

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2017.197

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE

voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2017.197 van:

A., chirurg, werkzaam te B., appellant, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde: mr. W.R. Kastelein,

tegen

C., wonende te B., verweester in beroep, klaagster in eerste aanleg, gemachtigde: mr. P. Bouman te Helmond.

1. Verloop van de procedure

C. - hierna klaagster - heeft op 23 augustus 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven tegen A. - hierna de chirurg - een klacht ingediend. Bij beslissing van 27 maart 2017, onder nummer 16184, heeft dat College de klacht gegrond verklaard en de maatregel van berisping opgelegd. De chirurg is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. Klaagster heeft een verweerschrift in beroep ingediend. De chirurg heeft een door D. opgesteld deskundigenrapport, gedateerd 10 november 2017, overgelegd. De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 8 februari 2018, waar zijn verschenen de chirurg, bijgestaan door mr. Kastelein, en klaagster, bijgestaan door mr. Bouman. Voorts is verschenen als deskundige aan de zijde van de chirurg D., eveneens chirurg. De deskundige is door het Centraal Tuchtcollege gehoord. De zaak is over en weer bepleit. Mr. Kastelein heeft dat gedaan 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.

Klaagster is de echtgenote van wijlen de heer E., hierna te noemen: patiënt. Patiënt werd op 12 maart 2014 opgenomen in het ziekenhuis in verband met een op die dag geplande operatie, te weten een buikwand reconstructie met kunststof mat en componentseparatie plastic volgens Ramirez, wegens een zeer uitgebreide littekenbreuk. De operatie werd door verweerder en een collega uitgevoerd en verliep probleemloos. Patiënt werd daarna overgebracht naar de verpleegafdeling. In verband met ernstige pijnklachten in de buik werd patiënt diezelfde dag om 16.10 uur naar de verkoeverkamer gebracht alwaar de epidurale lijn 1,5 cm werd teruggetrokken en een 5cc bolus standaardoplossing werd gegeven. Om 16.40 uur werd opnieuw een bolus van 5 cc gegeven. Vervolgens is patiënt rond 18.40 uur weer naar de verpleegafdeling gebracht. Op 13 maart 2014 is er om 01.45 uur sprake van toename van pijn. De patiënt kan niet goed doorademen. Hij transpireert en is misselijk. Er wordt nogmaals een bolus van 5 ml gegeven met redelijk resultaat. In de decursus werd op 13 maart 2014 genoteerd (citaat inclusief afkortingen en spelfouten):

*"Al pijn o.c. epi: 10
[naam arts-assistent] 2 x drain: 20 + 90 cc
Wonden flink nagelekt Breukband intake+
Mictie: + 250 cc (6 uur)
(...)
P100 RR 149/90 sat 96%
(...)
BI- morgen lab
- mobiliseren
11.00 hypotensief (73/48) p86 sat 94%
Fors zweten, pols: + reg.
Wis: helder rood bloedverlies
BI- vullen (bolus 6500cc)
- lab: hb
-> na vullen 97/67 -> 120/
-> 102/
Iom dr. [naam verweerder]
-tno nuchter, compressie
-hb 7,6 (8,3)
(...)
[naam verweerder] minimale lekkage oud bloed wond.
Geen actieve bloeding
Drains rustig geen hematoom,
Wond verder rustig
Hypotensie tgv epiduraal
B: expectatief
Vervolgen + lab"
Op 14 maart is genoteerd:
"[naam verweerder + arts-assistent]
A/ zeer matig
Hematoom scrotum
(...)
BI x – thorax
Mictie controles
Vnv hb/lab
17.00 uur
Beoordeling met [naam collega] en [naam verweerder]
-Hb blijft dalen (4.9)
-Nu 3L infuus
-abdomen lijkt soepel
-algehele malaise.
Gisteren begonnen met NFst. Toen hele dag wat tensieproblemen gewijd aan hoge marcainestand. Veel pijn (gehad)
NFst verder opgelopen. K 5,6
(...)
-> OK: evacueren bloeding
Pm blaasdruk
OK 14/3/14 [naam operateur]
Re: exploratie*

*Stolsels verwijderd
Geen bloeding gevonden,
(...)"*

Na de operatie werd patiënt overgebracht naar de afdeling Intensive Care alwaar hij op 15 maart rond 02.32 uur is overleden.

Verweerder heeft de casus op 18 maart 2014 gemeld bij de Raad van Bestuur van het ziekenhuis waarna de casus is voorgelegd aan het dagelijks bestuur van de calamiteitencommissie. Er is vervolgens een zogeheten Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie (SIRE)-onderzoek uitgevoerd door twee SIRE onderzoekers. Het eindresultaat van het onderzoek is binnen de calamiteitencommissie besproken en vastgelegd in een eindrapport. De conclusie van het rapport luidt:

"(...)

In deze casus waarbij de patiënt een grote buikoperatie krijgt, is de patiënt goed voorbereid en geïnformeerd. Er worden eisen gesteld aan de conditie van de patiënt en in gezamenlijkheid met verschillende disciplines gefundeerd besloten om de patiënt te opereren. Peroperatief is er, voor zover het mogelijk is om dit te beoordelen, lege artis gehandeld.

Postoperatief is er veel aandacht aan de patiënt besteed door alle betrokkenen. De verpleging heeft haar signalen doorgegeven en hierop is ook steeds door de arts-assistenten cq de specialist geanticipeerd. Er waren afwijkende uitslagen en controles. Deze zijn niet in gezamenlijkheid bekeken. Er zijn steeds aparte verklaringen voor de afwijkingen gegeven. Geconcludeerd kan worden dat er postoperatief sprake is geweest van delay. Dit als gevolg van het feit dat er gefragmenteerd naar de patiënt is gekeken. Familie weigerde obductie ondanks aandringen, hierdoor is niet bekend waaraan patiënt uiteindelijk is overleden. Er blijven daarom onduidelijkheden bestaan.

Uit bovenstaande kunnen we concluderen dat er sprake was van een calamiteit in het postoperatieve beloop van deze casus. Hierdoor heeft de patiënt meer risico gelopen dan achteraf nodig was.

(...)"

3. Het standpunt van klaagster en de klacht

Klaagster verwijt verweerder dat hij niet adequaat gereageerd heeft op de symptomen van de nabloeding. Klaagster verwijst ter onderbouwing van haar standpunt naar het advies van Westerweel Intermediair van 10 september 2015 voorzien van bijlagen als ook het gespreksverslag uitslag Klachtencommissie.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft, zakelijk weergegeven, het volgende verweer gevoerd. Verweerder was de hoofdbehandelaar. Hij wijst er op dat de door klaagster ingeschakelde medisch adviseur positief oordeelt over de operatie-indicatie, het preoperatieve onderzoek, de risico-inschatting, het operatie verslag en het beloop na de operatie op 12 maart 2014. Het beleid op 13 maart 2014 wordt eveneens positief beoordeeld. Daar waar de medisch adviseur meent dat de onnodig lang durende te lage bloeddruk tot multi-organfalen heeft geleid, hetgeen verweerder moet worden aangerekend, bestrijdt verweerder die conclusie. Verweerder beroept zich allereerst op het door hem in het geding gebrachte medisch dossier. Voorts wijst verweerder erop dat hij en zijn collega's patiënt intensief begeleid en gemonitord hebben. Verweerder was zowel vanuit de andere locatie van het ziekenhuis als vanuit huis na zijn dienst in de fase na de operatie beschikbaar voor overleg. Hij heeft patiënt in de namiddag van

13 maart en op 14 maart 2014 zowel 's ochtends tijdens de visite als nadien op de verkoeverkamer en 's middags gezien en beoordeeld met het oog op de overdracht

zoals gerapporteerd in het verpleegkundig verslag. Direct na de middagoverdracht heeft verweerder samen met een collega chirurg de indicatie gesteld voor de CT-scan zonder contrast, die snel is gemaakt en heeft hij packed cells aangevraagd. Voor meer spoed dan heeft plaatsgevonden bestond geen aanleiding, als een en ander al sneller had kunnen worden gerealiseerd. Verweerder gaf om 16.33 uur de opdracht het Hb te laten bepalen. Na de overdracht kwam hij terug op de afdeling bij patiënt, waarna hij de opdracht tot bestellen van packed cells gaf. Bij een Hb van 4,9 wordt geen ongekruidt bloed gegeven, dus dat moet eerst een kruistest ondergaan. Daarna zijn de packed cells op de OK "aangehangen" waarna tegen 21.00 uur de operatie aanvangt. Verweerder is dan ook van oordeel dat, de droeve afloop ten spijt, hij aan patiënt na de operatie op 12 maart 2014 tot aan diens overlijden op 15 maart 2014 de zorg heeft verleend die van hem als behoorlijk handelend chirurg mocht worden verlangd.

5. De overwegingen van het college

Het college stelt voorop dat deze zaak gekenmerkt wordt door een trieste afloop.

Het college acht het allereerst van belang om, zonder aan die trieste afloop voorbij te willen gaan, het toetsingskader in deze procedure te beschrijven. Het is de taak van de tuchtrechter te toetsen of een hulpverlener, in dit geval de chirurg/hoofdbehandelaar, bij het handelen waarover wordt geklaagd, 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. De tuchtrechter toetst dat handelen aan de hand van de concreet geformuleerde klacht zoals deze door klaagster naar voren is gebracht in de processtukken. Het uiteindelijk gevolg van het verweten handelen, hoe erg ook, is daarbij niet van belang. Dat betekent dat de vraag of er een causaal verband heeft bestaan tussen het handelen van de hoofdbehandelaar en het uiteindelijk overlijden van de patiënt onbeantwoord kan en moet blijven.

Alvorens te komen tot een inhoudelijke beoordeling merkt het college op dat het medisch dossier niet uitblinkt door duidelijkheid en dat gebleken is dat het (mogelijk) niet compleet is. Het college is van oordeel dat de decursus voor de periode van 13 tot en met 15 maart 2014 zeer summier is en lijkt er ook bepaalde relevante informatie te ontbreken. Zo heeft het college de beschikking gekregen over het SIRE-rapport met als bijlage een aantal laboratoriumuitslagen, maar zijn die uitslagen niet te zien op de op verzoek van het tuchtcollege door verweerder toegezonden laboratoriumuitdraai. Het college heeft van verweerder evenmin het verpleegkundig dossier ontvangen. Bij zijn beoordeling zal het college dan ook de laboratorium-uitslagen betrekken die bij het door verweerder overgelegde SIRE-rapport behoren.

Het college stelt vast dat aan het in de klacht geformuleerde verwijt de aanname ten grondslag ligt dat verweerder op 14 maart 2014 rond 17.00 uur - toen bleek dat, onder andere, de Hb waarde bij patiënt 4,9 bedroeg en daarmee fors (2,7 punten) gedaald was ten opzichte van de dag daarvoor - patiënt, in overleg met de internist-intensivist, over had moeten plaatsen naar de afdeling Intensive Care en hem op geleide van centraal veneuze druk (via een ingebracht infuus in de bovenste holle ader) extra vocht en rode bloedcellen toe had moeten dienen dan wel laten dienen. Verweerder heeft volgens klaagster echter alleen afgesproken om 2 packed cells toe te dienen, die niet met spoed werden besteld en uiteindelijk pas werden toegediend tijdens de operatie die begon om 20.55 uur. Voorts sprak verweerder, aldus klaagster, een CT-scan van de buik af die eveneens niet met grote spoed werd gemaakt. Daardoor bevond patiënt zich minstens 4 en mogelijk 6 uur langer dan noodzakelijk in een situatie van een te lage bloeddruk op basis van verbloeding in de onderhuidse ruimte van de buikwand.

Het college overweegt als volgt.

Uit de bij het SIRE rapport gevoegde bijlagen blijkt dat er in de ochtend van 14 maart 2014 al sprake was van alarmerende laboratoriumuitslagen. Er was sprake van een dalend Hb (5.6 ten opzichte van 7.6 de dag ervoor) en een sterk stijgende creatinine waarde bij een patiënt die, zo blijkt ook uit het SIRE rapport, veel pijnklachten had, hoge VAS scores had, reeds drie keer naar de verkoeverkamer gebracht was in verband met ernstige pijnklachten die niet onder controle te krijgen waren, op meerdere momenten hypotensief en hemodynamisch instabiel was, veel zweette en grauw zag. Naar het oordeel van het college had zulks voor verweerder reden moeten zijn om diezelfde ochtend nog zijn differentiaal diagnose te herzien. Hij had moeten erkennen dat er sprake was van een gecompliceerd beloop en daar consequenties aan moeten verbinden, bijvoorbeeld door een intensivist in consult te vragen en met spoed een CT scan te laten vervaardigen. Dit oordeel wordt nog versterkt door de door de verpleging gerapporteerde SIT scores, zoals ook benoemd in het SIRE rapport. Door het negeren van de diverse alarmerende signalen heeft verweerder nalatig gehandeld ten opzichte van de patiënt.

De maatregel

Zoals uit het hiervoor overwogene blijkt, acht het college de klacht gegrond. Verweerder is bij het handelen waarover wordt geklaagd niet gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Immers heeft de patiënt van verweerder niet die zorg ontvangen die hij van hem mocht verwachten. Daar kan niet aan afdoen dat verweerder ruimschoots aandacht voor de patiënt heeft gehad. Verder acht het college van belang dat het medisch dossier (mogelijk) incompleet is en dat uit het dossier niet af te leiden valt op welke tijdstippen verweerder de voorhanden zijnde laboratoriumuitslagen heeft gezien en beoordeeld. Ter zitting heeft verweerder in dit kader opgemerkt niet meer te weten wanneer hij de ochtendlaboratoriumuitslagen gezien en beoordeeld heeft. Niet vastgesteld kan derhalve worden dat verweerder bij zijn afwegingen steeds de beschikking gehad heeft over de meest recente uitslagen, zodat niet duidelijk geworden is op grond van welke gegevens verweerder zijn beslissingen gebaseerd heeft. Voorts leidt het college uit het SIRE rapport af dat er verschillende disciplines bij de patiënt betrokken geweest zijn, maar valt uit de decursus niet af te leiden wat de bevindingen van de diverse betrokkenen geweest zijn, laat staan dat de diverse bevindingen in gezamenlijkheid beoordeeld zijn. Dit valt verweerder, die immers de hoofdbehandelaar was en daarmee de regiefunctie had, te verwijten. In het licht van het voorgaande acht het college een berisping een passende maatregel. (...)

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

3.1 Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg onder het kopje “**2. De feiten**”, welke weergave in beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden. Dit echter met dien verstande dat het onder de feiten weergegeven deel uit de decursus betreffende 13 maart 2014 als volgt moet worden gewijzigd en aangevuld, een en ander zoals terecht door de chirurg is aangevoerd. Daar waar staat vermeld:

“Al pijn o.c. epi: 10

[naam arts-assistent] 2 x drain: 20 + 90 cc

Wonden flink nagelekt Breukband intake+

Mictie: + 250 cc (6 uur)

(...)

P100 RR 149/90 sat 96%

(...)

BI- morgen lab

- mobiliseren

11.00 hypotensief (73/48) p86 sat 94%

Fors zweten, pols: + reg.

Wis: helder rood bloedverlies

BI- vullen (bolus 6500cc) (...)"

moet worden gelezen:

"Al pijn o.c. epi: 10

[naam arts-assistent] 2 x drain: 20 + 90 cc

Wonden flink nagelekt Breukband intake+

Mictie: + 250 cc (6 uur)

def: -

(...) T 37

(...)

P100 RR 149/90 sat 96%

(...)

BI- morgen lab

- mobiliseren

11.00 hypotensief (73/48) p86 sat 94%

Fors zweten, pols: + reg.

Wis: helder rood bloedverlies

BI- vullen (bolus 500cc) (...)"

3.2 Verder heeft de chirurg terecht aangevoerd dat het in de feiten opgenomen deel uit de decursus betreffende 14 maart 2014 niet volledig door het Regionaal Tuchtcollege is overgenomen. Dit betekent dat in plaats van:

"Op 14 maart is genoteerd:

"[naam verweerder + arts-assistent]

A/ zeer matig

Hematoom scrotum

(...)

BI x – thorax

Mictie controles

Vnv hb/lab

17.00 uur

Beoordeling met [naam collega] en [naam verweerder]

-Hb blijft dalen (4.9)

-Nu 3L infuus

-abdomen lijkt soepel. (...)"

dient te worden gelezen:

"Op 14 maart is genoteerd:

"[naam verweerder + arts-assistent]

A/ zeer matig

Hematoom scrotum

- LO: verminderd AG bdz onderin (...)

BI x – thorax

Mictie controles

Vnv hb/lab

17.00 uur

Beoordeling met [naam collega] en [naam verweerder]

-Hb blijft dalen (4.9)

-Nu 3L infuus

-abdomen lijkt soepel, - 2PC (...)"

3.3 Aan de overige, door de chirurg voorgestelde wijzigingen en/of aanvullingen wordt voorbijgegaan, nu het aan het Centraal Tuchtcollege is om te bepalen welke feiten voor de beoordeling van het voorliggende geschil van belang zijn.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 In beroep heeft de chirurg geconcludeerd dat de klacht alsnog ongegrond wordt verklaard en dat het opleggen van een maatregel achterwege wordt gelaten.

4.2 Klaagster heeft in beroep haar klacht herhaald en nader toegelicht. Klaagster heeft geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 In beroep ligt opnieuw ter beoordeling voor de vraag of de chirurg adequate nazorg verleend heeft.

4.4 Het Centraal Tuchtcollege hecht eraan eerst op te merken dat de tragische afloop zeer valt te betreuren, maar dat het bij de beoordeling van de klacht en thans dit beroep alleen gaat en behoort te gaan over de vraag of de chirurg tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Evenals het Regionaal Tuchtcollege wordt ook in beroep vooropgesteld dat het bij de tuchtrechtelijke beoordeling van het professionele handelen van de chirurg niet gaat om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de chirurg bij zijn beroepsmatige handelen vanuit tuchtrechtelijk standpunt bezien is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Bij beoordeling daarvan wordt rekening gehouden met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klaagster klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard.

4.5 Het Centraal Tuchtcollege stelt vast dat de chirurg, anders dan in eerste aanleg, in beroep het volledige medische en verpleegkundige dossier van de echtgenoot van klaagster (hierna steeds: patiënt) in het geding heeft gebracht (zie productie 1 bij het beroepschrift). Uit genoemd medisch en verpleegkundig dossier blijkt in voldoende mate wat het beloop van de medische situatie van patiënt was, welke acties hebben plaatsgevonden, welke zorgverleners daarbij betrokken zijn geweest en welke overleggen hebben plaatsgevonden. Het Centraal Tuchtcollege deelt dan ook niet het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat sprake is van een incompleet dossier. De enkele omstandigheid dat uit het dossier niet blijkt op welk tijdstip de chirurg de beschikking heeft gehad over de bloeduitslagen van patiënt, leidt niet tot een ander oordeel.

4.6 Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat uit de in het geding gebrachte (medische) stukken onvoldoende kan worden afgeleid dat de chirurg na de operatie aan patiënt niet de zorg heeft geboden waartoe hij onder de gegeven omstandigheden was gehouden. Anders dan door klaagster in beroep is gesteld, waren er op 13 maart 2014 geen indicaties die zouden kunnen duiden op een ernstige nabloeding. Gelet op hetgeen in het medische en verpleegkundige dossier is vermeld en op de toelichting van de chirurg ter zitting, was sprake van minimale lekkage van oud bloed, was geen bloedverlies via de drains, waren er geen hematomen in het operatiegedeelte, was het abdomen soepel en was er wel enige, maar geen verontrustende lekkage van de wond. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege was de daling van het Hb van patiënt op 13 maart 2014 van 8,3 om 11.36 uur naar 7,6 om 15.22 uur evenmin verontrustend of een indicatie voor een bloeding. De lage bloeddruk die dag kon en mocht de chirurg toeschrijven aan de epidurale anesthesie. Onder de hiervoor weergegeven omstandigheden en mede in aanmerking genomen dat de operatie op 12 maart 2014 zonder complicaties was verlopen, was het expectatieve beleid van de chirurg op 13 maart 2014 naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege niet onverantwoord.

4.7 Verder is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat ook in de ochtend van 14 maart 2014 geen alarmerende situatie bestond. Het Centraal Tuchtcollege onderschrijft dan ook niet het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat de chirurg in de ochtend van 14 maart 2014 zijn differentiaaldiagnose had moeten herzien en dat hij had moeten erkennen dat er sprake was van een gecompliceerd beloop en dat hij daar consequenties aan had moeten verbinden, bijvoorbeeld door een intensivist in consult te vragen en/of door met spoed een CT-scan aan te vragen. Daarbij is van belang dat er ook gedurende die ochtend geen duidelijke signalen waren die zouden kunnen duiden op een belangrijke nabloeding of andere complicatie. Gedurende de gehele ochtend en middag was patiënt normotensief. Weliswaar was het Hb van patiënt die dag gedaald ten opzichte van de dag daarvoor, namelijk van 7,9 op 13 maart 2014 naar 5,6 op 14 maart 2014 om 8.00 uur, maar deze daling impliceert niet meteen een ernstige klinische situatie. De overige omstandigheden maken dit niet anders. In ieder geval was het niet onbegrijpelijk dat de chirurg in de gegeven omstandigheden zijn differentiaaldiagnose in de ochtend van 14 maart 2014 niet heeft herzien. Om dezelfde redenen was de afweging van de chirurg om op dat moment geen CT-scan aan te vragen, niet onbegrijpelijk. Van nalatig handelen was op dat moment zodoende geen sprake.

4.8 Ook later op die dag (14 maart 2014) heeft de chirurg niet onzorgvuldig jegens patiënt gehandeld. Rond 16.45 uur, tijdens de middagoverdracht, bleek dat het Hb van patiënt verder was gedaald naar 4,9 en werd voor het eerst een SIT-score van 3 doorgegeven. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege heeft de chirurg hierop adequaat gereageerd door te besluiten tot een 3 liter infuus, het bestellen van 2 packed cells en het aanvragen van een CT-scan zonder contrast. Verder heeft de chirurg adequaat gehandeld door patiënt te bespreken met de intensivist en de radioloog. Op grond van de CT-scan heeft de chirurg vervolgens op goede gronden besloten bij patiënt met spoed een operatie voor nabloeding uit te voeren. De omstandigheid dat de twee packed cells niet direct, maar pas in de avond tijdens de operatie zijn gegeven, maakt het voorgaande niet anders. Een Hb van 4,9 is weliswaar een reden om bloed te geven, maar geen reden om dit met grote spoed toe te dienen. Dit geldt temeer nu sprake was van een langzame daling van het Hb. Bij dit alles is verder van belang dat de chirurg patiënt zowel voor zijn OK-programma in de ochtend van 14 maart 2014, als daarna rond 16.30 uur, vlak vóór de middagoverdracht, en ook direct ná de middagoverdracht heeft bezocht om zich een zelfstandig oordeel te kunnen vormen over zijn klinische toestand.

4.9 Het hiervoor overwogene, in samenhang beschouwd, rechtvaardigt de conclusie dat de chirurg in de gegeven omstandigheden zowel op 13 maart 2014 als op 14 maart 2014 adequaat en dus niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld, hoe betreurenswaardig het ook is dat patiënt uiteindelijk kort na de tweede operatie, uitgevoerd in de avond van 14 maart 2014, is overleden.

4.10 Al het voorgaande leidt tot de slotsom dat het beroep van de chirurg slaagt en de bestreden beslissing niet in stand kan blijven. Ten onrechte is daarbij de klacht gegrond verklaard en is de chirurg een berisping opgelegd. Het Centraal Tuchtcollege zal de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege vernietigen en, opnieuw rechtdoende, de klacht alsnog afwijzen. Het bovenstaande brengt mee dat de aan de chirurg opgelegde maatregel van berisping komt te vervallen.

4.11 Nu reeds op grond van het voorgaande het beroep slaagt, behoeven de overige grieven van de chirurg, waaronder de grief inhoudende dat het Regionaal Tuchtcollege ten onrechte het SIRE-rapport in zijn beoordeling heeft betrokken, geen verdere beoordeling meer. Ten aanzien van laatstgenoemde grief van de chirurg ten aanzien van het gebruik van het SIRE-rapport overweegt het Centraal Tuchtcollege ten over-

vloede het volgende. Op grond van art. 9, zesde lid, Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg kunnen gegevens in het register betreffende intern gemelde incidenten, behoudens die met betrekking tot een calamiteit of geweld in de zorgrelatie niet in een tuchtrechtelijke procedure als bewijs worden gebruikt, noch kan een disciplinaire maatregel daarop worden gebaseerd. Bij de belangenafweging die in het kader van dit artikel dient plaats te vinden, dient het belang van de effectiviteit van het systeem van 'veilig incident melden' zorgvuldig te worden afgewogen tegen het tuchtrechtelijk belang van toetsing van de beroepsuitoefening op het gebied van de individuele gezondheidszorg. De omstandigheid dat een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis tot de dood van een cliënt of tot ernstige schade heeft geleid, is in dat verband niet zonder meer redengevend voor het doorbreken van de bescherming van de melder. Bij die afweging zal met het oog op de tuchtrechtelijke toetsing van een calamiteit de individuele verwijtbaarheid van de beroepsbeoefenaar ten aanzien van de in het aanhangige geval eventueel tekortschietende kwaliteit van de zorg moeten worden betrokken. Indien bij de tuchtrechtelijke oordeelsvorming naar aanleiding van een gebeurtenis die als calamiteit kan worden aangemerkt, gebruik wordt gemaakt van een rapportage, dienen daarom ook het oordeel over de individuele verwijtbaarheid en de motivering van een eventuele maatregel niet in overwegende mate te berusten op de inhoud van een SIRE-rapportage.

4.12 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal het Centraal Tuchtcollege bepalen dat onderhavige beslissing op na te noemen wijze wordt bekend gemaakt.

5 Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

vernietigt de beslissing waarvan beroep en opnieuw rechtdoende:

wijst de klacht af;

verstaat dat de maatregel van berisping komt te vervallen;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de 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. E.J. van Sandick, voorzitter, mr. Y. Buruma en mr.drs. R.H. Zuiderhoudt, leden-juristen en dr. G.J. Clevers en dr. R.T. Ottow, leden-beroepsgenoten en mr. J.S. Heidstra, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 20 maart 2018.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.