

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2018.078

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2018.078 van:

A., orthopedisch chirurg, werkzaam te B.,
appellant, verweerder in eerste aanleg en in incidenteel beroep,
gemachtigde: mr. A.W. Hielkema, verbonden aan VvAA Rechtsbijstand te Utrecht.
tegen

C., klager in eerste aanleg,
verweerder en incidenteel appellant in beroep,
gemachtigde: mr. R. Korver, advocaat te Amsterdam,

1. Verloop van de procedure

C. – hierna klager – heeft (samen met D., E. en F.) op 17 juli 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen de A. – hierna de orthopedisch chirurg – een klacht ingediend. Bij beslissing van

12 januari 2018, onder nummer 17/267, heeft dat College de klacht op drie klachtonderdelen gegrond verklaard en voor het overige afgewezen. Aan de orthopedisch chirurg is door het Regionaal Tuchtcollege de maatregel van berisping opgelegd.

De orthopedisch chirurg is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. Klager heeft een verweerschrift in beroep ingediend en heeft daarin incidenteel beroep ingesteld. De orthopedisch chirurg heeft hierop gereageerd met een verweerschrift in het incidenteel beroep. Het Centraal Tuchtcollege heeft vervolgens van de orthopedisch chirurg nog een brief van 22 februari 2019 met bijlagen ontvangen.

De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaak C2018.079 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 21 maart 2019, waar zijn verschenen klager en de orthopedisch chirurg, beiden bijgestaan door hun gemachtigden.

Klager en de orthopedisch chirurg hebben hun standpunten 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

2.1. *Klagers zijn de nabestaanden (respectievelijk de weduwnaar, een zus en twee dochters) van de op 5 mei 2016 overleden patiënte.*

2.2. *Op 4 april 2016 is patiënte in verband met sinds vijf à zes weken toenemende rugpijn uitstralend naar het linkerbeen en pijn in de rechterheup, door haar huisarts verwezen naar een neuroloog in het G. Medisch Centrum (hierna: G. MC). Een MRI-scan wees op meerdere (bot)uitzaaiingen, naar later bleek van een longtumor. Patiënte werd diezelfde dag opgenomen op de afdeling neurologie van het G. MC. Een week vóór de opname was patiënte gevallen. Zij zat sindsdien in een rolstoel.*

2.3. Op 6 april 2016 is bij patiënte, op aanvraag van haar neuroloog, een PET-CT-scan uitgevoerd. Deze scan toonde een tumor in de rechterlong met vergrote klieren en bijniermetastasen. Daarnaast was botmetastasering zichtbaar met een pathologische fractuur van de rechterheup. De bevindingen zijn besproken met patiënte, haar dochter en haar echtgenoot. In het dossier is te lezen: "(...) De behandeling zal niet meer gericht zijn op beter worden, dit is helaas niet meer mogelijk. Daarbij lijkt ook sprake te zijn van een gebroken been door een uitzaaiing. Hiervoor overleg met de orthopeed, advies eerst aanvullende foto's en daarna verder beleid maken. Pte geeft aan niet zeker te weten of ze een operatie wil.(...)"

2.4. Naar aanleiding van de PET-CT-scan is overleg geweest tussen de zaalarts longgeneeskunde en een orthopeed. In het dossier staat genoteerd: "(...)longoverdracht dr H./I./J.: ons inziens wel indicatie voor operatie. Prognose niet goed in te schatten, want vooralsnog geen PA. Echter indien st IV longca mediane overleving ong 10 mnd, met chemo iets langer. Echter indien mutaties aanwezig dan mogelijk nog langer.(...)"

2.5. Op 7 april 2016 is patiënte overgeplaatst naar de longafdeling. Aldaar is zij beoordeeld door een orthopeed, dr. K.. Deze heeft met patiënte en haar familie de behandel mogelijkheden besproken, te weten een conservatief of operatief beleid. In het dossier staat genoteerd: "(...) Orthopeed stelde voor om, wanneer mw voor operatie gaat, een totale heupprothese te plaatsen. Op deze manier wordt de kans op een recidief fractuur kleiner en mag mw volledig belasten. Mw. geeft zelf aan alleen voor operatie te willen wanneer zij een diagnose van meer dan 3-6 maanden heeft. Dit sluit aan bij de visie van de orthopeed. (...)"

2.6. Aan de hand van een aanvullend radiologisch onderzoek is het operatieplan vastgesteld.

2.7. Op 15 april 2016 heeft longarts H. (verweerder in procedure 17/269) patiënte voor het eerst ontmoet. Hij heeft de conditie van patiënte beoordeeld en haar verteld dat de heupoperatie op 19 april 2016 zou plaatsvinden.

2.8. Op 18 april 2016 is patiënte naar de afdeling orthopedie overgeplaatst, in afwachting van de heupoperatie.

2.9. Op 19 april 2016 heeft de operatie plaatsgevonden. De operatie is uitgevoerd door verweerder en startte omstreeks 11:30 uur. De operatie heeft drie uur geduurd en patiënte heeft daarbij veel bloed verloren. Omdat het Hb-gehalte bij patiënte na de operatie zeer laag bleek en ook bleef, is besloten een bloedtransfusie te geven. Rond 18:00 uur heeft verweerder de echtgenoot van patiënte ingelicht over het verloop van de operatie.

2.10. In de loop van de avond bestonden er aanwijzingen voor interne bloedingen bij patiënte, die werden geconstateerd bij een vaatonderzoek in het G. MC. Na overleg tussen vaatchirurg, orthopedisch chirurgen en intensivist is besloten een radiologische interventie uit te voeren om de bloeding te stelpen, Vanwege samenwerkingsafspraken kon deze behandeling niet in het G. MC plaatsvinden, maar moest deze in het L. worden uitgevoerd. In nacht van 19 op 20 april 2016 is patiënte daartoe per ambulance naar het L. overgeplaatst. Om 02.00 uur is aldaar een angiografie uitgevoerd. Toen daar geen duidelijke bloeding werd waargenomen, is besloten het stroomgebied van de arteria iliaca interna te emboliseren, opdat de diffuse bloeding zou kunnen worden gestopt.

2.11. Op 20 april 2016 is bij patiënte bloedonderzoek verricht. Het onderzoek vertoonde een eGFR van >60. Die dag heeft verweerder contact gehad met de vaatchirurg uit het L.. Deze vertelde dat er geen duidelijke bloeding was gevonden. Later op de dag is nogmaals contact geweest tussen de IC arts van het L. en de dienstdoende orthopeed.

Er werd gemeld dat patiënte een stabiel Hb had en dat zij geen tekenen van een actieve bloeding toonde. Wel bestond er een thrombopenie (laag aantal bloedplaatjes).

2.12. Op 21 april 2016 is patiënte teruggebracht naar de orthopedische afdeling van het G. MC. Volgens protocol was er een aanvraag voor bloedcontroles maar omdat zij na de reguliere prikronde op de afdeling is gekomen is zij die dag niet meer geprikt.

2.13. Verweerder heeft patiënte kort na terugkomst weer gezien, samen met zijn arts-assistent M.. Uitslagen van een bloedonderzoek uit het L. gaven aanleiding tot een aanvullende bloed- en plaatsjestransfusie. De arts-assistent heeft vervolgens in bijzijn van verweerder telefonisch contact gehad met een arts-assistent interne. Deze kon – ook na ruggespraak met de supervisor - niet direct een eenduidige diagnose stellen. Ze adviseerden aanvullende bloedtransfusie. Die avond noteerde de verpleegkundige een krappe urineproductie bij patiënte.

2.14. Op 22 april 2016 is patiënte gezien door de dienstdoende orthopeed dr. N. (verweerder in de zaak 17/268) en een arts-assistent. Orthopeed N. heeft vervolgens een gesprek gevoerd met patiënte en haar familieleden.

2.15. Op 23 april 2016 constateerde de verpleegkundige dat de urineproductie van patiënte achterbleef. Ook was het Hb van patiënte weer gezakt, waarna een andere dienstdoende orthopeed besloot tot een volgende bloedtransfusie. Die middag bleek ook de nierfunctie van patiënte fors gedaald en werd uiteindelijk nierfalen vastgesteld, als gevolg van het postoperatief bloedverlies bij een lage bloeddruk, in combinatie met een contrastnefropathie na vaatonderzoek en de gegeven medicatie (NSAID's).

2.16. Op 24 april 2016 is met patiënte besproken dat eerst dialyse noodzakelijk was, en dat herstel van de nierfunctie nodig was alvorens met chemotherapie voor de longkanker kon worden gestart.

2.17. Op 26 april 2016 heeft een gesprek plaatsgevonden waar de behandelend internist van patiënte aanwezig was. Verweerder was bij dit gesprek niet aanwezig. In dit gesprek is ook een beleid in geval van reanimeren besproken. Besloten werd tot een niet-reanimeren beleid.

2.18. Op 29 april 2016 ging patiënte verder achteruit, herstel van de nierfunctie bleef uit en er vond een slechtnieuwsgesprek plaats. Verweerder was hier niet bij aanwezig. In het gesprek werd geconcludeerd dat het traject van longkankertherapie geen doorgang kon vinden. Voor patiënte waren nog twee keuzes: doorgaan met de dialyse, waarbij de levensverwachting beperkt zou zijn, of stoppen met de dialyse, waarbij de levensverwachting door de uitval van de nierfunctie enkele dagen tot een week zou zijn.

2.19. Na afloop van het slechtnieuwsgesprek heeft overleg plaatsgevonden tussen de behandelend internist en verweerder over het beloop van de gebeurtenissen. In dat gesprek is besloten deze gebeurtenissen als mogelijke calamiteit te melden bij de Raad van Bestuur van het G. MC. Klagers hebben te kennen gegeven ontevreden te zijn over de coördinatie rondom de opname van patiënte en zij hebben aangekondigd een klacht te zullen indienen.

2.20. Op 2 mei 2016 is patiënte naar huis gebracht om daar haar laatste tijd door te brengen.

2.21. Op 5 mei 2016 is patiënte thuis overleden.

3. De klacht en het standpunt van klagers

Klagers hebben hun klachten omtrent de behandeling van de overleden patiënte door verweerder en verweerders in procedures 17/268 en 17/269 in een twintigtal punten neergelegd. In het nadere klaagschrift hebben klagers gemeld dat de klachten genummerd 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 16, 17 en 18 zien op verweerder.

Deze klachten houden zakelijk weergegeven in:

1. dat patiënte en klagers niets hebben gemerkt van overleg tussen de verschillende hoofdbehandelaars;
3. dat verweerder voorafgaand aan de operatie geen bezoek heeft gebracht aan patiënte en aan klagers en dat hij hen niet op de hoogte heeft gesteld van eventuele risico's en complicaties;
- 5 en 6. dat verweerder klagers niet tijdig heeft geïnformeerd over het verloop van de operatie van patiënte, noch over het feit dat patiënte negen bloedtransfusies heeft ondergaan;
7. dat klagers niet zijn geïnformeerd dat het G. MC en het L. een wisseldienst hanteren en dat ten tijde van de operatie van patiënte in het G. MC geen vaatchirurg aanwezig was;
- 8 en 9. dat klagers niet vooraf zijn geïnformeerd dat de operatie niet alleen tot doel had het plaatsen van een nieuwe heup, maar dat ook de tumor zou worden weggesneden. Hierdoor heeft verweerder het uitgangspunt van "informed consent" geschonden;
11. dat verweerder klagers onheus heeft bejegend, onder meer door tijdens het slechtnieuwsgesprek op 29 april 2017 na één minuut weg te lopen vanwege een telefoontje en niet meer terug te komen;
16. dat verweerder patiënte en haar echtgenoot op de dag van haar vertrek uit het ziekenhuis heeft gevraagd of zij voornemens waren juridische stappen te ondernemen;
17. dat verweerder niet op de hoogte was van de uitzaaiingen die tijdens de operatie aan het licht zijn gekomen. Als hij wel op de hoogte zou zijn geweest, zou de operatie wellicht niet zijn doorgegaan;
18. dat verweerder niet tijdig heeft geconstateerd dat de nierfunctie sterk afnam.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. Ontvankelijkheid

5.1 Verweerder heeft betoogd dat alleen de weduwnaar van de overleden patiënte als klachtgerechtigde kan worden beschouwd en dat de overige klagers niet-ontvankelijk moeten worden verklaard. Ter zitting is namens klagers toegelicht dat zij allen, als nabestaanden, klachtgerechtigd zijn en dat de overledene voor haar dood kenbaar heeft gemaakt dat zij een klacht wilde indienen. Ter zitting is verder nog aangevoerd dat de niet-ontvankelijkverklaring van de dochters en de zus strijdig zou zijn met het recht op toegang tot de rechter en daarmee met artikel 6 jo 13 EVRM.

5.2 Het College overweegt dat in een geval als het onderhavige, waarin de betrokken patiënt is overleden, een nabestaande in beginsel als rechtstreeks belanghebbende kan worden beschouwd, zij het dat hij geen eigen klachtrecht heeft maar een klachtrecht dat is afgeleid van de in het algemeen te veronderstellen wil van de overleden patiënt. Uit de toelichting ter zitting maakt het College op dat klagers allen een van dat klachtrecht afgeleid recht pretenderen. Dat patiënte de wil had haar klachtrecht uit te oefenen wordt niet betwist. Volgens vaste jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg wordt voor de vraag aan wie een dergelijk afgeleid klachtrecht toekomt, aansluiting gezocht bij de vertegenwoordiger bedoeld in lid 3 van 7:465 BW. Niet in geschil is dat de weduwnaar van patiënte als zodanig moet worden aangemerkt. Hij is dan ook, in beginsel bij uitsluiting van andere nabestaanden, klachtgerechtigd. Door het indienen van de onderhavige klacht, heeft de weduwnaar dat klachtrecht ook daadwerkelijk uitgeoefend. Er is in dit geval dan ook geen aanleiding om aan te nemen dat (ook) aan anderen dan de weduwnaar een dergelijk afgeleid klachtrecht toekomt. De dochters en zus moeten daarom niet-ontvankelijk worden verklaard. Materieel heeft

die niet-ontvankelijkverklaring overigens geen betekenis, aangezien klagers één gezamenlijk klaagschrift hebben ingediend, en ter zitting is afgesproken dat al hetgeen door of namens de dochters en de zus is aangevoerd, bij de beoordeling van de klacht zal worden betrokken als te zijn aangevoerd namens de weduwnaar.

Van schending van het recht op toegang tot de rechter is hier geen sprake zodat reeds om die reden het beroep op artikel 6 jo 13 EVRM niet kan slagen.

6. De beoordeling

6.1. Ter toetsing staat of verweerder 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 door klager klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard. Bij de tuchtrechtelijke beoordeling van beroepsmatig handelen gaat het niet om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de aangeklaagde beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in zijn beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard.

6.2. Patiënte had rug en beenklachten en is door de huisarts verwezen naar een neuroloog. Bij onderzoek bleek dat sprake was van een tumor in de rechterlong met vergrote lymfeklieren en bijniermetastasen. Daarnaast was botmetastasering zichtbaar met een pathologische fractuur van de rechterheup. Voor patiënte en klagers was dit begrijpelijkerwijs een enorme schok.

6.3. Patiënte is op 4 april 2016 opgenomen in het ziekenhuis op de afdeling neurologie en op 7 april 2016 overgeplaatst naar de afdeling longziekten. Op 18 april 2016 is patiënte overgeplaatst naar de afdeling orthopedie, in afwachting van een operatie, die eerder (op 7 april 2016) door orthopeed K. was geïndiceerd en met patiënte was besproken.

Klachtonderdeel 1

6.4. Het college volgt klager niet in hun klacht dat zij niets hebben gemerkt van overleg tussen de verschillende hoofdbehandelaars. Dit overleg heeft naar uit het medisch dossier blijkt frequent plaatsgevonden en er heeft herhaaldelijk terugkoppeling plaatsgevonden van de resultaten van dit overleg richting de patiënte en haar echtgenoot. Ook heeft terugkoppeling plaatsgevonden in familiegesprekken. Dit blijkt niet enkel uit het medisch dossier, maar ook uit het verpleegkundig dossier. Met deze informatie is in ieder geval patiënte adequaat op de hoogte gehouden.

Klachtonderdeel 3

6.5. Ten aanzien van de klacht dat verweerder voorafgaand aan de operatie heeft nagelaten een bezoek te brengen aan patiënte en klager, overweegt het college dat er geen plicht bestaat voor een operateur om voorafgaand aan een operatie de patiënt te bezoeken. In dit geval had orthopeed K. met patiënte gesproken over de operatie en de risico's met haar besproken. Het college merkt hierbij wel op dat de documentatie van dit consult beter had gekund. De complicatie die bij patiënte helaas is opgetreden, betrof een dermate uitzonderlijke situatie, dat het de artsen niet valt aan te rekenen dat hier geen expliciete informatie over is gegeven.

Klachtonderdelen 5 en 6

6.6. Het college is met klager van oordeel dat het verweerder valt te verwijten dat hij klager niet direct na de operatie heeft geïnformeerd over het beloop van de operatie. Verweerder had zich moeten realiseren dat klager zeer in spanning zat over de afloop

van de operatie. De omstandigheden die verweerder heeft aangevoerd als toelichting waarom hij zo laat pas contact heeft opgenomen, maken dit niet anders. Toen het voor verweerder niet mogelijk bleek om meteen na de operatie contact op te nemen, had hij had er immers voor kunnen en moeten zorgen dat de echtgenoot van patiënte op de hoogte zou worden gebracht door iemand van de verpleegafdeling of een andere collega. Dit alles geldt temeer nu bij de operatie van patiënte de nodige serieuze complicaties waren opgetreden en zij als gevolg daarvan diverse bloedtransfusies heeft moeten ondergaan.

Klachtonderdeel 7

6.7. Het college is van oordeel dat het verweerder niet kan worden verweten dat klager niet is geïnformeerd over de afgesproken wisseldienst van de vaatchirurgen en interventieradologen tussen het G. MC en het L.. Dit betreft een beslissing van organisatorische aard die door beide ziekenhuizen is genomen en verweerder kan hierover dan ook geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt. Daarbij was het ook niet te verwachten dat patiënte in een toestand zou komen dat er gebruik moest worden gemaakt van de diensten van genoemde specialisten (zie 6.5).

Klachtonderdelen 8 en 9

6.8. Het college volgt klager evenmin in zijn verwijt dat verweerder klager niet heeft geïnformeerd over het feit dat de operatie niet alleen tot doel had het plaatsen van een nieuwe heup, maar dat ook de tumor zou worden weggesneden. Het wegsnijden van de tumor was geen afzonderlijk onderdeel van de operatie. Dat het resterende metastase weefsel rondom de heup is verwijderd, betrof een logisch onderdeel van de operatie en er is dan ook geen sprake van een schending van "informed consent" door verweerder.

Klachtonderdeel 11

6.9. Ten aanzien van de bejegening van klagers door verweerder overweegt het college dat het weliswaar wenselijk was geweest als hij na te zijn weggeroepen bij het slecht-nieuwsgesprek nog zou zijn teruggekomen bij patiënte, maar het niet tuchtrechtelijk verwijtbaar is te noemen dat hij dit heeft nagelaten. Het college neemt daarbij in aanmerking dat verweerder op het moment van het slechtnieuwsgesprek geen hoofdbehandelaar van patiënte was.

Klachtonderdeel 16

6.10. Klager verwijt verweerder voorts dat hij klager in het bijzijn van patiënte heeft gevraagd of zij voornemens waren juridische stappen te ondernemen. Verweerder betwist de woorden juridische stappen te hebben gebruikt. Los daarvan acht het college in het licht van de berichten die verweerder had ontvangen van de verpleging over dat de familie van patiënte navraag had gedaan over de klachtprocedure, het niet verwijtbaar dat verweerder dit ook zelf nog heeft geverifieerd.

Klachtonderdeel 17

6.11. Het college volgt klager niet in zijn verwijt dat sprake is geweest van een foutieve medische inschatting of foutief medisch handelen door patiënte bij een zo ver gemetastaseerd beeld te opereren. Verweerder heeft betwist niet op de hoogte te zijn geweest van de uitzaaiingen bij patiënte zoals die bij de operatie aan het licht zijn gekomen. De medische situatie van patiënte is voorafgaand aan de operatie uitgebreid beoordeeld en de PET-CT-scan sprak voor zich. Het college acht het in het licht hiervan buitengewoon onwaarschijnlijk dat verweerder onvoldoende op de hoogte was. De indicatie voor een dergelijke operatie ook bij patiënten met een beperkte levensverwachting is algemeen geaccepteerd. Vast staat voorts dat met patiënte was besproken dat zij de

operatie wenste als haar levensverwachting meer dan drie maanden zou zijn. Niet ter discussie staat dat uit de verkregen informatie een dergelijke levensverwachting kon worden afgeleid. Deze indicatiestelling valt binnen de grenzen van een bekwame beroepsuitoefening. Er kan hem hierover dan ook geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt.

Klachtonderdeel 18

6.12. Met klager is het college van oordeel dat verweerder niet heeft gehandeld conform een redelijk bekwame beroepsuitoefening door er niet op toe te zien dat de nierfunctie van patiënte werd gecontroleerd zodra zij op de afdeling van verweerder was teruggekeerd vanuit het L.. Naar het oordeel van het college had verweerder zich moeten realiseren dat patiënte in shock had verkeerd, contrastvloeistof toegediend had gekregen en medicatie gebruikte (NSAID's) die potentieel nefrotoxisch was. Zeker de combinatie van deze factoren had een indicatie moeten zijn om de nierfunctie extra in de gaten te houden. Nu ook nog uit de verpleegkundige rapportages blijkt dat in de avond van 21 april 2016 de urineproductie achterbleef, had verweerder er in elk geval op moeten toezien dat op 22 april 2016 tot controle van de nieren zou worden overgegaan. Door dit na te laten heeft verweerder verwijtbaar gehandeld.

6.13. Het voorgaande heeft tot gevolg dat de klachtonderdelen 5, 6 en 18 gegrond, en de overige klachtonderdelen ongegrond zijn. Verweerder heeft door te handelen als beschreven in 6.6 en 6.12 gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens patiënte en klager had behoren te betrachten.

Naar het oordeel van het college past bij dit - gebrek aan - handelen van verweerder als beschreven de maatregel van een berisping. Het college acht een berisping noodzakelijk nu het handelen van verweerder rechtstreekse en zeer ernstige gevolgen heeft gehad voor patiënte en – daarmee – voor haar naasten.

6.14. Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekendgemaakt.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

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

4. Beoordeling van het beroep

Vooraf

4.1 De orthopedisch chirurg noemt in zijn principaal beroepschrift naast klager ook nog diens familieleden D., E. en F. Zij hebben in eerste aanleg gezamenlijk de klacht tegen de orthopedisch chirurg ingediend. Ten aanzien van D., E. en F. heeft het Regionaal Tuchtcollege echter overwogen dat zij niet-ontvankelijk moeten worden verklaard. Tegen deze beslissing van het Regionaal Tuchtcollege is geen beroep ingesteld en ook het incidenteel beroep is niet gericht tegen de niet-ontvankelijkheid van deze familieleden. Dit betekent dat het beroep alleen betrekking kan hebben op hetgeen door het Regionaal Tuchtcollege is overwogen over de klacht van klager en dat de namen van de overige familieleden ten onrechte in het beroepschrift van de orthopedisch chirurg zijn vermeld.

4.2 Klager heeft zijn klacht over de behandeling van zijn echtgenote (hierna: de patiënte) in eerste aanleg in een twintigtal klachtonderdelen (gericht tegen meerdere zorgverleners) neergelegd. De klachtonderdelen 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 16, 17 en 18 hebben betrekking op de orthopedisch chirurg.

4.3 Het Regionaal Tuchtcollege heeft klachtonderdelen 5, 6 en 18 gegrond verklaard en in verband daarmee de maatregel van berisping aan de orthopedisch chirurg opgelegd. De orthopedisch chirurg is in principaal beroep gekomen tegen de gegrondverklaring van deze klachtonderdelen en tegen de (hoogte van de) opgelegde maatregel. Klager heeft in het principaal beroep verweer gevoerd, met de conclusie het beroep te verwerpen. Hij verzoekt het Centraal Tuchtcollege minimaal de opgelegde maatregel te handhaven, maar geeft het Centraal Tuchtcollege in overweging een zwaardere maatregel op te leggen.

4.4 In incidenteel beroep is klager opgekomen tegen de ongegrondverklaring van de klachtonderdelen 1, 3, 7, 8, 9, 11 en 16. Klager concludeert tot alsnog gegrondverklaring van deze klachtonderdelen en oplegging van een zwaardere maatregel dan het Regionaal Tuchtcollege heeft opgelegd. De orthopedisch chirurg heeft in het incidenteel beroep verweer gevoerd en concludeert tot verwerping van dat beroep.

Klachtonderdeel 5 en 6

4.5 De behandeling van de zaak in beroep heeft ten aanzien van deze klachtonderdelen geen ander licht op de zaak geworpen. Het Centraal Tuchtcollege kan zich verenigen met de overwegingen en het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege en neemt deze overwegingen en dit oordeel integraal over, behalve ten aanzien van de overweging van het Regionaal Tuchtcollege dat bij de operatie van patiënte de nodige serieuze complicaties waren opgetreden en dat zij als gevolg daarvan diverse bloedtransfusies heeft moeten ondergaan. De orthopedisch chirurg heeft er in zijn beroepschrift terecht op gewezen dat er zich tijdens de operatie geen evidente complicaties hebben voorgedaan, maar eerst - kort - daarna. Dat doet er echter niet aan af dat de orthopedisch chirurg – mede gezien de aard van de operatie en de zorgen die er logischerwijs bij klager bestonden, waarvan de orthopedisch chirurg zich bewust is geweest of had moeten zijn geweest – tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld door klager niet direct na de operatie te (laten) informeren over het beloop van de operatie. Dit betekent dat het principaal beroep tegen deze klachtonderdelen wordt verworpen.

Klachtonderdeel 18

4.6 Bij de beoordeling van dit klachtonderdeel wordt vooropgesteld dat patiënte ernstig ziek was, met een massaliteit aan fysieke problemen. Toen patiënte op 21 april 2016 vanuit het L. is teruggebracht naar de orthopedische afdeling van het G. MC, is in de overdracht van het L. door de intensivist en de vaatchirurg geadviseerd het Hb en de stollingsstatus goed te controleren. Er is in die overdracht geen speciale aandacht gevraagd voor de nierfunctie van patiënte. De orthopedisch chirurg heeft patiënte op 21 april 2016 beoordeeld en heeft vervolgens een internistisch consult gevraagd, waarbij hij naast een consult in verband met de stollingsstatus heeft gevraagd om een brede blik op de klinische conditie van patiënte. Daarnaast heeft hij gecontroleerd of het reguliere bloedonderzoek ingepland stond en heeft hij daarbij aanvullend laboratoriumonderzoek aangevraagd. Met dit alles heeft de orthopedisch chirurg, mede omdat er op dat moment op basis van de klinische presentatie van patiënte geen reden was om aan de nierfunctie te twijfelen, voldoende zorgvuldig gehandeld. Anders dan het Regionaal Tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege daarmee van oordeel dat de orthopedisch chirurg niet te verwijten valt dat hij niet tijdig heeft geconstateerd dat de nierfunctie sterk afnam. Het is zelfs de vraag of die afname op 21 april 2016 al waarneembaar was.

4.7 Verder overweegt het Centraal Tuchtcollege nog dat de omstandigheid dat patiënte op 21 april 2016 niet is meegenomen in de reguliere prikronde geen tuchtrechtelijke verwijtbaarheid van de orthopedisch chirurg oplevert. De orthopedisch chirurg heeft

gecontroleerd of het reguliere bloedonderzoek stond ingepland, wat het geval was, en heeft daarnaast aanvullend laboratoriumonderzoek aangevraagd. De orthopedisch chirurg heeft er op mogen vertrouwen dat deze onderzoeken dan ook zouden plaatsvinden en dat hij, of de opvolgend dienstdoend orthopedisch chirurg, over eventuele afwijkende uitslagen in die onderzoeken zouden worden geïnformeerd. Aan de orthopedisch chirurg kan evenmin worden verweten dat hij niet heeft gehandeld naar aanleiding van de verpleegkundige rapportages in de avond van 21 april 2016 – waaruit blijkt dat de urineproductie van patiënte achterbleef – omdat de orthopedisch chirurg toen geen dienst meer had en hij ook niet persoonlijk op de hoogte is gesteld van de mate van urineproductie.

4.8 Slotsom is dat het principaal beroep ten aanzien van dit klachtonderdeel slaagt en dat dit klachtonderdeel alsnog ongegrond wordt verklaard.

Incidenteel beroep

Klachtonderdeel 1, 7, 8, 9, 11 en 16

4.9 De behandeling van de zaak in beroep heeft ten aanzien van deze klachtonderdelen geen ander licht op de zaak geworpen. Het Centraal Tuchtcollege kan zich verenigen met de overwegingen en het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege en neemt deze overwegingen en dit oordeel integraal over. Dit betekent dat het incidenteel beroep tegen deze klachtonderdelen wordt verworpen.

Klachtonderdeel 3

4.10 De Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat, gelet op de complexiteit van de operatie en de ruime periode gelegen tussen het moment dat werd besloten tot de operatie over te gaan en het moment van de daadwerkelijke operatie, van de orthopedisch chirurg als operateur mocht worden verwacht dat hij voorafgaand aan de operatie een bezoek had gebracht aan patiënte en met haar had gesproken en dat dit in een gelijkwaardige setting – en dus niet op het moment dat patiënte zich al op de holding bevond – was gebeurd. Bij dat bezoek had de orthopedisch chirurg zichzelf op de hoogte kunnen stellen van de gezondheidstoestand van de patiënte, haar op duidelijke wijze moeten voorlichten over de operatie en de daaraan verbonden risico's, en daarbij tevens moeten vaststellen of de patiënte toestemming verleende voor de operatie dan wel dat zij deze toestemming reeds bij een eerder consult van een collega had verleend (informed consent). De orthopedisch chirurg stelt dat patiënte door orthopedisch chirurg K. was geïnformeerd en dat zij instemde met de operatie. K. heeft dit consult mondeling aan de orthopedisch chirurg overgedragen en de orthopedisch chirurg stelt dat hij daar op mocht vertrouwen. Het Centraal Tuchtcollege is evenwel van oordeel dat bij de overdracht van een consult waarbij sprake is geweest van informed consent de inhoud van die bespreking ook in voldoende mate uit het medisch dossier moet blijken. Het door orthopedisch chirurg K. vastgestelde informed consent, zoals dit uit het medisch dossier blijkt, is niet compleet en volstaat in dit geval niet, met name omdat daaruit niet blijkt dat K. de risico's van de operatie met patiënte heeft besproken. Onder deze omstandigheden had de orthopedisch chirurg niet mogen vertrouwen op de (mondeling overgedragen) mededeling van K. dat sprake was van informed consent en is het tuchtrechtelijk verwijtbaar dat hij voorafgaand aan de operatie geen bezoek aan patiënte heeft gebracht, dat hij niet heeft gecontroleerd of er daadwerkelijk sprake was van informed consent door met haar de eventuele risico's en complicaties van de operatie te bespreken. Dit klachtonderdeel is derhalve in beroep alsnog gegrond.

Slotsom in principaal en incidenteel beroep en maatregel

4.11 Slotsom van het vorenstaande is dat de bestreden beslissing ten aanzien van de klachtonderdelen 3 en 18 niet in stand kan blijven. Het Centraal Tuchtcollege zal

klachtonderdeel 3 alsnog ongegrond verklaren en klachtonderdeel 18 alsnog gegrond verklaren.

4.12 Ten aanzien van de maatregel overweegt het Centraal Tuchtcollege dat de gegrond verklaarde klachtonderdelen beide betrekking hebben op de communicatie van de arts met hetzij de patiënte, hetzij de familie. De gegrond verklaarde klachtonderdelen liggen daarmee in elkaars verlengde. In het licht daarvan en nu de orthopedisch chirurg niet eerder is geconfronteerd met een gegrond verklaarde tuchtklacht, is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de oplegging van een waarschuwing passend en toereikend is.

4.13 Om redenen aan het algemeen belang ontleend gelast het Centraal Tuchtcollege de publicatie van deze uitspraak.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

vernietigt de beslissing waarvan beroep, maar uitsluitend ten aanzien van de klachtonderdelen 3 en 18 en de opgelegde maatregel;

en opnieuw rechtdoende:

verklaart klachtonderdeel 3 alsnog gegrond;

verklaart klachtonderdeel 18 alsnog ongegrond;

legt aan de arts de maatregel van waarschuwing op;

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: T.L. de Vries, voorzitter; Y. Buruma en E.F. Lagerwerf-Vergunst, leden-juristen en N.R.A. Baas en D.A. Legemate, leden-beroepsgenoten en I. Diephuis-Timmer, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 16 mei 2019.

Voorzitter w.g. Secretaris w.g.