt die weliswaar tijdens die gesprekken door een of meer van de artsen aan de nabestaanden zijn meegedeeld maar waarvan moet worden aangenomen dat openbaarmaking daarvan in die tuchtprocedure strijdig zou zijn met het belang van de overleden patiënt bij geheimhoudingsplicht van de betrokken arts of artsen ten aanzien van die gegevens. Dat van zulke gegevens in dit geval sprake was, is niet gebleken.

Voorts wordt ten aanzien van de inhoud van de gesprekken, zoals weergegeven in het overgelegde transcript, overwogen dat voorzover tijdens de gesprekken een of meer van de daarbij betrokken chirurgen afstand heeft genomen van de wijze waarop de operatie is voorbereid en uitgevoerd, het Centraal Tuchtcollege - mede gelet op de aard van de gesprekken, waarin het ging om aan de familie uitleg te geven van de gang van zaken en troost te bieden - daarin geen erkenning ziet door de betrokken chirurg van een hem of haar tuchtrechtelijk te verwijten handelen.

Mede in het licht van een en ander acht het Centraal Tuchtcollege het niet nodig dat kennis wordt genomen van de bandopnamen zelf.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1 Klagers hebben in hoger beroep hun klacht herhaald en nader toegelicht. De chirurg heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot afwijzing van het beroep.

4.2 Het Centraal Tuchtcollege begrijpt het (aanvullend) beroepschrift van klagers aldus, dat zij de gehele klacht in al zijn onderdelen opnieuw ter beoordeling aan het Centraal Tuchtcollege voorleggen. Voor zover in hoger beroep bezwaren zijn aangevoerd tegen de klachtbehandeling door het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg behoeven deze geen verdere bespreking, nu eventuele processuele tekortkomingen worden hersteld door dit hoger beroep. In zijn beoordeling zal het Centraal Tuchtcollege de volgorde aanhouden van de verschillende klachtonderdelen zoals die door het Regionaal Tuchtcollege zijn weergegeven in de bestreden beslissing.

4.4 Het Centraal Tuchtcollege stelt voorop dat het er bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

4.5 Ten aanzien van de klachtonderdelen 1. tot en met 3. heeft de behandeling van de zaak in hoger beroep het Centraal Tuchtcollege, mede gelet op de rapportage van de deskundige prof. dr. P. Sergeant en diens toelichting ter zitting, geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg. Deze klachtonderdelen zijn ongegrond.

4.6. Met betrekking tot klachtonderdeel 4. (kort samengevat dat de chirurg ten onrechte geen calamiteitenmelding aan de IGZ heeft gedaan) overweegt het Centraal Tuchtcollege het volgende. Van artsen die werkzaam zijn in een ziekenhuis mag worden verwacht dat zij incidenten en calamiteiten melden aan de raad van bestuur van het ziekenhuis. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege geldt dit bij een incident als het onderhavige, waarbij het gehele team van cardiothoracale chirurgen betrokken was, voor het gehele team, waaronder dus ook de chirurg. Dat het ziekenhuis in 2009 nog geen adequate procedure beschikbaar had voor de interne melding van calamiteiten aan de raad van bestuur doet aan het voorgaande niet af. Hetgeen klagers de chirurg verwijten is echter dat hij niet zelfstandig (rechtstreeks) een calamiteitenmelding aan de IGZ heeft gedaan. Dit is echter geen verplichting die op een individuele arts rust maar op de zorgaanbieder. Evenals het Regionaal Tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de chirurg op dit punt geen (tuchtrechtelijk) verwijt kan worden gemaakt. Dit klachtonderdeel is derhalve tevergeefs voorgesteld.

4.7. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de klacht in al haar onderdelen ongegrond is en het beroep van klagers dient te worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: mr. W.D.H. Asser, voorzitter, prof. mr. J.K. Gevers en

mr. T.L. de Vries, leden-juristen en dr. A.A. de Rotte en dr. R.T. Ottow, leden- beroeps-
genoten en mr. R. Blokker, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting
van 12 augustus 2014. Voorzitter w.g. Secretaris w.g.