

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 1991

HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS- ZORG

TE EINDHOVEN, ZITTING HOUDENDE TE ZWOLLE

heeft het volgende overwogen en beslist d.d. 17 januari 2020 omtrent de op 29 april 2019 ingekomen klacht van:

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
te Utrecht

in de persoon van dr. A.C. de Bruijne-Dobben, senior inspecteur en
dr. I.H. Folkersma MBA, coördinerend/specialistisch inspecteur
gemachtigde mr. M. Snoeks, senior juridisch adviseur
klaagster

tegen:

A
neuro-interventieradioloog
werkzaam te B
gemachtigde mr. S. Dik te Amsterdam
beklaagde

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift, met bijlagen;
- het verweerschrift, met bijlagen;
- de brief d.d. 25 juli 2019 van klaagster inclusief het J SAB-protocol;
- de brief d.d. 23 oktober 2019 van beklagde inclusief het J SAB-protocol, Medische zorg.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van het aangeboden mondelinge vooronderzoek. De klacht is ter openbare zitting van 22 november 2019 behandeld. Partijen waren aanwezig,

bijgestaan door hun gemachtigden. In verband met verhindering van mr. Snoeks werd klaagster bijgestaan door mr. drs. J.P. Jansen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende. Op zaterdag 1 april 2017 rond 18:00 uur werd patiënte per ambulance via de spoedeisende hulp (hierna: SEH) van het J binnengebracht met acute hoofdpijn. Bij binnenkomst op de SEH was sprake van een verdenking op een subarachnoïdale bloeding (hierna: SAB). Door de neuroloog, op dat moment hoofdbehandelaar, werd de behandeling gestart. Er werd een CT-scan gemaakt van het hoofd van patiënte op basis waarvan duidelijk werd dat sprake was van een SAB. Op de CT-angiografie van de hersenen (hierna: CTA) werd aanvankelijk geen (geruptureerd) aneurysma aangetoond. Patiënte werd zaterdagavond 1 april 2017 opgenomen op de intensive care (hierna: IC). Daarmee ging het hoofdbehandelaarschap over van de neuroloog naar de intensivist.

In de nacht van zaterdag 1 op zondag 2 april 2017 verslechterde de neurologische situatie

van patiënte. Op zondagochtend 2 april 2017 deed de dienstdoende neuroloog het voorstel voor een diagnostische angiografie (hierna: DSA). Beklaagde kwam in huis voor uitvoering van deze DSA in samenwerking met een AIOS radiologie. In het Dossier Neurologie staat hierover onder decursussen op pagina 5-6 genoteerd:

“(…)

02-04-2017

(…)

A: *SAB, op basis van blanco CT lijkt het een medianaeurysma links. Echter CTA niet duidelijk.*

K:

SAB protocol.

Collega C overlegt met A over tijdstip angio.

Add C:

Overleg A: vandaag angio, mogelijk klein media aneurysma links, zal angio doen, maar als er wat gezien wordt wsl te klein voor endovasculaire behandeling, dan indicatie voor clipping. Patiënte is nuchter, hij pakt het logistiek verder op met IC. Dit zo doorgegeven aan arts-assistent IC, D.

A en E hebben angio uitgevoerd:

Carotistopaneurysma links van 3 mm, endovasculair te behandelen. Echter anesthesist heeft een zeer drukspoedprogramma, daarom morgenochtend.”

Op pagina 11 van het Dossier Neurologie staat onder radiologie genoteerd:

“(…)

02-04-2017 Angiografie:

(…)

Carotis top aneurysma van 3x3 millimeter links. Lijkt goed behandelbaar endovasculair. Patiënt zal zo snel mogelijk worden ingepland voor behandeling. (...)

*Geautoriseerd door ** E (...)*

In de calamiteitenrapportage van het J (p. 6) staat onder de tijdslijn bij zondag 2 april 2017 rond 08.00 uur verder vermeld:

“De verpleging IC informeert de familie dat ze patiënte gaan proberen te behandelen. De verpleging licht toe dat de ingreep zal plaatsvinden in twee delen: eerst kijken (diagnostische angio) en daarna indien mogelijk een paraplu plaatsen (coiling)”.

Zondagochtend 2 april 2017 was er geen anesthesieteam beschikbaar voor sedatie vanwege andere (spoed)operaties. In de calamiteitenrapportage van het J (p. 6) staat hierover vermeld:

“(...) A [beklaagde] stelt voor dat, nu het materieel op de angiokamer gereed is en patiënte in de juiste positie ligt, aansluitend aan de diagnostische angio de interventie uit te voeren. De interventie vindt altijd plaats onder volledige narcose. F. [Assistent Radiologie] neemt hierover contact op met de anesthesie voor toepassen van de narcose. G [anesthesioloog] staat op dat moment, volgens gangbare afspraken, vast op de OK en kan de interventie op dat moment niet begeleiden op de angiokamer. Op basis van het J SAB-protocol, de informatie verstrekt door F en het feit dat patiënte stabiel is beoordeelt G. dat de ingreep binnen 48 uur moet plaatsvinden. G en F spreken af dat G eerst ondersteuning biedt bij twee andere aangemelde C-ingrepen en de interventie later op de dag –waarschijnlijk op het einde van de middag- kan worden uitgevoerd. A besluit dat de ingreep op maandag zal plaatsvinden en is hierop naar huis gegaan. A is in de veronderstelling dit duidelijk gecommuniceerd te hebben. (...)”

De anesthesioloog was in de veronderstelling dat de coiling die zondagmiddag na de spoedoperaties zou plaatsvinden. De anesthesioloog liet op zondagmiddag 3 april 2017 rond 14:30 uur de angiokamer klaarmaken om de coiling bij patiënte uit te voeren. Bij aankomst op de angiokamer hoorde de medewerker anesthesie van de AIOS radiologie dat beklagde had besloten het coilen naar maandag 3 april 2017 te verplaatsen. De AIOS radiologie heeft op zondagmiddag 2 april 2017 rond 15:00 uur telefonisch overleg gehad met beklagde. De interventie zou op maandag 3 april 2017 worden uitgevoerd.

Patiënte en haar familie werden op zondag 2 april 2017 aan het einde van de middag door de intensivist geïnformeerd dat de coiling zou worden uitgevoerd op maandag 3 april 2017.

In de nacht van zondag 2 april 2017 op maandag 3 april 2017 was sprake van een acute neurologische verslechtering bij patiënte. Op een spoed-CT bleek dat patiënte een rebleed had doorgemaakt met als gevolg een groot intracerebraal hematoom in de linker hemisfeer. De coiling van het aneurysma werd uitgevoerd in de ochtend van 3 april 2017. Patiënte toonde in de periode daarna onvoldoende neurologische verbetering. Op 19 april 2017 overleed patiënte na een abstinierend beleid. Beklaagde heeft nadien geen contact meer gehad met de familie.

In het J SAB-protocol is over de behandeling van het aneurysma het volgende opgenomen:

“ 5.12. Behandeling van het aneurysma

De definitieve behandeling van het aneurysma is afhankelijk van de bevindingen bij de 3D-angiografie. Indien coiling / endovasculaire interventie mogelijk is geniet dit de voorkeur. (...) Er wordt gestreefd om het aneurysma, indien mogelijk via coiling /endo-

vasculaire interventie, < 48 uur na de bloeding te behandelen. (In het weekend wordt geprobeerd om patiënten die vrijdagavond of zaterdagochtend worden opgenomen op zaterdag te behandelen (dienstdoende neuro-interventieradioloog wordt bereikt via de neurochirurg of via de arts-assistent radiologie). Indien patiënten zaterdagmiddag of zondag worden opgenomen zal dit in principe maandag plaatsvinden.). (...)

In de Richtlijn Subarachnoïdale bloeding van de Federatie Medisch Specialisten (2013) is op pagina 39 opgenomen:

“(...) Patiënten met een SAB en een goede klinische conditie bij opname (GCS>12) dienen zo spoedig mogelijk na opname behandeld te worden aan het geruptureerde aneurysma, en bij voorkeur binnen 24 uur. (...)”

In de Europese richtlijn (European Stroke Organization Guidelines for the Management of Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Haemorrhage, p. 101), staat:

“(...) Recommendation for Timing of Intervention

- *Aneurysm should be treated as early as logistically and technically possible to reduce the risk of rebleeding; if possible it should be aimed to intervene at least within 72 h after onset of first symptoms*
- *This decision should not depend on grading (class III, level C) (...)*”

In het calamiteitenrapport van het J staat dat het J SAB-protocol is opgesteld met name op grond van de volgende argumenten:

- *“Er is onvoldoende bewijs om het maximaal verantwoorde tijdsinterval waarop de interventie het beste kan plaatsvinden vast te stellen. Er is sprake van een discrepantie tussen het J protocol (de interventie vindt bij voorkeur plaats binnen 48 uur) en de richtlijn van de Nederlandse beroepsverenigingen (bij voorkeur binnen 24 uur).*
- *Dat sprake is van onvoldoende bewijs voor het maximaal verantwoorde tijdsinterval blijkt ook uit de discrepantie met de Europese richtlijn, waarin een interval van 72 uur wordt aanbevolen. (...)*
- *Het standpunt van de Radiologie is dat de suboptimale organisatie in het weekend en hieraan gekoppeld het risico op complicaties groter is dan het risico op een rebleed (na eerste 6 uur neemt het risico op een rebleed met 1% per dag toe).”*

3. Het standpunt van klaagster

De klacht bevat drie onderdelen:

- 1) beklagde is tekortgeschoten in de zorg aan patiënte omdat hij de coiling van patiënte niet zo spoedig mogelijk na de opname heeft uitgevoerd;
- 2) beklagde is tekortgeschoten in de zorg aan patiënte omdat hij a) geen overleg heeft gevoerd met de betrokken zorgverleners en b) heeft nagelaten de betrokken zorgverleners over zijn besluit te informeren;
- 3) de communicatie van beklagde richting patiënte en de familie van patiënte was onvoldoende.

Klachtonderdeel 1)

Klaagster voert aan - zakelijk weergegeven - dat beklagde in strijd met de Richtlijn Subarachnoïdale bloeding handelde, door de coiling uit te stellen van zondagmiddag 2 april 2017 naar maandagochtend 3 april 2017. Dat het J-protocol (in strijd met voor-

noemde landelijke richtlijn) aangaf dat de ingreep ook op maandag uitgevoerd kon worden, is geen reden om af te wijken van voornoemde landelijk vigerende richtlijn. Klaagster verwijst hiervoor naar de uitspraak van het RTG Eindhoven 3 juli 2014, ECLI:NL:TGZREIN:2014:70.

De stelling van beklagde dat in het weekend niet altijd een neurovasculair neurochirurg aanwezig is waardoor minder makkelijk overlegd zou kunnen worden, rechtvaardigt het afwijken van de richtlijn evenmin. De neuro-interventieradioloog was immers op zondagochtend 2 april 2017 onder dezelfde omstandigheden wel voornemens de coiling uit te voeren, zodat niet valt in te zien waarom dit zijn argument om af te wijken zou onderbouwen. Ook heeft beklagde geen poging ondernomen om een neurovasculair neurochirurg te bereiken voor overleg, terwijl gebleken is dat deze wel beschikbaar was.

Door het uitstellen van de coiling zijn volgens klagster door beklagde onnodige risico's genomen.

Klachtonderdeel 2a-b)

Beklaagde heeft de behandeling uitgesteld zonder overleg met de betrokken zorgverleners waaronder de intensivist (hoofdbehandelaar) en anesthesioloog en zonder hierover adequaat met hen te communiceren. Het uitstellen van diagnostiek en therapie is een essentiële behandelbeslissing die beklagde ten onrechte monodisciplinair en solitair heeft genomen. Doordat beklagde zijn besluit om de coiling uit te stellen naar maandagochtend 3 april 2017 niet heeft gecommuniceerd, heeft hij de betrokken zorgverleners in het ongewisse gelaten over het uitstel en de reden van uitstel. Ook ontbraken hierdoor duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de patiënt. Dit is in strijd met de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (KNMG, 2010), aandachtspunten 4 en 6.

Klachtonderdeel 3)

Beklaagde heeft patiënte en de familie niet geïnformeerd over, en actief betrokken bij de besluitvorming over het uitstellen van de coiling en de reden van uitstel. Het was de taak van beklagde om patiënte en de familie te betrekken bij, en te informeren over het uitstellen van de coiling. Beklaagde heeft zich na de rebleed niet actief tot de familie gericht noch zich afgemeld voor de gelegenheid om met de nabestaanden te spreken. Dit is in strijd met de Gedragsregels voor artsen (KNMG, 2013), punten II.8 en II.9, het Standpunt omgaan met incidenten, fouten en klachten (KNMG, 2007) en de informatieplicht op grond van artikel 7:448 van het Burgerlijk Wetboek.

Tot slot heeft beklagde volgens klagster geen reflectieve houding getoond en geeft hij geen blijk van zelfinzicht. Hij is niet bereid zich te verantwoorden en zich toetsbaar op te stellen. Hierdoor is er een risico op herhaling en daarmee een risico voor de patiëntveiligheid.

4. Het standpunt van beklagde

Klachtonderdeel 1)

Beklaagde stelt - zakelijk weergegeven - dat uit de diagnostische angiografie op zondag 2 april 2017 bewogen beelden waren verkregen. Hierdoor was het niet zeker of coilen mogelijk was. Volgens beklagde klopt het niet wat er in het calamiteitenrapport staat, namelijk dat de DSA een aneurysma toonde welke coilbaar was. Dat gaven de beelden namelijk juist niet aan. Het was zijns inziens onvoldoende duidelijk of het carotistop

aneurysma middels coilen te behandelen was en of dit een makkelijke of lastige procedure zou zijn. Beklaagde wilde graag een DSA onder anesthesie om betere beelden te verkrijgen, als de anesthesie direct beschikbaar was op zondagochtend 2 april 2017. Als daaruit zou blijken dat coilen gemakkelijk mogelijk was, had hij dit mogelijk meteen uitgevoerd. Volgens beklagde heeft de AIOS radiologie na de angiografie de anesthesioloog gebeld of de anesthesioloog anesthesie kon geven om te bepalen of coilen van een aneurysma mogelijk was (en dus niet per definitie om het coilen zelf uit te voeren). De anesthesioloog heeft besloten niet het tweede anesthesieteam op te roepen. Beklaagde heeft de ingreep geclassificeerd als C-ingreep. Er was geen reden voor spoed en de planning op maandag was conform het ziekenhuisprotocol.

Beklaagde heeft niet vernomen dat de anesthesioloog zou hebben gezegd dat later die middag mogelijk wel ruimte was om de coiling uit te voeren. Dat de AIOS radiologie akkoord ging met een uitstel naar de middag is volgens beklagde niet aannemelijk, omdat de AIOS geen stem had in besluitvorming en beklagde hier niet van op de hoogte is gebracht. Toen beklagde van de AIOS radiologie vernam dat er geen anesthesie beschikbaar was op het moment dat de patiënte op tafel lag voor de angiografie en dit ook niet zeker was voor de rest van de dag, heeft hij aangegeven dat, als er gecoild ging worden, dit normaal volgens protocol op maandag zou gebeuren. Volgens beklagde heeft hij (zelf) de hoofdbehandelaar/neuroloog hiervan op de hoogte gesteld. In het calamiteitenrapport staat, volgens beklagde ten onrechte, dat er door beklagde niet is overlegd met de neuroloog, anesthesioloog en de AIOS radiologie.

Beklaagde stelt dat het ziekenhuisprotocol wel afwijkt van de landelijke richtlijn maar niet van de Europese richtlijn. Beklaagde wijst ook op de uitspraak van het RTG Zwolle 9 maart 2018, ECLI:NL:TGZRZWO:2018:63, waarin werd geoordeeld dat het volgen van een ziekenhuisprotocol dat afwijkt van een landelijke richtlijn in casu niet verwijtbaar was.

Volgens beklagde bestaat er binnen de beroepsgroep discussie over de wenselijk geachte behandeltermijnen. Beklaagde wijst er ook op dat iedere behandeling van een aneurysma preventief is; de patiënt wordt er klinisch niet beter van. Beklaagde stelt dat door suboptimale zorg in het weekend het risico op complicaties groter is dan de risico's op een rebleed.

Klachtonderdeel 2)

Beklaagde herkent zich niet in deze klacht. Hij heeft duidelijk gecommuniceerd met de AIOS radiologie en de laborante dat de mogelijke ingreep gewoon volgens protocol gepland zou worden op maandag, nu er geen onmiddellijke anesthesie beschikbaar was. De communicatie met anesthesie over acute behandelingen van aneurysmata gaat altijd via de laboranten en de floormanagement van de anesthesie, ook op normale weekdays. Beklaagde mocht er dus van uitgaan dat de terugkoppeling adequaat zou gebeuren, zoals gebruikelijk.

Klachtonderdeel 3)

Beklaagde stelt nogmaals dat geen sprake was van uitstel maar van reguliere planning. De patiënte was niet aanspreekbaar, de familie heeft hij niet gezien. De uitleg van het te volgen beleid is de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar.

Tot slot kan beklagde niet plaatsen dat hij niet over een reflectieve houding zou beschikken; de aard en omvang van het verweerschrift laten het tegendeel zien. Beklaagde heeft zeer kritisch teruggekeken op zijn handelen en legt hierover uitgebreid verantwoording af. Volgens beklagde heeft hij op wetenschappelijk onderbouwde gronden niet

tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld. Beklaagde betwist dat hij een risico zou vormen voor de patiëntveiligheid. Dit blijkt nergens uit en wordt door beklagde als onnodig grievend ervaren.

5. De overwegingen van het college

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

Klachtonderdeel 1)

Het college overweegt als volgt. In de protocollen/richtlijnen die zijn opgesteld (te weten Europees, landelijk vanuit de Nederlandse beroepsverenigingen en in het J), zijn verschillende uitgangspunten opgenomen voor de termijn van behandeling van het aneurysma. In de Europese richtlijn staat vermeld dat de behandeling indien mogelijk minstens binnen 72 uur dient plaats te vinden. In de landelijke richtlijn wordt vermeld dat de behandeling zo spoedig mogelijk na opname dient plaats te vinden, en bij voorkeur binnen 24 uur. In het J SAB-protocol dat in april 2017 gold, werd als uitgangspunt gehanteerd dat gestreefd wordt om het aneurysma binnen 48 uur na de bloeding te behandelen. In dit protocol zijn ook richtlijnen opgenomen over deze behandeling gedurende het weekend; geprobeerd wordt om patiënten die vrijdagavond of zaterdagochtend worden opgenomen, op zaterdag te behandelen. Indien patiënten zaterdagmiddag of zondag worden opgenomen, zal de behandeling in principe op maandag plaatsvinden. Gebleken is dat de uitgangspunten van dit J SAB-protocol voor het weekend tot stand zijn gekomen door enerzijds bestaande onduidelijkheid over het maximaal verantwoorde tijdsinterval waarop de interventie het beste plaats kan vinden. Anderzijds is in de totstandkoming gelet op de suboptimale zorg die in het weekend kon worden geboden in dit ziekenhuis en de risico's die dit met zich brengt in verhouding tot de risico's van een rebleed na een SAB. Met inachtneming van het voorgaande stelt het college vast dat beklagde geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt terzake van zijn handelen met betrekking tot het inplannen van een (mogelijke) behandeling van het aneurysma van patiënte, zoals hij gedaan heeft, conform de ten tijde van zijn handelen geldende beschreven uitgangspunten in het J SAB-protocol. De door beklagde op maandag ingeplande (mogelijke) behandeling nadat hij op zondagochtend wegens op dat moment ontbreken van anesthesie niet verder kon, is conform de termijnen van het J SAB-protocol. Beklaagde heeft zich derhalve gehouden aan het ziekenhuisprotocol en hem kan hiervan geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt. Dat er destijds volgens de landelijke richtlijnen een termijn van 24 uur gold als voorkeurstermijn maakt dit niet anders. Daarbij neemt het college in overweging dat beklagde er blijk van heeft gegeven de omstandigheden van dit geval te hebben afgewogen - een patiënte die op dat moment in klinisch goede conditie was, de suboptimale omstandigheden van een behandeling in het weekend - en het relatief kleine risico op een rebleed. Het college verklaart klachtonderdeel 1 ongegrond.

Klachtonderdeel 2a)

Het college overweegt als volgt. Klaagster stelt dat beklagde is tekortgeschoten in de zorg aan patiënte omdat hij geen overleg heeft gevoerd met de betrokken zorgverleners over het uitstel van diagnostiek en therapie. Het college stelt voorop dat beklagde als neuro-interventieradioloog bij uitstek degene is die diagnostiek en therapie uitvoert rondom aneurysmata en coiling, en daarmee besluit over het inplannen (conform het J SAB-protocol). Nu beklagde naar het oordeel van het college hierover zelfstandig kon besluiten zonder dat hiervoor overleg noodzakelijk was, wordt deze klacht ongegrond verklaard.

Klachtonderdeel 2b)

Klaagster stelt dat beklagde is tekortgeschoten in de zorg aan patiënte, omdat hij heeft nagelaten de betrokken zorgverleners over zijn besluit te informeren. Beklagde stelt in de veronderstelling te zijn geweest zijn besluit duidelijk te hebben gecommuniceerd richting de AIOS radiologie en de laborante.

Ter zitting heeft beklagde aangegeven dat de AIOS radiologie de angiografie mee wilde uitvoeren, maar hier halverwege mee is gestopt en de angiokamer toen heeft verlaten in verband met dienstwerkzaamheden en drukte elders. Beklagde heeft ter zitting verder gesteld dat hij vanaf 3 april 2017 op vakantie ging. Beklagde heeft geen verslag van het DSA-onderzoek gemaakt. Omdat het onderzoek toch verslagen moest worden, heeft de AIOS radiologie dit gedaan, zo stelt beklagde. De AIOS radiologie heeft zich volgens beklagde de bevoegdheid van verslaglegging van het onderzoek toegeëigend. De inhoud van de verslaglegging door de AIOS (zoals hierboven onder '2. De feiten', tweede alinea is geciteerd) klopt volgens beklagde echter niet. De benoemde vaatspasmen zouden bewegingsartefacten betreffen en de constatering dat het aneurysma endovasculair te behandelen zou zijn, is volgens beklagde voorbarig en onzeker. Beklagde heeft ter zitting ook gesteld dat hij niet geautoriseerd is om aantekeningen in het klinisch dossier te maken.

Het college stelt voorop dat het niet kan vaststellen op welke wijze de mondelinge communicatie over de uitkomsten van de angiografie en het te voeren beleid heeft plaatsgevonden. Hierover lopen de lezingen uiteen. In het gesprekverslag d.d. 24 augustus 2018 van de IGJ met intensivisten H en I staat vermeld dat het de normale gang van zaken was dat de intensivist of neuroloog niet werd geïnformeerd door de neuro-interventieradioloog over het besluit om coiling al dan niet uit te voeren. Hoewel het college een dergelijke gang van zaken opmerkelijk vindt, moet bij een dergelijke gang van zaken in ieder geval sprake zijn van goede en correcte verslaglegging, onder meer om andere betrokken zorgverleners te informeren. Dit klemt te meer indien, zoals door beklagde gesteld, de AIOS radiologie tijdens het maken van de angiografie de angiokamer heeft verlaten voor het verrichten van werkzaamheden elders, maar desalniettemin verslag doet van het onderzoek. Het college constateert dat verslaglegging door beklagde over het onderzoek ontbreekt, terwijl de inhoudelijke juistheid van hetgeen wel is verslagen in het dossier wordt betwist door beklagde. Uit artikel 7:454, eerste lid, Burgerlijk Wetboek volgt dat in het medisch dossier van de patiënt zodanige gegevens moeten worden opgenomen die noodzakelijk zijn voor een goede hulpverlening aan de patiënt. Onder dergelijke gegevens valt ook de verslaglegging over een angiografie en het al dan niet verrichten en het inplannen van een (mogelijke) coiling, onder meer om andere betrokken zorgverleners te informeren. Dit is juist van belang binnen een samenwerkingsverband waarbij de hoofdbehandelaar informatie nodig heeft om de patiënt dan wel de vertegenwoordiger van de patiënt goed te informeren. Van beklagde mocht, gezien al het voorgaande, worden verwacht dat hij verantwoordelijkheid

nam voor het borgen van voldoende en correcte verslaglegging van het DSA-onderzoek. Omdat hij dit heeft nagelaten, is klachtonderdeel 2b) gegrond.

Klacht 3)

Het college overweegt als volgt. Volgens klaagster was de communicatie van beklaagde met patiënte en de familie van patiënte onvoldoende. Beklaagde stelt dat het de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar is om het te volgen beleid uit te leggen. Beklaagde had na de zondag waarop de angiografie is uitgevoerd vakantie. Toen hij terugkwam, was de patiënte reeds overleden. Het college stelt voorop dat het de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar is om uitleg te (laten) geven aan patiënt dan wel de vertegenwoordiger van de patiënt over het te volgen beleid. Daarmee lag het informeren van patiënte en de familie van patiënte over het beleid om de (mogelijke) coiling op maandag uit te voeren in beginsel niet op de weg van beklaagde. Daarbij neemt het college in overweging dat beklaagde met zijn handelwijze niet is afgeweken van het geldende J SAB-protocol. Het college merkt hierbij wel op dat bij een samenwerkingsverband een randvoorwaarde voor het informeren van de patiënt dan wel de vertegenwoordiger van de patiënt is dat de hoofdbehandelaar afdoende wordt geïnformeerd over het te voeren beleid. Hier heeft het door beklaagde onvoldoende nemen van verantwoordelijkheid voor het borgen van een juiste verslaglegging in het medisch dossier niet aan bijgedragen. Het college verwijst voor wat betreft dit verwijt naar de gegrondverklaring van klachtonderdeel 2b.

Wat betreft de contacten met de familie na het overlijden van patiënte, stelt het college vast dat beklaagde nadien geen contact heeft gehad met de familie. Ter zitting heeft beklaagde gesteld dat hij eerder een verzoek voor het plannen van een gesprek met de familie heeft ingediend bij het secretariaat van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis. Om voor beklaagde onduidelijke redenen is dit niet gepland. Ook stelt beklaagde dat hij bij een ingeplande afspraak ziek was. Hoewel het beter was geweest wanneer beklaagde een meer proactieve houding had getoond, bijvoorbeeld in de opvolging van het plannen van een gesprek met de familie van de patiënte, kan hem hiervan geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt. Bij dit oordeel laat het college meewegen dat beklaagde niet de hoofdbehandelaar was. Gelet op het voorgaande is dit klachtonderdeel ongegrond.

Ten aanzien van de hieraan te verbinden maatregel merkt het college op dat beklaagde in deze zaak op één punt onzorgvuldigheid valt te verwijten, namelijk op het vlak van dossiervoering. Het belang van een zorgvuldige en volledige dossiervoering zijn noodzakelijke pijlers onder het kunnen verstrekken van goede zorg, zeker als er sprake is van een keten van opvolgende zorgverleners zoals in deze casus. Het geheel overziend acht het college een waarschuwing op zijn plaats.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart klachtonderdeel 2b. gegrond;
- wijst de klacht voor het overige af;
- legt aan beklaagde de maatregel van waarschuwing op.

Aldus beslist door F. van der Maden, voorzitter, M. Mostert, lid-jurist, J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens, M. Kraai en J.W.B. de Groot, leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van

E.C.M. Thoonen, secretaris.

secretaris
voorzitter

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

- a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als
 - het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard of
 - als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

- b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.
- c. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Eindhoven. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.