

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 182 t/m 186 en 188 t/m 190/2020

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 19 november 2021 naar aanleiding van de op 29 oktober 2020 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te L,
bijgestaan door mr. A.C.H. Jansen, advocaat te Wijchen,

k l a a g s t e r

-tegen-

allen bijgestaan door mr. K. Mous, advocaat te Nijmegen,

b e k l a a g d e n

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de brief van 23 september 2021 van de gemachtigde van beklagde met producties 18 t/m 22, ingekomen op 27 september 2021;
- de brief van 28 september 2021 van de gemachtigde van klagster, ingekomen op 29 september 2021.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

Naast deze klachten zijn er nog twee klachten ingediend tegen collega's van beklagden. Deze klachten zijn bekend onder de nummers 187/2020 en 191/2020.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 8 oktober 2021, waar partijen in persoon (met uitzondering van beklagde sub 8.) en bijgestaan door hun gemachtigde zijn verschenen. Klagster werd bijgestaan door haar gemachtigde en haar adviseur.

Abd: adipeus, soepel, normale peristaltiek, wisselende tympanie, geen palpabele weerstanden, niet drukpijnlijk

Extr: soepele kuiten, oedeem-, a. tib. Post. +/-

ECG

Electrische hartas

sinusritme 57/min, intermediaire hartas, PQ-interval 140 msec, geen pathologische Q's, QRS-complex 80 msec, QTc-tijd 383 msec, goede R-topprogressie, geen negatieve T's, geen ST-segmentdeviatie, geen ECG ter vergelijking

Aanvullend onderzoek

Laboratorium onderzoek

bloedgas: milde alkalose, reeds compenserende, bij herhaling normaal, troponine 33

Conclusie

Conclusie

Een 49-jarige man met sinds vanochtend POB

Beleid

Iom (supervisoren)

Beleid

B [beklaagde in zaak 187/2020]

-10:30 uur hartenzymen herhalen.

-start ASA.

-opname zonder tele.

-fast track CT-coronairen @."

Besloten werd de patiënt voor nadere beoordeling op te nemen. Tevens werd een CT-scan aangevraagd en vond er een bepaling van de hartenzymen (troponine) plaats, welke na drie uur is herhaald. De uitkomst van de troponinebepaling was in eerste instantie 33 nG/L en bij de tweede meting 49 nG/L.

Op donderdag 5 maart 2015 heeft de physician assistant (verder ook PA te noemen) visite gelopen bij de patiënt en onder meer het volgende opgetekend in het 'verpleegkundig en medisch opdrachtenblad':

[...]

"5/3 - Vis pa C/P

- Trop neg.

- Start zocor 20mg

- Lisinopril 10mg na ct.

- Na ct verder beleid."

Tevens is de CT-scan op 5 maart 2015 gemaakt. Het verslag van de CT-scan vermeldt als volgt:

"MULTISLICE CT HART CA2 BEPALING – INCL.BESPR.CARDIOLOOG

Medische gegevens:

POB, familiale belasting.

Verslag:

Protocollair onderzoek, gescand volgens step and shootprocedure met een gemiddelde hartslag van 61/min, regelmatige hartslag.

Normaal verloop van de coronairarterien met een dominantie van de LCA.

Drieslippige aortaklep. Normaal aspect van de afgebeelde thoracale aorta.

Calciumscore volgens Agatston:

Left main: 0

LAD: 53

CRX: 0

RCA: 1

PDA: 0

Totaal: 54

CT coronair angiografie:

RCA: Segment 1 lijken er wat kleine soft plaques aanwezig te zijn, lijkt niet significant.

Left main: geen afwijkingen.

LAD: beeld van instabiele soft plaque overgang segment 5 naar LAD en diagonale tak met remodelling ter plaatse. In segment 6 spotty calcification.

RCX: dezelfde soft plaque overgang segment 5 naar RCX echter hier geen significante veranderingen zichtbaar.

Extracardiale structuren: Geen afwijkingen zichtbaar.

Conclusie:

Aanwijzingen voor uitgebreid coronairlijden met beeld suspect voor instabiliteit, soft plaque overgang segment 5 naar met name de LAD. Tevens soft plaque segment 1 van de RCA, dubieus significant."

De uitkomst van de CT-scan is door de physician assistant besproken met cardioloog E [beklaagde in klacht 183/2020]. In overleg met deze cardioloog werd besloten tot het uitvoeren van een CAG (hartkatheterisatie) en een echocardiogram bij de patiënt. Dit is als volgt in de medische status genoteerd:

"Iom E: B: CAG

Echo cor"

Uit de aantekeningen op het 'verpleegkundig en medisch opdrachtenblad' volgt verder dat de CAG en het echocardiogram voor de volgende dag – te weten vrijdag 6 maart 2015 – waren aangevraagd. De medische status vermeldt het volgende:

"5/3/15 - Uitslag CT: ernstig 3vatslijden

6/3/15 CAG

- 6/3 8.15 echo

- lisinopril verhoogd naar

1x daags 20mg.

- isordil op [recept]

- Dhr. mag niet van de afdeling."

Op vrijdag 6 maart 2015 werd het echocardiogram uitgevoerd waarop geen afwijkingen werden gezien. Uit de verpleegkundige rapportage volgt dat de CAG – zoals gepland op

6 maart 2015 – niet doorging en uitgesteld werd naar maandag 9 maart 2015. De verpleegkundige rapportage vermeldt het volgende met betrekking tot het uitstel van de CAG:

“6/3 A Vrij
B gb
C podb continue NRS2.
Geen uitstraling.
D Alert
E/F kreeg uitleg cag+evs.
Verder proces
Liezen geschoren.
Ging v. cag, gaat niet door
wordt as maandag.”

Uit het medisch dossier – meer specifiek de notities over het ziekteverloop van de patiënt – volgt dat de patiënt in de nacht van vrijdag 6 op zaterdag 7 maart 2015 pijn op de borst heeft ervaren (VAS-score: 5). Op het ECG werden geen veranderingen waargenomen. Na overleg tussen de arts-assistent en medebeklaagde B [zaak 187/2020] (dienstdoende cardioloog in het weekend van zaterdag 7 en zondag 8 maart 2015) werd besloten de patiënt voor telemetrie over te plaatsen naar de afdeling beperkte hartbewaking “W”. Aldaar kreeg de patiënt een nitroglycerine-infuus. Het medisch dossier vermeldt onder meer als aantekening van de dienstdoende arts-assistenten:

[...]
“7/3/2015 Hele nacht POB gehad. Nu geen verandering
V ECG.
B/iom B [beklaagde 187/2020]
- over naar W+tele
- daarna nitropomp op stand 1.”

“7/3 I.v.m. aanhoudende PODB aanzien + nitro ophogen op geleide van RR”

De Indicaties opname en verblijf CCU van het O vermeldt onder meer:

“Indicaties opname en verblijf W met ritmebewaking
[...] Instabiele angina pectoris zonder bedreigende ECG-afwijkingen met iv nitroglycerine”

Op zaterdag 7 maart 2015 ervoer de patiënt hoofdpijn. De verpleegkundige rapportage geeft het volgende weer:

“7/3 A vrij
B O dyspnoe
C Tele: SBC ±53
Hoofdpijn > pcm, nog lichte druk op de borst
D alert
E kreeg uitleg afdl.
Inf: nitropohl 50 cc st 1.0.

AD A. vrij
B dyspnoe O
C [onleesbaar] hele lichte POB score 2 [2 omcirkeld]
Dit blijft status quo.
D Dhr is alert en adequaat
E. Echtgenote is erg bezorgd

hoopt dat Dhr. snel geholpen wordt. Kreeg uitleg over het beleid. info boekje CAG heeft Dhr. al.

- Dhr. heeft forse hoofdpijn
voor de nacht nitropohl st 0,5 (22:30 uur)
direct bellen. Hopelijk zakt de hoofdpijn iets.
C Tele 5/2-SBC 53-64.”

In de nacht van zaterdag 7 op zondag 8 maart 2015 heeft de patiënt gebeld in verband met een verergering van de pijnklachten op de borst. Uit de verpleegkundige rapportage volgt:

[...]

“8/3 C Dhr belde rond 2:30 uur i.v.m. verergering van
PODB-klachten NRS:7. Hierom pompstand
Nitropohl verhoogd naar 1.0.
3:00 Pijn is niet gezakt RR:120/65. Nitropohl opgehoogd naar 1.5.
3:30 PODB blijft aanhouden ECG gemaakt
RR 130/70 Nitropohl opgehoogd naar 2.0
3:45 PODB werd heviger RR gestegen naar 170/90
Hierom nitropohl opgehoogd naar 3.0
3:50 PODB blijft hetzelfde RR door gestegen naar 185/90
Nitropohl verder opgehoogd naar 4.0.
4:00 PODB blijft onveranderd RR gedaald naar 125/75 toch pomp verhoogd naar 4.5
4:15 Dhr is onwel geworden niet meer aanspreekbaar.
Reanimatie werd gestart. Reanimatie werd 5.15 uur gestaakt.”

De patiënt is op 8 maart 2015 om 5.07 uur overleden.

Uit de medische informatie betreffende het ziekteverloop volgt verder, dat beklaagde B [beklaagde 187/2020] na het overlijden van de patiënt een gesprek heeft gehad met klaagster. Het medisch dossier vermeldt het volgende:

“8/3/15

B 5:53 Gesprek met echtgenote:
Uitgelegd dat hoofdstam wrs is gaan dichtzitten.
Onbegrip terecht over delay v CAG.
Hartcatheterisatie zou vrijdag gepland staan, is niet doorgegaan, is van programma gevallen ivm overige ingrepen.
Stond maandag op programma voor CAG
Uitgelegd dat ECG's altijd normaal waren ook 8 maart 322:33 was het ECG volstrekt normaal. Tevens negatieve

enzymdiagnostiek.
Aangeboden om alle gegevens in te zien
en ook gesprek op de poli over enige tijd
mede met het oog op de verwerking
Obductie –
Evt orgaandonatie, geen Cerebrum
geen cornea.”

2.2

De klachtencommissie

Bij uitspraak van 4 februari 2016 heeft de Klachtencommissie van O uitspraak gedaan op de klacht die klaagster bij die commissie had ingediend. De commissie overweegt onder meer:

[...]

“De Klachtencommissie wil de klacht over de gang van zaken rond [patiënt] beschouwen vanuit een indeling in twee periodes. De eerste periode betreft de opvang op de EHH en de opname op de afdeling Cardiologie tot aan het moment dat de CAG zou worden verricht (dat is de periode 4 maart ‘ s ochtends tot 6 maart ‘ s middags).

De tweede periode betreft de gang van zaken rond het twee keer uitstellen van de CAG op vrijdag 6 maart en het vasthouden aan dat uitstel op de ochtend van 7 maart.

4.3.1. Eerste periode

Het beleid gedurende deze periode wordt naar mening van de commissie gekenmerkt door een voortvarende aanpak. Er wordt gericht gewerkt naar het aantonen c.q. uitsluiten van een aandoening van de kransslagaders. Er is geen differentiaal diagnose. Hoewel de GRACE-score van 4 maart niet direct op een hoog risico wijst is er sprake van opeenvolgende diagnostiek en -zeker na de CT-scan — ook, althans bij C [beklaagde in zaak 191/2020], een besef van urgentie. Dit blijkt uit de aantekeningen in het medisch en verpleegkundig dossier. C [beklaagde in zaak 191/2020] vermeldt in het medisch dossier “aanwijzingen voor (instabiel) drievatslijden” en geeft aan de verpleging door: “ernstig drievatslijden “[Patiënt] mag de afdeling niet meer verlaten. Ook in het gesprek van 5 maart met [klaagster] wordt de indruk gewekt van urgentie en wordt in de tekening o.a. een hoofdstamstenose links ingetekend. Over de bevindingen bij de CT scan is door Q en de cardiologen met de Klachtencommissie gecorrespondeerd. De vraag wel/niet hoofdstamstenose was van belang voor de risico-analyse. In het formele verslag is de term hoofdstamstenose niet vermeld. De radioloog beschrijft in de linker hoofdstam “geen afwijkingen” maar in de passage daarna is sprake van een “instabiele softplaque op de overgang van segment 5 naar de LAD” Aangezien segment 5 overeenkomt met de linker hoofdstam moet de interpretatie volgens de commissie zijn dat er aanwijzingen waren voor een bedreigende afwijking in de distale hoofdstam. De Klachtencommissie is van mening dat er een dringende reden was die afwijking te bevestigen dan wel uit te sluiten.

Ook ten aanzien van de pijn die [patiënt] had, is er verschil van zienswijze tussen [klaagster] en Q enerzijds en de betrokken cardiologen en PA anderzijds. In het

medisch dossier is over de klinische situatie alleen op 5 maart 's ochtend genoteerd dat de verpleegkundige meedeelt dat de [patiënt] pijn op de borst houdt. Tussen 5 maart 's middags en 7 maart 's ochtends is in het medisch dossier geen enkele aantekening meer gemaakt. Ook de aantekening op 7 maart blijkt [e]en weergave van wat de verpleegkundigen hebben opgemerkt. Een medische beoordeling van de klinische toestand van de [patiënt] heeft ten onrechte niet plaats gevonden. Aantekeningen in het verpleegkundig dossier wijzen op een geregelde terugkeer van pijn op de borst, nadat het met deze pijn de eerste dag juist meeviel. De pijn op de borst is niet als hevig genoteerd, maar het karakter van de pijn was naar de mening van de commissie toch wel bij tijden specifiek: uitstraling linker arm, en met de sensatie van druk, maar ook periodes met langer aanhoudende pijn in rust. Na behandeling met isordil is de pijn niet afgenomen. Deze gegevens uit het verpleegkundige deel van het patiëntendossier dienen beschouwd te worden als informatie die bij de artsen bekend kon zijn. Q stelt dat de gegevens over de pijn op de borst de pijnklachten classificeren als instabiele Angina Pectoris. De Klachtencommissie neemt deze zienswijze over.

In de eerste periode is bloedonderzoek verricht. Gezien de opnamediagnose was de troponine -bepaling daarbij van essentiële betekenis. Er zijn, zoals in de Richtlijn geadviseerd, twee bepalingen met een interval van 3 uur verricht. (uitslag 33 resp. 49 ng/l; normaalwaarde <14 ng/l) De uitslagen zijn op de afdeling geïnterpreteerd als "grijs gebied". De cardiologen maken in hun schriftelijke reacties en tijdens de hoorzitting melding van bloedwaarden die "geen tekenen van op dat moment (acuut) zuurstoftekort wezen". B [beklaagde in zaak 187/2020] noemt ze desgevraagd "normaal".

De Klachtencommissie plaatst vraagtekens bij deze interpretaties. Het ging hier om troponine-waarden, bepaald volgens een hoog-sensitieve methode die sinds maart 2012 in O wordt toegepast (hsTn-T assay Roche). Het is de Klachtencommissie bekend dat de interpretatie van hoog sensitieve troponine bepalingen nog in ontwikkeling is. Het stroomdiagram (figuur 5) in de Richtlijn geeft houvast hoe te handelen bij dergelijke bepalingen in de eerste uren na het optreden van klachten. Hier was sprake van twee waarden boven de afkapwaarde 14 ng/l (= ULN, Upper Limit of Normal) en de tweede waarde was bijna 50% hoger dan de eerste (in absolute zin 16 ng/l). Weliswaar waren beide waarden onder 70 ng/l en daarmee minder specifiek voor myocardschade door een acuut coronair syndroom en met meer kans op "differentiaal diagnostische ruis". Maar bij de [patiënt] was volgens de cardiologen op grond van het klinisch beeld een differentiaal diagnose niet aan de orde. Daarom hadden de gevonden waarden en de stijging, naar de mening van de commissie, moeten leiden tot de interpretatie "myocard ischemie niet met zekerheid uitgesloten". Een bezinning op deze twee uitslagen, tegen de achtergrond van het algoritme uit de Richtlijn, ontbreekt in het dossier. De commissie concludeert dat de stijging van de troponine-waarde geen passend vervolg heeft gehad, zoals herhalen prikken of plannen CAG met meer urgentie.

4.3.2. Tweede periode

De commissie heeft getracht te reconstrueren hoe het besluit tot uitstel van de CAG is genomen. In het medisch dossier is van deze besluitvorming geen aantekening gemaakt. Uit de toelichting tijdens de hoorzitting maakt de commissie op dat de

interventiecardioloog tot het uitstel heeft besloten en dat [beklaagden in de zaken 182/2020 en 191/2020] geen aanleiding zagen om zich tegen het uitstel te keren. S heeft over het uitstel kritisch vragen gesteld en deze zijn in de hoorzitting besproken. Op grond van deze bespreking en op grond van de schriftelijke reacties van de cardiologen stelt de commissie vast dat bij de afweging op vrijdag 6 maart door de betrokken artsen is uitgegaan van een situatie met laag risico en wel op basis van de lage GRACE-score op de EHH en de reeks van vele normale ECG's daarna. De Klachtencommissie realiseert zich dat er bij de [patiënt], in retrospectie, een zeer uitzonderlijke combinatie van factoren bestond. Dat er aanvankelijk geen reden was om hoog risico te veronderstellen is te begrijpen. Echter na het berekenen van de GRACE-score op 4 maart was belangrijke additionele informatie verkregen: verdenking op distale hoofdstamplaque op de CT-scan en recidiverende periodes van pijn op de borst, ook in rust. Deze additionele informatie was bekend of had bekend moeten zijn bij de cardiologen die op 6 maart besloten de CAG uit te stellen tot drie dagen later.

De cardiologen verwijzen naar de Richtlijn en stellen dat er geen parameters waren die de patiënt als high risk definieerden. Maar daarbij hebben zij naar de mening van de Klachtencommissie de initiële situatie en de normale ECG's te zwaar laten wegen en zijn zij voorbij gegaan aan de dynamiek van het klinisch beeld en de inmiddels verkregen extra informatie. Bovendien stond hun beslissing op gespannen voet met de aanbeveling in diezelfde Richtlijn dat — bij patiënten met een lager risicoprofiel — invasieve evaluatie bij voorkeur binnen 72 uur na opname dient plaats te vinden. Ook is niet goed in te zien hoe deze beslissing past bij de aanpak in de eerste dagen (“doorpakken”, “mag niet van de afdeling”).

De commissie is daarom van mening dat de beslissing de CAG met drie dagen uit te stellen onjuist was. Het onderzoek had vrijdagavond of eventueel zaterdagochtend gepland moeten worden.

Voor een CAG op zaterdag 7 maart kwam er een extra aanleiding bij: de pijn op de borst was in de loop van de nacht van vrijdag op zaterdag toegenomen in duur en intensiteit. Dit is althans door de verpleging gedocumenteerd en gescoord met een hogere pijnscore dan de dagen ervoor (4 à 5). Dit had naar de mening van de commissie een belangrijk argument moeten zijn om de beslissing van de vorige dag te heroverwegen. De beslissing tot het uitstel met drie dagen op vrijdag en het hieraan vasthouden op zaterdag berusten naar de mening van de klachtencommissie op onjuiste afwegingen van beschikbare informatie.

Voorts stelt de commissie vast dat er zowel in de eerste als in de tweede periode sprake was van een gebrekkige verslaglegging in het medisch dossier. Met name ontbreken aantekeningen over de decursus op 6 maart en een weergave van het overleg tussen de arts-assistent en [beklaagde in zaak 187/2020] op 7 maart over uitstel van de CAG. Dat wordt door de Klachtencommissie als een ernstige omissie gezien.

Tenslotte is de Klachtencommissie van mening dat de communicatie tussen de behandelaren en [klaagster] zeer gebrekkig is geweest, met name toen de voor [klaagster] onbegrijpelijke beslissing werd genomen de CAG met drie dagen uit te stellen.

4.3.3 Samenvatting.

De overwegingen in 4.3.1 en 4.3.2 leiden, in onderlinge samenhang bezien, tot de conclusie dat de betrokken zorgverleners op 6 en 7 maart 2015 tekort geschoten zijn

in hun taak als behandelaar van [patiënt]. De Klachtencommissie beoordeelt de klacht van [klaagster] dan ook als gegrond.

5. Uitspraak

De Klachtencommissie beoordeelt de klacht van [klaagster] als gegrond.

6. Aanbeveling van de Klachtencommissie

De Klachtencommissie verbindt aan haar oordeel de volgende aanbevelingen:

Aanbeveling 1.

Bij haar onderzoek werd de Klachtencommissie geconfronteerd met een ondeugdelijke verslaglegging in het medische deel van het patiëntendossier. Met name ontbraken op belangrijke momenten de rapportages over het klinisch beeld, waren er geen aantekeningen over de consequenties van aanvullend onderzoek met een discutabele uitslag (CT en lab) en ontbrak een Differentiaal Diagnostische afweging. De commissie adviseert deze aspecten van dossiervoering op een niveau te brengen dat voldoet aan de eisen voor een afdeling Cardiologie in een opleidingsziekenhuis.

Aanbeveling 2

Bij de behandeling van de klacht kwam zijdelings ter sprake dat de toestemming tot de donatie en de uitwerking daarvan niet met elkaar overeenstemden. Een betere afstemming tussen donatieverzoek en uitvoering is gewenst.”

2.3

De calamiteitencommissie

Uit de “Rapportage inzake calamiteit patiëntenzorg” d.d. 18 mei 2016 haalt het college de volgende passages aan.

“De ACS richtlijn (van toepassing in maart 2015) geeft aan dat er een aanbeveling is om de patiënt tijdens de klinische opname invasief te evalueren, bij voorkeur binnen 72 uur. Onder deze richtlijn was het op vrijdagmiddag duidelijk dat de 72 uur niet meer gehaald zou worden als de CAG over het weekend heen zou worden getild. Hier had beter een herevaluatie plaats kunnen vinden of het vertrouwd was de CAG over het weekend heen te tillen. In de ACS-richtlijn staat ook beschreven dat hoog-risico patiënten, bijvoorbeeld patiënten met persisterende angina pectoris, uitgesloten zijn van de grote studies omdat zij recht hebben op een spoedige katheterisatie. Deze casus betreft een patiënt die angina pectoris houdt. De pijn op de borst klachten worden niet verklaard door iets anders. De angina pectoris klachten verergeren opnieuw op zaterdag. Vanuit het perspectief van de cardiologen betreft het hier een patiënt die zich (in retrospectie) atypisch presenteerde; normaal ECG tijdens pijn op de borst klachten. De onderzoekscommissie is van mening dat het verergeren van de angina pectorisklachten op zaterdag een reden was om het beleid te heroverwegen en de patiënt intensiever te monitoren. De behandeling is geïntensiveerd, maar vervolgens niet geëvalueerd en opnieuw beoordeeld. In deze situatie was dat wenselijk geweest.

Het beleid is ingezet conform de ACS-richtlijn. Echter, de ACS-richtlijn laat ruimte tot interpretatie van het voorgeschreven beleid. Daarom richt de onderzoekscommissie zich tevens op de vraag of de zorg die aan de patiënt is geleverd als voldoende beoordeeld kan worden. In de nacht van vrijdag op zaterdag is een verandering van

het klinische beloop waarop actie wordt ondernomen middels extra bewaking en optimalisering van het medicamenteus beleid intraveneuze therapie. De onderzoekscommissie is van mening dat het heeft ontbroken aan een closed loop procedure. Met een dergelijke closed loop procedure was met de start van de nitroglycerinepomp afgesproken wat wel / niet verwacht had mogen worden ten aanzien van de klinische toestand van de patiënt, wanneer het ingezette beleid geëvalueerd had moeten worden en met wie, welke parameters nog aanvullend bepaald hadden moeten worden (zoals Troponinwaarden bepalen) en of het nog wel verantwoord was dat de CAG op maandag uitgevoerd zou worden of dat er een spoed-indicatie gesteld had moeten worden gezien de persisterende klachten en het verhoogde risicoprofiel (familiaire belasting, roken, obesitas) van de patiënt? Deze overwegingen hebben niet (aantoonbaar) plaatsgevonden. Ook is de onderzoekscommissie van mening dat het passend was geweest indien de cardioloog vrijdag en/of zaterdag de patiënt zelf had beoordeeld.

Nacht zaterdag 07 op zondag 08 maart 2015

In het verpleegkundig dossier staat beschreven dat in de nacht van zaterdag op zondag vanaf 2.30 uur de nitroglycerinepomp enkele malen wordt verhoogd tot uiteindelijk stand 4.5 om 04.00 uur. Dit heeft zover te achterhalen niet in overleg met de supervisor plaatsgevonden. De pijn op de borst (NRS 7) blijft hetzelfde gedurende deze periode en de bloeddruk stijgt. In het medisch dossier staat de verhoging van de nitroglycerinepomp niet beschreven. Of hierbij een arts assistent cardiologie betrokken is geweest, is niet duidelijk; op basis van de interviews lijkt dit niet het geval te zijn geweest. Het ophogen van de Nitroglycerinepomp wordt gestopt op het moment dat de patiënt onwel wordt en in een reanimatiesetting terecht komt. Het is de onderzoekscommissie niet duidelijk hoe lang het ingezette beleid, in dit geval het ophogen van de Nitroglycerinepomp, mag worden voortgezet zonder dat de klinische situatie van de patiënt verbetert. Er is anderhalf uur een niet verbeterende situatie 'geaccepteerd' en er is geen AIOS cardiologie / cardioloog geconsulteerd om het ingezette beleid (= ophogen van de Nitroglycerinepomp) te evalueren en/of het beleid bij te stellen. In anderhalf uur tijd is er sprake van hevige pijn op de borst met snel ophogen van de nitroglycerinepomp. Er is dus sprake van instabiele angina pectoris die niet reageert op de nitroglycerine. Dit is normaliter altijd een reden om moet spoed een cardioloog erbij te halen.

Overall

De onderzoekscommissie concludeert dat de medische zorg in eerste instantie adequaat is ingezet. Echter vanwege de persisterende klachten bij een patiënt met een verhoogd risicoprofiel (roken, obesitas, familiale belasting) was het beter geweest opnieuw te beoordelen of het veilig was de CAG tot na het weekend te verplaatsen. Bij verandering van de klinische toestand van de patiënt dient het ingezette beleid heroverwogen te worden, afspraken gemaakt te worden over wanneer de supervisor geconsulteerd moet worden en wat verwacht mag worden van het ingezette beleid; een zogenaamde closed loop procedure. De onderzoekscommissie is van mening dat bij deze patiënt er redenen waren (onder andere persisterende angina pectorisklachten, verhoogd risico profiel van de patiënt) om de CAG alsnog in het weekend te laten plaatsvinden.

Ad.2. Is de medische verslaglegging adequaat geweest?

De statusvoering (medische dossier) bij deze patiënt is beperkt en bepaalde informatie is niet terug te lezen/vinden. Enkele voorbeelden hiervan zijn het missen van een differentiaal diagnose, geen vermelding van de GRACE score bij opname, de reden waarom de CAG op vrijdag 06 maart 2015 niet is doorgegaan en wat de risico-afwegingen waren om de CAG te verplaatsen tot na het weekend. Op vrijdag 06 maart 2015 staat niets door de PA cardiologie en/of AIOS cardiologie beschreven in het medisch dossier van de patiënt. De reden hiervan was dat de status op niet op de verpleegafdeling cardiologie was in verband met de beoogde CAG; het dossier was op de afdeling hartkatheterisatie. Op 08 maart 2015 staat in het verpleegkundige dossier vermeld dat vanaf 2.30 uur de nitroglycerinepomp wordt verhoogd in verband met pijn op de borst (NRS 7). In het medisch dossier staat om 3.40 uur beschreven door de AIOS cardiologie dat de patiënt last houdt van pijn op de borst (VAS7), dat het ECG onveranderd is (normaal), bloeddruk 170/90 en om ongeveer 4.10 uur melding van de reanimatie. In het medisch dossier staat niets beschreven over de ophoging van de nitroglycerinepomp en in het verpleegkundig dossier staat niets beschreven dat dit beleid is afgestemd met de AIOS cardiologie / cardioloog. De onderzoekscommissie is van mening dat de medische statusvoering niet voldoet aan de standaard van O.

Ad. 3. Is de continue beschikbaarheid (24/7) coronair angiografisch onderzoek geborgd binnen O? Tijdens het gesprek met de echtgenote van de patiënt en de onderzoekscommissie geeft de echtgenote aan dat zij vragen had over de continuïteit van het CAG-onderzoek in O. Om deze reden is deze vraag in het onderzoeksrapport opgenomen. Op de polikliniek bevindt zich een specifieke planafdeling. Alle aanvragen komen via de planafdeling op de hartkatheterisatiekamer terecht. De cardiologen geven aan de planafdeling door hoe hoog de prioriteit is van een spoedkatheterisatie, waardoor patiënten die geen kwalificatie 'spoed' hebben, indien noodzakelijk doorschuiven naar een volgende gelegenheid. Buiten werkuren en in de weekenden vinden behoudens spoedindicaties (PCI voor (N)STEMI en tijdelijke pacemakerimplantaties) geen routineonderzoeken plaats. Wanneer een geplande CAG niet door kan gaan, wordt de patiënt ingepland op de eerstvolgende mogelijkheid. Er vindt geen herbeoordeling van de patiënt plaats of het veilig is dat de CAG met één dag wordt uitgesteld. De middelen voor een CAG in het weekend zijn aanwezig en als er een indicatie is, dan kan de CAG uitgevoerd worden. Het is aan te bevelen dat aan het eind van de werkdag eventuele patiënten die van het programma afvallen, met name wanneer de geplande CAG uitgesteld wordt tot na het weekend, her-beoordeeld worden of dit veilig is en hiervan verslaglegging wordt gedaan."

Ad 4. Hoe is de visite geregeld op de verpleegafdeling cardiologie?

Deze onderzoeksvraag is naar aanleiding met het gesprek met de echtgenote van de patiënt opgenomen in het onderzoek. De echtgenote geeft tijdens het gesprek met de onderzoekscommissie aan dat zij vernomen heeft dat er op de verpleegafdeling cardiologie geen visite gelopen wordt door de staf (cardiologen) maar enkel door assistenten / PA cardiologie; de echtgenote heeft dit ook zo ervaren. Tijdens de opname van haar man heeft de echtgenote geen medisch specialist (cardioloog) gezien. Op maandag tot en met vrijdag loopt de PA cardiologie visite bij alle patiënten. Dagelijks vindt er naar aanleiding van de visite een terugkoppeling plaats tussen de

PA cardiologie en de superviserend cardioloog. Indien er aanleiding toe is bezoekt de superviserend cardioloog één of meerdere patiënten alsnog na de visite door de PA cardiologie. Op dinsdagen loopt de superviserend cardioloog de visite mee met de PA cardiologie en is dus

bij het bed van de patiënt aanwezig (bedside). In de weekenden is één AIOS cardiologie aanwezig op de verpleegafdeling cardiologie en één AIOS cardiologie op de bewaakte verpleegafdeling cardiologie. De visite in de weekenden vindt plaats tussen de AIOS cardiologie en de verpleegkundige. De AIOS cardiologie bezoekt alleen de patiënt wanneer de klinische toestand van de patiënt daar aanleiding toe geeft, hiertoe tijdens de weekendoverdracht notitie van is gemaakt of de verpleegkundige hiertoe verzoekt. De superviserend cardioloog loopt visite op de CCU en is bereikbaar voor de AIOS-en cardiologie van de verpleegafdelingen cardiologie. Er zijn geen landelijke richtlijnen over hoe vaak een patiënt fysiek (= bedside) door een AIOS of medisch specialist gevisiteerd moet worden. De onderzoekscommissie is van mening dat elke patiënt tijdens zijn of haar opname minimaal eenmaal door een cardioloog gezien moet worden (bedside); dit is wat verwacht mag worden als standaard zorg in O.

Ad 5. Hoe is de communicatie tussen de professionals en patiënt/familie verlopen?

De echtgenote is van mening dat de communicatie niet goed is gegaan. Zij benoemt een aantal voorbeelden. Aan haar en haar echtgenoot is niet verteld waarom de CAG verplaatst werd tot na het weekend. Ook de uitslag van de echo van het hart is hen niet medegedeeld. Dit kan de echtgenote niet begrijpen omdat tijdens het gesprek met de PA cardiologie op donderdag er sprake was een ernstige afwijking en dat er meteen doorgepakt zou worden; twee onderzoeken de dag erna. De patiënt werd als spoed bestempeld volgens de echtgenote. Door het annuleren van de CAG en deze te verplaatsen tot na het weekend zou impliceren dat haar echtgenoot ineens geen spoed patiënt zou zijn. De echtgenote geeft aan dat tijdens het gesprek tussen haar en de cardioloog 2 na het overlijden van haar echtgenoot, de cardioloog aangaf dat het overlijden waarschijnlijk het gevolg zou zijn van dat de hoofdstamdicht is gaan zitten. De echtgenote nam aan dat dit de doodsoorzaak was en stemde daarom niet in met obductie; 'de doodsoorzaak was immers bekend'. In retrospectie had zij dit anders gewild. Tijdens dit gesprek is ook gesproken over orgaandonatie. Volgens de echtgenote gaf cardioloog 2 aan dat alleen de huid, hersenen en ogen in aanmerking zouden komen en later blijkt dat er meerdere weefsel gebruikt zijn voor donatie (de patiënt had overigens het donorcodicil getekend zonder beperkingen). De onderzoekscommissie is van mening dat de communicatie niet optimaal verlopen is. Er had minimaal een gesprek moeten plaatsvinden tussen de PA cardiologie of cardioloog op het moment dat de CAG niet doorging (en de reden daarvan). Ook had de patiënt gezien moeten worden door een AIOS cardiologie of cardioloog toen de patiënt verslechterde.

Ad 6. Had het overlijden van de patiënt voorkomen kunnen worden?

Wanneer uit de CAG was gebleken dat er sprake was geweest van een drietakslijden of anderszins ernstige coronair pathologie waarvoor een operatie-indicatie bestaat, had overleg met R plaatsgevonden. De patiënt zou dan naar R overgeplaatst zijn voor een operatie aldaar. De vraag die niet beantwoord kan worden is of er voldoende reden was geweest om in het weekend een acute operatie te verrichten bij de patiënt, mede gezien de relatief beperkte symptomatologie en het ontbreken van ECG afwijkingen tijdens klachten van de patiënt. De oorzaak van het overlijden van de

patiënt is waarschijnlijk acute ventriculaire ritmestoornissen bij coronair lijden. Omdat er geen obstructie heeft plaatsgevonden is de exacte doodsoorzaak van de patiënt niet te achterhalen. In latere fase is er wel in het kader van orgaandonatie sectie verricht op het hart van de patiënt. Bij deze sectie werden geen tekenen van een acute of oudere infarctering c.q. zuurstoftekort waargenomen. Ook kon het door de CT-scan veronderstelde ernstige coronarialijden van de LAD c.q. de hoofdstam, niet als zodanig in het preparaat worden gevonden. Nu onduidelijk is of de uitslag van de CAG aanleiding had gegeven voor operatief ingrijpen met een spoedindicatie, is geen uitsluitsel te geven op de vraag of het overlijden van de patiënt voorkomen had kunnen worden.

4. Oorzaken en verbetermaatregelen

Samenvattend zijn de volgende oorzakelijke factoren en daaruit onderstaande verbetermaatregelen uit de analyse naar voren gekomen. Bij opname is een lage cardiovasculaire risicoprofiel bepaald voor de patiënt (lage GRACE-score / geen afwijkende troponine waarden / normaal ECG), echter bij persisterende klachten is niet opnieuw een risicoprofiel bepaald (onder andere opnieuw bepalen van de Troponine-waarde in het weekend). Door spoed-patiënten is de op vrijdag geplande CAG tweemaal geannuleerd en electief verplaatst tot na het weekend; in het weekend vinden alleen spoed-interventies plaats op de katheterisatiekamers en de patiënt is niet als spoed geïndiceerd. Het heeft ontbroken aan een closed loop systeem wat nog geen standaard werkwijze is op de afdeling cardiologie. Door het ontbreken van de closed loop systeem is de behandeling in het weekend voortgezet zonder evaluatie van het ingezette beleid; welke resultaten mochten verwacht worden, tot welke tijd is het ingezette beleid zonder klinische verbetering acceptabel et cetera. Daarnaast is de communicatie van de professionals naar de patiënt en zijn familie toe niet adequaat gebleken waardoor er bij de patiënt / familie onduidelijkheid heerste over de reden waarom de CAG niet was doorgegaan, of het verplaatsen acceptabel was en het beleid wat vervolgens was ingezet. De verbetermaatregelen uit deze casus richten zich op de volgende onderdelen. De principes van een closed loop systeem dienen strakker toegepast te worden, bijvoorbeeld door een weekendoverdracht waarin voor de opgenomen patiënten een beleid wordt vastgesteld en afspraken worden gemaakt over wanneer supervisie moet plaatsvinden. Daarnaast moet de verslaglegging in het medisch dossier verbeterd worden. Ook de communicatie tussen professionals en patiënt dient geoptimaliseerd te worden.” [...]

2.4

De deskundige S

Uit de rapportage d.d. 21 maart 2018 van S (die de zaak heeft beoordeeld in opdracht van de aansprakelijkheidsverzekeraar van O) wordt als volgt geciteerd:

“Samenvatting

Het betreft een jonge patiënt opgenomen door instabiele angina pectoris. Een STEMI en non STEMI zijn in de acute setting op woensdag uitgesloten. Er is op donderdag een CT scan gemaakt waarop de diagnose ernstig coronarialijden is vastgesteld. Hierop is besloten aansluitend een ECHO en CAG te verrichten. De ECHO is uitgevoerd en laat een normale linker en rechter kamer functie zien, dus een hart zonder schade op vrijdag. De exacte redenen om patiënt 1 of 2 keer uit te stellen voor een CAG zijn niet duidelijk genoteerd. Patiënt had op uiterlijk donderdag door een

cardioloog moeten worden beoordeeld en weer op de vrijdag rondom het uitstellen van de CAG. Op zaterdag bij een toename van de klachten en reden voor het starten van intraveneuze medicatie had patiënt moeten worden beoordeeld door een dienstdoende cardioloog. Het ophogen van de medicatie in de loop van de zaterdag kan alleen in overleg met de dienstdoende cardioloog geschieden. Uiteindelijk overlijdt patiënt na een langdurige reanimatie.

Beschouwing

Het betreft een jonge patiënt bij wie tijdig de diagnose coronarialijden is gesteld, maar desondanks niet de juiste vervolgstappen zijn gezet. Daardoor is er sprake van een fatale afloop: die had kunnen worden voorkomen. De dramatische afloop is het gevolg van een niet zorgvuldige en onjuiste inrichting van de zorg, ondanks alle goede bedoelingen van de betrokken hulpverleners.

Conclusie

De zorg voor deze patiënt is ernstig tekort geschoten met alle gevolgen van dien. De bedrijfsvoering op de afdeling cardiologie in 2015 was in strijd met de voorschriften van de NVVC en de geldende richtlijnen van de ESC.”

2.5

De professionele standaard

Het college citeert als volgt uit de “ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting” uit 2011:

“In summary, timing of angiography and revascularization should be based on patient risk profile. Patients at very high risk (as defined above) should be considered for urgent coronary angiography (<2 h). In patients at high risk with a GRACE risk score of >140 or with at least one major high risk criterion, an early invasive strategy within 24 h appears to be the reasonable time window. This implies expedited transfer for patients admitted to hospitals without on-site catheterization facilities. In lower risk subsets with a GRACE risk score of <140 but with at least one high risk criterion (Table 9), the invasive evaluation can be delayed without increased risk but should be performed during the same hospital stay, preferably within 72 h of admission. In such patients, immediate transfer is not mandatory, but should be organized within 72 h (e.g. diabetic patients). In other low risk patients without recurrent symptoms a non-invasive assessment of inducible ischaemia should be performed before hospital discharge. Coronary angiography should be performed if the results are positive for reversible ischaemia.”

2.6

De Taakherschikking

De “Taakherschikking in het hart van de zorg Consensusdocument allied professionals binnen de cardiologie” van de NVVC uit 2012 is gebaseerd op de wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) in het kader van Taakherschikking, die van kracht is geworden op 1 januari 2012. Het Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant omschrijft de specifieke voorwaarden van de bevoegdheden voor de physician assistant en de verpleegkundig specialist. Dit besluit is eveneens op 1 januari 2012 van kracht geworden. De Taakherschikking vermeldt onder meer het volgende:

“De cardioloog is verantwoordelijk voor de supervisie van de allied professional

in alle situaties, waarbij de allied professional zelf in staat is zijn eigen grenzen te bewaken.

[...]

Voorwaarden voor taakherschikking naar de allied professional:

Als uitgangspunt voor taakherschikking van de arts naar de allied professional wordt gesteld dat de cardioloog in alle omstandigheden de eindverantwoordelijkheid houdt over de zorg die de allied professional aan de patiënt geeft.

Hierbij wordt er voor gezorgd dat de kwaliteit van zorg continu gegarandeerd kan worden.”

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt beklaagden – zakelijk weergegeven – dat:

hebben vertraagd en bemoeilijkt.

4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDEN

Beklaagden voeren – zakelijk weergegeven – aan dat uitgangspunt van het tuchtrecht is, zowel bij de eerste als de tweede tuchtnorm, de individuele verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren. Voorts stellen beklaagden dat een beroepsbeoefenaar enkel tuchtrechtelijk aansprakelijk gesteld kan worden voor fouten die aan hem zijn toe te rekenen. Beklaagden wijzen daarbij op het feit dat zij geen enkele – of slechts indirecte - betrokkenheid hebben gehad bij de behandeling van de patiënt en hun op grond daarvan geen persoonlijk tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Derhalve dient de klacht tegen beklaagden als ongegrond te worden afgewezen.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Algemene overwegingen

5.1.1

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 geldende 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.

5.1.2

Tijdens de zitting hebben partijen gedebatteerd over de vraag of beklaagden op voorhand hebben ingestemd met het vragen van advies aan voornoemde deskundige

S. Namens klaagster is daarbij aangevoerd dat een bevestigende beantwoording van die vraag met zich zou brengen dat beklaagden zich ook in deze tuchtprocedure zouden hebben neer te leggen bij diens bevindingen en oordelen. Het college merkt daarover op dat dit niet het geval is. Het college beoordeelt de casus aan de hand van de tuchtrechtelijke normen, waaronder de norm verwoord onder 5.1.1. Zelfs als beklaagden zich in civielrechtelijke zin op voorhand zouden hebben verbonden aan de bevindingen en oordelen van S, heeft dat gegeven geen betekenis voor de tuchtrechtelijke procedure, noch voor het college, dat aan een zodanige afspraak niet kan zijn gebonden, noch voor beklaagden, die het vrij staat zich in een tuchtrechtelijke procedure te verweren zoals het hun goeddunkt.

5.2

Overwegingen ten aanzien van de klachten

Het college ziet aanleiding alle klachtonderdelen ten aanzien van iedere beklagde gezamenlijk te bespreken, daar klaagster uitgaat van een collectieve verantwoordelijkheid van beklaagden. Met inachtneming van het medisch dossier en hetgeen ter zitting door partijen is gesteld, dient het college te onderzoeken of er tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid bestaat voor het collectief handelen van de beklagden.

Daarbij zoekt het college aansluiting bij de uitspraak (ECLI:NL:TGZCTG:2015:386) van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (hierna: CTG), waarin het CTG uiteengezet heeft wanneer sprake is van tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor collectief handelen. Uit voornoemde uitspraak volgt dat dit kan gelden op grond van zowel de eerste als de tweede tuchtnorm. Teneinde onder de eerste tuchtnorm te vallen, is ten minste vereist dat de maatschap – waarvan de arts deel uitmaakt – zodanig is ingericht dat niet één arts als (hoofd)behandelaar de verantwoordelijkheid draagt voor het beleid ten aanzien van een patiënt, maar de verantwoordelijkheid in feite collectief wordt gedragen, onder meer door elke patiënt onderwerp te maken van een met regelmaat plaatsvindend collegiaal overleg. De tweede tuchtnorm is – kort gezegd – van toepassing, indien sprake is van een patroon van terugkerende tekortkomingen in de organisatie van de binnen de maatschap geleverde individuele zorg.

5.3

Met betrekking tot de vraag of het handelen van beklaagden onder de eerste tuchtnorm valt, overweegt het college als volgt. Ter zitting hebben beklaagden toegelicht – en voldoende aannemelijk gemaakt – geen betrokkenheid te hebben gehad bij de behandeling van de patiënt. Enkel cardioloog E [beklaagde in zaak 183/2020] is – als deskundige op het gebied van de beoordeling van de op 5 maart 2015 gemaakte CT-scan – betrokken geweest bij de behandeling, echter slechts voor zover het de beoordeling van de CT-scan betrof. Die beoordeling als zodanig, die heeft geleid tot het inplannen voor een CAG, is geen onderwerp van een klacht. In het onderhavige geval is de patiënt niet gezien of behandeld door een van de beklagde cardiologen. Cardioloog E sprak met de dienstdoende PA C [beklaagde in zaak 191/2020] een CAG en ECG af. Supervisor was op dat moment cardioloog D [beklaagde in zaak 182/2020]. De PA heeft dit beleid tijdens de avondvisite besproken met de patiënt en klaagster. De CAG had moeten worden uitgevoerd op vrijdag 6 maart 2015. Deze werd die dag tweemaal uitgesteld, doordat er spoedgevallen voorgingen. Het college acht aannemelijk geworden dat het planningsbureau in eerste

instantie dergelijke wijzigingen door gaf aan de afdeling, in dit geval aan de PA. De PA heeft in de situatie van de patiënt op dat moment geen aanleiding gezien te overleggen met de dienstdoende supervisor [D, beklagde in zaak 182/2020] om de uitstelbeslissing te overrulen. Cardioloog D [beklaagde in zaak 182/2020] had op woensdagochtend, donderdagochtend en vrijdag de algemene supervisie, maar is niet betrokken geweest bij de behandeling van de patiënt. Derhalve is niet gebleken van individuele verwijtbaarheid van beklagden en is van schending van de eerste tuchtnorm – die betrekking heeft op de directe patiëntenzorg – geen sprake.

5.4

Voorts stelt het college vast dat er geen collegiaal overleg tussen beklagden heeft plaatsgevonden met betrekking tot de behandeling van de patiënt. De verantwoordelijkheid werd derhalve als zodanig niet collectief gedragen. Het college oordeelt dat – gezien de eerder genoemde uitspraak van het CTG – onder de eerste tuchtnorm geen tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor het collectieve handelen kan bestaan dat is toe te rekenen aan de individuele zorgverlener.

5.5

Omdat de verwijten van klagster zich toespitsen op de veronderstelde betrokkenheid van beklagden, dient het college verder te onderzoeken of deze verwijten vallen onder de tweede tuchtnorm. Het college zal in dit verband bezien of er sprake is geweest van een patroon van terugkerende tekortkomingen in de organisatie van de maatschap. Beklaagden hebben betoogd dat de situatie van de patiënt uiterst bijzonder was, maar dat niet aangenomen kan worden dat op basis van deze ene gebeurtenis – hoe treurig en verdrietig die ook is – sprake is van een structureel falende organisatie. Tevens hebben beklagden ter zitting uitvoerig toegelicht hoe de zorg binnen de afdeling cardiologie was ingericht. Zo was er altijd een voltijds cardioloog volgens schema ingepland op de verschillende afdelingen cardiologie, ook met betrekking tot de supervisie.

5.6

Beklaagden hebben betoogd dat de situatie van de patiënt uiterst bijzonder was, maar dat niet aangenomen kan worden dat op basis van deze ene gebeurtenis – hoe treurig en verdrietig die ook is – sprake is van een structureel falende organisatie. Tevens hebben beklagden ter zitting uitvoerig toegelicht hoe de zorg binnen de afdeling cardiologie was ingericht. Zo was er altijd een voltijds cardioloog volgens schema ingepland op de verschillende afdelingen cardiologie, ook met betrekking tot de supervisie.

5.7

Het college is van oordeel dat met hetgeen door partijen is gesteld en uit het dossier blijkt, niet op goede grond kan worden gesteld dat beklagden een patroon van een falende organisatie hebben laten ontstaan of in stand hebben gehouden. Het enkele feit dat in deze casus de zorg over het geheel genomen door de deskundigen, de klachtencommissie en de calamiteitencommissie op belangrijke onderdelen als ontoereikend wordt beschouwd, vormt naar het oordeel van het college op zichzelf nog geen voldoende bewijs voor het bestaan van een patroon als hier bedoeld. Dit oordeel geldt tevens indien het college in ogenschouw neemt de door de maatschap gehanteerde regel dat standaardmatig visites van de cardioloog op dinsdagen plaatsvonden. Het college wijst daarbij op de hiervoor aangehaalde

“Taakherschikking” waaruit blijkt dat vergaande vormen van delegatie aan de PA onder supervisie van de cardioloog als regel door de wetgever als aanvaardbaar werden beschouwd. Gesteld noch gebleken is dat de PA niet voor zijn taak was toegerust of is getreden buiten zijn bevoegdheid of bekwaamheid. De PA had zijn opleiding in 2013 afgerond en had daarvoor tien jaar gewerkt als verpleegkundige op de cardio-thoracale intensive care van R. Tevens is uit de behandeling van de zaak en uit de verklaringen van de ter zitting gehoorde getuigen gebleken dat de cardiologen op concrete indicatie patiënten zelf zagen, laagdrempelig benaderbaar waren voor de PA en de arts-assistenten en dat dergelijk overleg ook in deze casus heeft plaatsgevonden. Ook indien wordt aangenomen dat de zorg beter had gekund of dat andere ziekenhuizen frequentere visiteregelingen hanteerden dan deze maatschap in O (een landelijke richtlijn daarvoor lijkt er op dat moment niet te zijn geweest, zodat niet op goede grond kan worden gesproken van een “eis”) is dat nog niet dragend voor de conclusie van het bestaan van een patroon van ontoereikendheid. Datzelfde geldt voor het doorvoeren van de wijzigingen in de organisatie van de zorg naar aanleiding van de onderhavige casus, die immers te duiden zijn als feedback voor het systeem van zorg na evaluatie van een ernstig incident dat daartoe reden gaf. Derhalve oordeelt het college dat op grond van de tweede tuchtnorm – met inachtneming van voornoemde uitspraak van het CTG – geen tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor het collectieve handelen in maatschapsverband bestaat.

Nu het college tot de slotsom komt dat zowel de eerste als de tweede tuchtnorm niet is geschonden, kunnen de verwijten van klaagster, voor zover die zich niet richten tot een individuele zorgverlener, niet worden toegerekend aan de individuele maatschapsleden. Het college verklaart de klachten ongegrond.

5.8

Publicatie

Gelet op het belang van de zaak zal deze uitspraak om redenen ontleend aan het algemene belang op geanonimiseerde basis worden gepubliceerd op na te melden wijze.

6. DE BESLISSING

- Het college verklaart de klacht ongegrond;
- bepaalt dat deze beslissing nadat deze onherroepelijk is geworden in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften ‘Medisch Contact’, ‘Tijdschrift voor Gezondheidsrecht’ en ‘Gezondheidszorg Jurisprudentie’.

Aldus gegeven door P.A.H. Lemaire, voorzitter, H.L. Wattel, lid-jurist, A.C.P. Maas en G.L. Bartels en G.J.M. Akkersdijk, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van V.R. Knopper, secretaris

voorzitter

secretaris

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

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

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 Zwolle. 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.