

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: G2016/94

**Rep.nr. G2016/94**

20 december 2016

Def. 234

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG  
TE GRONINGEN**

Beslissing op de klacht van:

**INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG,**

gevestigd te Utrecht,

klaagster,

vertegenwoordigd door mevrouw drs. P.M. Sleenwenhoek en mevrouw mr. R.H. Algera,

tegen

**A,**

neuroloog,

werkende te B,

verweerder,

BIG reg.nr.: -.

1. Verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift met bijlagen van 26 juli 2016, ingekomen op 1 augustus 2016;
- het verweerschrift van 28 augustus 2016, ingekomen op 2 september 2016;
- het medisch dossier;

- het proces-verbaal van het op 3 oktober 2016 gehouden mondeling vooronderzoek onder leiding van mr. J. Wiersma-Veenhoven, plaatsvervangend secretaris van het college.

De klacht is behandeld ter openbare zitting van 15 november 2016. Partijen zijn verschenen. Klaagster werd vertegenwoordigd door haar gemachtigden in deze procedure en heeft haar standpunt aan de hand van een pleitnotitie toegelicht.

## 2. Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van de klacht gaat het college uit van de volgende feiten.

### 2.1

Op 4 juli 2013 heeft de Raad van Bestuur van het ziekenhuis C te D bij klaagster melding gedaan van een calamiteit. Het betrof de behandeling de heer E (hierna: patiënt). Op 27 november 2013 heeft de zoon van patiënt ook melding van de calamiteit gedaan bij klaagster. Naar aanleiding van deze meldingen heeft klaagster onderzoek gedaan, waaruit het navolgende is gebleken.

### 2.2

Op 16 juni 2013 is patiënt in pijnlijke toestand in huis aangetroffen. Hij werd met de werkdiagnose 'collaps bij koorts' naar het ziekenhuis gebracht en allereerst beoordeeld op de SEH; hij werd opgenomen op het observatorium. Patiënt werd vervolgens overgeplaatst naar de verpleegafdeling Interne/Neurologie, waar een internist hoofdbehandelaar werd. Vanwege een verslechterend klinisch beeld de dagen hierop is verweerder meermalen in consult geroepen. Er werden scans gemaakt. Verweerder voerde een conservatief beleid. Hij overlegde niet met de radioloog over diens bevindingen op basis van de gemaakte scans, te weten dat er sprake was van een myelumcompressie. Patiënt werd op 28 juni 2016 overgeplaatst naar een verpleegtehuis voor revalidatie. Op 15 juli 2013 werd hij geopereerd wegens een partiële cervicale dwarslaesie ten gevolge van een ruggemergcompressie bij een traumatische dislocatie op niveau C5-6.

## 3. De klacht

### 3.1 *Het verloop*

Op 16 juni 2013 trof de dochter van patiënt haar vader thuis aan, liggend in de woonkamer. Hij had zich naar de woonkamer versleept nadat hij bij kennis kwam onder aan de trap. Waarschijnlijk was hij van de trap gevallen, maar dat kon hij zich niet herinneren. Hij had veel pijn in zijn nek en kon slechts in één bepaalde houding liggen. Hij werd met de werkdiagnose 'collaps bij koorts' naar het ziekenhuis gebracht en opgenomen op de SEH. De arts-assistent van de SEH nam een anamnese af en verrichtte lichamelijk onderzoek. Er was sprake van drukpijn ter hoogte van de wervels T6-T7. Er werd een röntgenfoto van de thoracale wervelkolom gemaakt waarop de radioloog geen duidelijke ingezakte wervels zag. Wel was er sprake van een spondylotische haakvorming en er was een wat ontkalkt skelet zichtbaar. Ook uit het overig onderzoek volgde geen bevindingen die de arts-assistent aanleiding gaven patiënt als een traumapatiënt te kwalificeren. De werkdiagnose op de SEH was: malaise en koorts, mogelijk op basis van een luchtweginfectie bij COPD of een urineweginfectie. Patiënt werd opgenomen op de verpleegafdeling Interne/Neurologie, waar een internist hoofdbehandelaar werd. In de hierop volgende dagen verslechterde het klinisch beeld, onder andere door een toename

van de dwangstand van de nek, progressieve klachten in de nek en schouders en een hematoom op de linker thoraxhelft.

Op 19 juni 2013 werd verweerder telefonisch in consult geroepen door de dienstdoende kliniekarts. Besloten werd die dag een X-CWK en een CT-scan CWK/TWK te laten maken met als vraagstelling: *'flinke val, enkele dagen geleden gebeurd, nu toenemende pijn nek, nek in laterale flexie aldaar hematoom, fractuur?'*

Voordat de scans werden gemaakt, las verweerder de medische status van patiënt en de SEH-verslagen. Ook verrichtte hij lichamelijk onderzoek, waarbij hij niets alarmerends meende aan te treffen. Zo was er volgens hem geen sprake van uitvalsverschijnselen of een neurologische dwangstand. Zijn conclusie was dat er sprake was van pijn in de nek zonder aanwijzingen voor wortel- of myelumcompressie.

De scans werden gemaakt en door de radioloog beoordeeld. De radioloog concludeerde dat er cervicaal en thoracaal geen aanwijzingen waren voor een fractuur. Verweerder beoordeelde de scans zelf ook en zag ook geen afwijkingen, anders dan artrose passend bij een oudere patiënt. Hij adviseerde de kliniekarts om de orthopedisch chirurg en de fysiotherapeut in consult te roepen.

Op 20 juni 2013 verergerden de pijnklachten in de nek en schouders en de ingezette fysiotherapie liet geen vooruitgang zien. De orthopedisch chirurg werd in consult geroepen. Hij noteerde geen traumatische afwijkingen te vinden, maar stelde wel een opvallend krachtverlies in de rechterarm vast, waar patiënt ook over klaagde. Hiervoor zou aandacht van de neuroloog moeten worden gevraagd.

De volgende ochtend was de pijn verder verergerd, zonder dat hiervoor een oorzaak kon worden gevonden, en gaf patiënt aan ook krachtsverlies in zijn linkerarm te hebben. Verweerder werd wederom telefonisch geconsulteerd. Hij adviseerde, zonder patiënt te zien, verdere revalidatie met behulp van de fysiotherapeut. Die avond bleek patiënt ook krachtverlies in zijn benen te hebben. Ook had hij volgens het verpleegkundig rapport nauwelijks nog controle over zijn armen.

Op 23 juni 2013 werd een andere (dienstdoende) neuroloog geraadpleegd. Deze onderzocht patiënt en constateerde dat er sprake was van toenemende klachten, maar niet van een acute situatie. Zij handhaafde het vastgestelde beleid en zou de situatie van patiënt de volgende dag bespreken tijdens de grote visite van haar vakgroep. Ook werd op 23 juni 2013 een longarts in consult gevraagd. Er werd een X-thorax aangevraagd en beoordeeld. De longarts adviseerde de X-thorax de volgende dag te herhalen.

Op 24 juni 2013 werd patiënt bezocht door de neurologen van de vakgroep, onder wie verweerder. De gezamenlijke conclusie was dat er sprake was van neurologische uitval in armen en benen en dat er sprake was van een zorgelijke neurologische achteruitgang ten opzichte van de bevindingen uit het consult op 19 juni 2013. Aanvullende diagnostiek op basis van een MRI-scan diende plaats te vinden. Overwogen werd dat er sprake kon zijn van een myelumkneuzing. Verweerder vroeg vervolgens een MRI-scan aan, zonder spoedindicatie. Ook zocht hij geen contact met de radioloog.

De MRI-scan werd twee dagen later, op 26 juni 2013, gemaakt. Verweerder zag daarop wel een vernauwing van het wervelkanaal, maar geen radiologische tekenen van een myelopathie. Hij oordeelde dat neurochirurgisch ingrijpen niet nodig was, het beleid bleef conservatief. De radioloog beoordeelde de scan ook en zag dat het myelum op niveau C5-C6 wat werd gecompriëerd, maar ook hij vond geen duidelijke myelopathiehaard. Hij heeft verklaard dat hij zijn bevindingen telefonisch heeft doorgegeven aan verweerder. Verweerder kan zich dit niet herinneren. Verweerder heeft gesteld dat hij later die dag de scan opnieuw bekeek en de bevindingen van de radioloog las in het radiologieverslag. Ook heeft verweerder naar eigen zeggen overleg gevoerd met een neurochirurg van ziekenhuis F in G over eventueel operatief ingrijpen. De betreffende

neurochirurg kan zich dit overleg niet herinneren. Verweerder heeft gesteld dat hij met de neurochirurg had afgesproken hem de scanbeelden toe te sturen voor advies. Hiervan is geen aantekening gemaakt en verweerder heeft hierover ook niemand ingelicht.

Op 27 juni 2013 werd patiënt in het multidisciplinair overleg besproken. Verweerder was daarbij niet aanwezig. Verweerders nadere bevindingen en voorgenomen acties waren niet bekend en besloten werd het beleid op basis van het eerdere advies voort te zetten. Dit betekende dat patiënt zou worden overgeplaatst naar de revalidatieafdeling van een verpleeghuis om daar onder fysiotherapeutische begeleiding aan zijn herstel te werken. De familie van patiënt en de verpleegkundigen waren het hiermee niet eens. Een derde neuroloog (in afwezigheid van verweerder) werd door hen gevraagd naar de MRI-scan te kijken. Deze schrok van de aanwezigheid van een cervicaal probleem dat de neurologische uitval verklaarde. Hij vond hierover niets in het medisch dossier. Hij nam contact op met de internist die hoofdbehandelaar was. Deze liet weten deze bemoeienis van zijn collega ongewenst te vinden.

Verweerder zette zijn eerder ingezette beleid voort door de overplaatsing naar de revalidatieafdeling van een verpleeghuis door te zetten. Op 28 juni 2013 zocht de hoofdbehandelaar aldaar telefonisch contact met verweerder. Verweerder bevestigde dat er sprake was van een partiële cervicale dwarslaesie en lichtte het beleid toe. Patiënt werd hierop overgeplaatst. Van het gesprek en het advies is geen verslag gelegd.

Op 1 juli 2013 adviseerde de neurochirurg verweerder telefonisch patiënt een nek kraag om te doen en hem in te sturen voor een operatie. Verweerder informeerde de verpleeghuisarts over het gewijzigde beleid. Op 12 juli 2013 werd patiënt ingestuurd, waarna hij op 15 juli 2013 werd geopereerd. Hij had na de operatie blijvende beperkingen in zijn mobiliteit. Hij zat in een rolstoel en was incontinent. In december 2015 overleed patiënt, overigens, voor zover bekend, niet als gevolg van het hiervoor beschreven trauma en het beloop hiervan.

### *3.2 Resumerend*

Bij de behandeling van patiënt zijn meerdere fouten gemaakt en niet alleen door verweerder. Verweerders fouten hebben echter in hoge mate bijgedragen aan het delay in het onderkennen van de progressieve cervicale dwarslaesie en het instellen van een adequate behandeling. Daarnaast is hij volgens klaagster de enige betrokkene die geen inzicht in de onjuistheid van zijn handelen heeft getoond. Klaagster acht daardoor de kans op herhaling groot.

Een jaar na deze casus is met verweerder gesproken en het enige verbeterpunt dat hij aandroeg, was dat het contact met de radiologen is verbeterd. Ook sprak hij steeds over 'wij' in plaats van 'ik'. Hieruit leidt klaagster af dat hij over weinig zelfreflectie beschikt. Dat verweerder lering heeft getrokken uit de gebeurtenissen wordt nergens concreetiseerd. Iets anders dat opvalt, is dat hij niet heeft gereageerd op het conceptverslag van klaagster.

### 3.3 De klachtonderdelen

#### *3.3.1 Eerste klachtonderdeel*

Verweerder heeft ten aanzien van patiënt niet de zorg betracht die van een redelijk bekwaam handelend neuroloog mag worden verwacht door:

- geen/onvoldoende onderzoek te verrichten en, toen het klinisch beeld verslechterde,

- in onvoldoende mate een traumatologische verklaring hiervoor te betrekken in de differentiële diagnose.

1. Zo heeft verweerder op 19 juni 2013 ten onrechte niet gesignaleerd dat er op de SEH geen neurologisch onderzoek was verricht en dat dat dus alsnog diende te gebeuren om de situatie goed in te kunnen schatten.

2. Ook heeft verweerder op 21 juni 2013, toen hij voor de tweede maal in consult werd geroepen, in de toename van de klachten ten onrechte geen aanleiding gezien patiënt zelf te spreken/zien en te onderzoeken.

3. Voorts heeft verweerder ten onrechte geen contact met de radioloog gezocht over diens beoordeling van de MRI-scan.

### 3.3.2 Tweede klachtonderdeel

Verweerder heeft ten aanzien van patiënt niet de zorg betracht die van een redelijk bekwaam handelend neuroloog mag worden verwacht door:

- op 24 juni 2013 na te laten een spoedindicatie af te geven voor de MRI-scan en

- op 26 juni 2013, toen hem de van zijn eigen beoordeling afwijkende beoordeling van de radioloog van de MRI-scan bekend was, na te laten tijdige en adequate maatregelen te treffen om een passende behandeling voor patiënt te organiseren die was afgestemd op de bevindingen van de MRI-scan.

### 3.3.3 Derde klachtonderdeel

Verweerder heeft ten aanzien van patiënt niet de zorg betracht die van een redelijk bekwaam handelend neuroloog mag worden verwacht door collega-behandelaars niet goed te informeren en niet goed met hen af te stemmen, door

- hen op 26 juni 2013 niet in te lichten over het, van zijn eigen oordeel afwijkende en mogelijk ernstige gevolgen met zich brengende oordeel van de radioloog en

- hen evenmin in te lichten over zijn daaropvolgende overleg met de neurochirurg en de

vervolgacties uit dat overleg.

### 3.3.4 Vierde klachtonderdeel

Verweerder heeft onvoldoende aantekeningen gemaakt in het dossier van patiënt. Zo ontbreken in het dossier:

- het verslag van zijn bevindingen op 24 juni 2013, het besluit een MRI-scan aan te vragen en de heropening van het neurologisch consult;

- het verslag van zijn herziene bevindingen op 26 juni 2013 en zijn overleg met de neurochirurg op diezelfde datum.

## 4. Het verweer

Verweerder erkent dat hij in deze casus inderdaad op een aantal momenten onjuist dan wel inadequaat heeft gehandeld. Wel is hij van mening dat het feit dat hij de aard van het trauma van patiënt niet kende en dat dit, in combinatie met het feit dat de CT-CWK volgens hem geen traumatische afwijkingen liet zien, zijn handelen begrijpelijker maakt. Niettemin onderschrijft hij de meeste conclusies van klaagster. Hij heeft echter wel degelijk geleerd van de casus en schat de kans op herhaling dan ook, in tegenstelling tot klaagster, niet groot in. Zo is hij tegenwoordig neuroloog bij de rugpoli H te I waar hij alleen nog maar poliklinisch werk verricht. Hij behandelt geen spoedpatiënten meer. De setting waarin hij nu werkt, is dus anders dan ten tijde van het bewuste incident en daarnaast verloopt het contact met de radiologen ook anders. Bij zijn vorige werkgever was het contact met de radiologen slecht, omdat de neurologen ontevreden waren over

hun deskundigheid. Verweerder voelde zich op zijn vorige werkplek overigens al een lange tijd niet meer prettig door de interactie met het management. In juli 2014 is hij daar in overleg met de directie weggegaan. Deze casus speelde ook een rol bij die beslissing, maar niet als enige.

Wat zijn onvolledige dossiervoering betreft, geldt dat hij dat van zichzelf niet herkent. Over het algemeen houdt hij dossiers goed en volledig bij. Mogelijk speelde mee dat het niet altijd duidelijk voor hem was wat waar moest worden genoteerd in het EPD, waar toen nog niet zo lang mee werd gewerkt. Het gesprek met de neurochirurg heeft verweerder vanuit huis gevoerd. Hij vergat het de volgende dag vast te leggen in het EPD.

Waarom hij niet op het conceptverslag van de IGZ heeft gereageerd, kan hij niet meer terughalen. Misschien wachtte hij gewoon de definitieve versie af.

## 5. Beoordeling van de klacht

### 5.1

Het college wijst er allereerst op 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 wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

### 5.2 Algemeen toetsingskader

Artikel 7:453 Burgerlijk Wetboek

*De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard, waaronder de kwaliteitsstandaard, bedoeld in artikel 1, onderdeel z, van de Zorgverzekeringswet.*

KNMG Richtlijn Gedragsregels voor artsen

*1.2 Aan ieder die zich tot hem wendt in zijn hoedanigheid als arts verleent hij de noodzakelijke behandeling, begeleiding, adviezen en beoordelingen overeenkomstig de eisen, die hem op grond van zijn beroep en deskundigheid mogen worden gesteld.*

*1.3 De hulpverlening door de arts dient van goede kwaliteit te zijn. Relevante aspecten in dat verband zijn:*

- deskundigheid;*
- doeltreffendheid en doelmatigheid;*
- patiëntgerichtheid;*
- zorgvuldigheid;*
- veiligheid.*

*De arts houdt zijn medische kennis en vaardigheden van dat deel van de geneeskunst dat hij beoefent op peil en levert waar mogelijk aan de ontwikkeling daarvan een bijdrage. Na- en bijscholing zijn hierbij noodzaak.*

## 5.2 Eerste klachtonderdeel

### 5.2.1 Aanvullend toetsingskader

CBO-richtlijn Acute Traumatische Wervelletfels

Aanbevelingen paragraaf 3.1: Algemene aspecten van traumaopvang en onderzoek

*- Patiënten, bij wie men een letsel van de thoracale en/of lumbale wervelkolom vermoedt en*

*die worden binnengebracht op een wervelplank, moeten meteen na het zekerstellen van de*

*ABC-functies worden overgeplaatst op een tafel, bed of brancard met een gepolsterde stevige onderlaag. Zolang dat niet is uitgesloten, worden zij behandeld als hebbende een*

*wervelletsel.*

*- Patiënten, bij wie men een letsel van de cervicale wervelkolom vermoedt, worden met een*

*nekkraag en blokken geïmmobiliseerd totdat een letsel is uitgesloten.*

*- Indien bij een patiënt met wervelletsel in een ziekenhuis zonder ervaring met operatieve*

*behandeling van wervelletfels, operatieve behandeling wordt overwogen, dient overleg plaats te vinden met een specialisme in een ziekenhuis waar deze ervaring wel aanwezig is.*

Aanbevelingen paragraaf 3.2: Het neurologisch onderzoek

*- Na zekerstelling van de ABC-functies dient op de Spoedeisende Hulp door een specialisme met neurologische expertise een (hetero) anamnese (zo mogelijk) afgenomen te worden en een volledig (in coöperatieve patiënten) neurologisch onderzoek verricht te worden om te bepalen of er sprake is van incompleet of compleet ruggenmergletsel en een neurologische syndromale diagnose te stellen (dwarslaesie, 'central cord syndrome', Brown Sequard-hemi-beeld, 'anterior cord syndrome', 'posterior cord syndrome', conus medullaris syndroom, cauda equina syndroom).*

*- Om te bepalen of er sprake is van een complete dwarslaesie dient de sacrale sensibiteit en de willekeurige activiteit van de anale sfincter nauwkeurig geëvalueerd te worden.*

*- De werkgroep beveelt aan om het neurologisch letsel volgens het systeem van de American Spinal Injury Association (ASIA) te bepalen en de ASIA Impairment Scale (AIS) vast te stellen. De mate van sensibele en motorische uitval dient tevens kwantitatief bepaald en vastgelegd te worden met behulp van het standaard formulier: 'Neurological Classification of Spinal Cord Injury' van de ASIA. Voorwaarde hiervoor is een coöperatieve patiënt (bijlage 3).*

*- Herhaling van het neurologisch onderzoek dient rond 72 uur na het ongeval te geschieden ter inschatting van de prognose. Het moet ook altijd postoperatief gedaan worden.*

*- Over de frequentie van controleren in patiënten die conservatief behandeld worden kan*

*geen concreet advies afgegeven worden. Om neurologische achteruitgang in deze patiënten te constateren, lijkt op z'n minst dagelijkse controle nodig en is laagdrempelige neurologische consultatie van belang bij iedere verdenking op neurologische verslechterings.*

### 5.2.2 *Beoordeling eerste klachtonderdeel*

19 juni 2013

Allereerst dient bezien te worden of verweerder op 19 juni 2013, tijdens het eerste telefonische consult, tuchtrechtelijk verwijtbaar te kort is geschoten door niet te signaleren dat er onvoldoende neurologisch onderzoek was verricht bij patiënt en hij dat (alsnog) diende te verrichten voor zijn beeldvorming en beoordeling van de situatie. Het college is van oordeel dat dit niet het geval is. Dit neemt niet weg dat de aangehaalde aanbevelingen van CBO-richtlijn worden gedeeld door het college. Bij patiënt werd echter op het moment waar het hier om gaat nog geen traumatologische aandoening, zoals een neurologisch letsel, vermoed. Er was geen fractuur geconstateerd en er was evenmin al sprake van uitvalsverschijnselen en/of een neurologische dwangstand van de nek. Verweerder heeft daarom niet tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld door op deze datum als eerste te volstaan met het beoordelen van een CT-CWK-scan. De beoordeling van deze scans gaf vervolgens ook geen aanleiding om op deze datum verder aanvullend neurologisch onderzoek te verrichten. Tot zoverre is het eerste klachtonderdeel dan ook ongegrond.

21 juni 2013

Na 19 juni 2013 veranderde de toestand van patiënt echter, in de zin dat de pijnklachten en nek en schouders verergerden en er progressieve neurologische uitvalsverschijnselen ontstonden. Vervolgens werd verweerder op 21 juni 2013 wederom telefonisch in consult geroepen. Ondanks de verslechterde situatie besloot verweerder patiënt niet te zien en adviseerde revalidatie met behulp van een fysiotherapeut. Het college is van oordeel dat hij op deze datum tuchtrechtelijk verwijtbaar te kort is geschoten in zijn beroepsmatig optreden. Verweerder had niet mogen volstaan met een telefonisch advies. De situatie van patiënt had zich dusdanig ontwikkeld dat neurologisch onderzoek nu wel degelijk geboden was. De telefonische melding dat patiënt neurologische uitvalsverschijnselen had ontwikkeld, had voldoende voor verweerder moeten zijn om patiënt op zijn minst zelf te zien en nader te (laten) onderzoeken. Ter zitting heeft verweerder betoogd dat hij te lang vast hield aan zijn bevindingen op basis van de CT-scan en daardoor te weinig rekenschap hielp met de mogelijkheid van een neurologisch probleem. Het college acht dit tuchtrechtelijk verwijtbaar.

Geen contact met de neuroloog over de MRI-scan

Uiteindelijk werd er op 26 juni 2013 een MRI-scan gemaakt. De radioloog constateerde – in tegenstelling tot verweerder – een naar dorsaal verplaatsing van het corpus C6 met ter plaatse compressie van het ruggemerg, er was geen sprake van een myelopathie. Verweerder erkent dat hij van deze bevindingen kennis heeft genomen en vervolgens geen contact met de radioloog heeft gezocht. Als verklaring hierdoor heeft hij ter zitting naar voren gebracht dat het contact tussen de neurologen en de radiologen in het ziekenhuis ten tijde van deze calamiteit slecht was. De neurologen hadden namelijk twijfels over de deskundigheid van de radiologen. Het college is van oordeel dat dit – wat hiervan verder ook zij – geenszins een acceptabele reden is geweest om geen contact met de radioloog te zoeken over diens constatering dat bij patiënt myelumcompressie aanwezig was. Het mag niet zo zijn dat de veiligheid van patiënten in gevaar komt door een gebrek aan communicatie tussen twee specialisten in een ziekenhuis, welke reden hieraan ook ten grondslag ligt. Ook dit gegeven levert een tuchtrechtelijk verwijt op aan het adres van verweerder. Een en ander betekent dat het eerste klachtonderdeel gedeeltelijk gegrond is.

### 5.3 Tweede klachtonderdeel



### 5.3.1 Aanvullend toetsingskader

KNMG Gedragsregels voor artsen

*11.4 De arts streeft ernaar elke patiënt de meest adequate hulp te verlenen of te doen verlenen, zoals deze hulpverlening algemeen onder beroepsgenoten gebruikelijk is. Dit tegen de achtergrond van beperkingen voor zover zij in deze gedragsregels zijn aangegeven.*

### 5.3.2 Beoordeling klachtonderdeel

24 juni 2013

Op deze datum had patiënt evidente (en progressieve) neurologische uitvalsverschijnselen in zowel armen als benen. Vastgesteld werd dat er sprake was van een zorgelijk neurologische achteruitgang ten op zichte van bevindingen op 19 juni 2013. Ondanks deze omstandigheden vermeldde verweerder op de aanvraag voor de MRI-scan geen spoedindicatie, met als gevolg dat de scan pas twee dagen later werd gemaakt. Het college acht het zorgelijk dat verweerder ondanks het voorgaande niet inzag dat de situatie dusdanig ernstig was dat er spoed geboden was bij het maken van de scan. Dit wordt hem tuchtrechtelijk aangerekend.

Geen passende behandeling op basis van de bevindingen van de MRI-scan

Onder 5.2.2 is reeds verwoord dat het verweerder tuchtrechtelijk wordt aangerekend dat hij geen contact met de radioloog heeft gezocht toen hij vernam dat deze een myelumcompressie had geconstateerd op basis van de MRI-scan. Dit gedeelte van het tweede klachtonderdeel ligt in het verlengde daarvan, namelijk het verwijt dat verweerder naar aanleiding van de bevindingen van de radioloog geen passende behandeling voor patiënt heeft georganiseerd. Ook dit verwijt is naar het oordeel van het college terecht. Het valt verweerder sterk aan te rekenen dat hij ondanks de bevindingen van de radioloog volhardde in een conservatief beleid. Verweerder heeft gesteld dat hij wel contact met de neurochirurg had gezocht over de bevindingen van de radioloog, maar die zou vijf dagen later (na een weekend) pas met een neurochirurgisch advies komen op basis van de toegestuurde scanbeelden. Dit doet vermoeden dat het conservatieve beleid in verweerders optiek in ieder geval nog wel vijf dagen kon worden gecontinueerd. Een dergelijke visie getuigt niet van wat van een redelijk bekwaam handelend beroepsbeoefenaar mag worden verwacht onder deze omstandigheden. Het tweede klachtonderdeel is dan ook gegrond.

## 5.4 Derde klachtonderdeel

### 5.4.1 Aanvullend toetsingskader

KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg

Aandachtspunt 4:

*Een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject vergewist zich ervan dat hij/zij*

*beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en*

*bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen.*

### 5.4.2 Beoordeling klachtonderdeel

Uit het dossier blijkt dat verweerder op diverse momenten onvoldoende tot geen afstemming heeft gezocht met de collega-behandelaars, waaronder op de momenten die klaagster heeft aangehaald ter onderbouwing van dit klachtonderdeel. Verweerder heeft dit verwijt overigens ook niet betwist. Het college onderschrijft het vierde aandachtspunt van de genoemde KNMG Handreiking, aangezien een goede samenwerking tussen bij de behandeling betrokken zorgverleners van essentieel belang is voor een zorgvuldige

en adequate patiëntenzorg. Dit maakt dat het derde klachtonderdeel eveneens gegrond is.

## 5.5 Vierde klachtonderdeel

### 5.5.1 Aanvullend toetsingskader

Artikel 7:454 Burgerlijk Wetboek

*Lid 1. De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is.*

*Lid 2. De hulpverlener voegt desgevraagd een door de patiënt afgegeven verklaring met betrekking tot de in het dossier opgenomen stukken aan het dossier toe.*

*Lid 3. Onverminderd het bepaalde in artikel 455, bewaart de hulpverlener de bescheiden, bedoeld in de vorige leden, gedurende vijftien jaren, te rekenen vanaf het tijdstip waarop zij zijn vervaardigd, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.*

KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg  
Aandachtspunt 5:

*Relevante gegevens worden aangetekend in een dossier betreffende de cliënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners kan wordengeraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop samenwerkingpartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen.*

KNMG Richtlijn Gedragsregels voor artsen

1.8 *De arts maakt van zijn geneeskundig handelen aantekeningen voor zover dit voor een goede hulpverlening noodzakelijk is.*

### 5.5.2 Beoordeling klachtonderdeel

Niet ter discussie staat dat verweerder te kort is geschoten in zijn verslaglegging zoals door klaagster is beschreven ter onderbouwing van dit klachtonderdeel. Ook hier geldt dat het college de relevante bepalingen binnen het toetsingskader, voor zover deze niet dwingend zijn neergelegd in wetgeving, onderschrijft. Verweerder heeft verklaard dat hij in 2013 nog niet goed wist hoe hij er verslag gelegd moest worden in het EPD en dat hij waarschijnlijk daardoor te kort is geschoten. Ook was hij niet altijd in de gelegenheid het EPD bij te werken. Het gesprek met de neurochirurg voerde hij bijvoorbeeld vanuit huis. Een en ander maakt zijn tekortschieten zoals hier bedoeld niet minder tuchtrechtelijk verwijtbaar. Ook een zorgvuldige verslaglegging is immers van groot belang voor het leveren van goede patiëntenzorg. Dit geldt te meer in de setting van een ziekenhuis, waar meerdere zorgverleners bij de behandeling van een patiënt zijn betrokken. Van een redelijk bekwaam handelend beroepsbeoefenaar mag daarom verwacht worden dat hij ervoor zorgt dat hij zich tijdig bekwaamt in een nieuwe werkwijze op het terrein van verslaglegging. Daarbij geldt dat, indien hij niet in staat is het EPD op het moment zelf aan te vullen, zoals verweerder toen hij de neurochirurg vanuit huis sprak, hij dat bij de eerstmogelijke gelegenheid alsnog behoort te doen. Het voorgaande betekent dat ten slotte ook het vierde klachtonderdeel gegrond zal worden verklaard.

## 6. Motivering van de maatregel

Uit de voorgaande overwegingen volgt dat het eerste klachtonderdeel gedeeltelijk gegrond is en de overige klachtonderdelen geheel gegrond zijn. De vraag die nu voorligt, is welke maatregel passend is. Verweerder is tijdens zijn betrokkenheid bij de behandeling van patiënt op diverse momenten en op verschillende wijzen in ernstige mate tekort geschoten in hetgeen van een redelijk bekwaam handelend neuroloog mag worden verwacht. Het college tilt hier dermate zwaar aan dat het verweerders handelspatroon dat hier ter beoordeling ligt niet alleen als zeer laakbaar kwalificeert, maar zelfs als onverantwoord met het oog op de veiligheid van patiënten.

Het feit dat er – zoals klaagster ook heeft gesteld – door meerdere betrokken zorgverleners fouten zijn gemaakt tijdens de behandeling van deze patiënt – doet niet af aan het oordeel over verweerders beroepsmatige handelen. In deze procedure draait het immers alleen om zijn rol in het geheel, die bepaald niet gering is.

Vanwege de ernst van het verwijtbare gedrag heeft het college overwogen aan verweerder de maatregel van een voorwaardelijke schorsing op te leggen. De voorwaarden zouden er dan in bestaan dat verweerder nader te bepalen maatregelen zou moeten treffen om te borgen dat een situatie als hier besproken is niet nogmaals plaatsvindt. Echter, verweerder is inmiddels niet meer werkzaam op een afdeling waar hij met spoedsituaties in aanraking komt. Daarnaast heeft hij tegenover het college onomwonden spijt betuigd over het gehele gebeuren en de indruk gewekt het verwijtbare van zijn handelen wel degelijk in te zien. Voorts zijn er sinds dit incident inmiddels ruim drie jaren verstreken zonder dat klaagster of het college vernomen hebben dat verweerder opnieuw in de fout is gegaan. In tegenstelling tot klaagster, acht het college de kans op herhaling dan ook niet dusdanig dat er aanvullende maatregelen vereist zijn om herhaling te voorkomen. Deze omstandigheden maken dat het college afziet van het opleggen van een voorwaardelijke schorsing en volstaat met een berisping.

Het college zal de publicatie van deze uitspraak bevorderen zoals hierna te beschrijven.

## 7. Beslissing

**Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen:**

- verklaart het eerste klachtonderdeel gedeeltelijk gegrond;
- verklaart de overige klachtonderdelen geheel gegrond;
- legt aan verweerder de maatregel van berisping op;
- bepaalt dat deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is geworden, zal worden bekendgemaakt in de Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en het Medisch Contact, met het verzoek tot plaatsing.

Aldus gegeven door:

mr. J.G.W. Lootsma-Oude Nijeweme, voorzitter;  
mr. drs. W.J. de Boer, lid-jurist;  
prof. dr. J.W. Snoek, lid-beroepsgenoot;  
drs. G.A. van Meer, lid-beroepsgenoot;  
dr. J. Seegers, lid-beroepsgenoot;  
bijgestaan door mr. L.C. Commandeur, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 20 december 2016 door mr. P.W.M. Huisman, voorzitter, in tegenwoordigheid van voornoemde secretaris.