

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2023/2300

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE

voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2023/2300 van

A., wonende in B. (C.), appellant, klager in eerste aanleg,

hierna: klager,

tegen

D., chirurg, werkzaam in E., verweerder in beide instanties,

hierna: de chirurg, gemachtigde: mr. T.A.M. van den Ende,

advocaat

te Utrecht.

1. Procesverloop

Klager heeft op 17 oktober 2022 bij het Regionaal Tuchtcollege in Zwolle een klacht ingediend tegen de chirurg. Dat college heeft in zijn beslissing van 17 november 2023, onder nummer Z2022/5034, klager niet-ontvankelijk verklaard in de klachtonderdelen b tot en met d, klachtonderdeel a gegrond verklaard en aan de chirurg de maatregel van een berisping opgelegd. Verder heeft dat college de chirurg veroordeeld in de proceskosten van klager van in totaal € 150,00 en bepaald dat de beslissing, nadat die onherroepelijk is geworden, geanonimiseerd in de Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie aan een aantal nader genoemde tijdschriften zal worden aangeboden.

Klager heeft tegen die beslissing beroep ingesteld. De chirurg heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaak C2023/2301 behandeld op de openbare zitting van het Centraal Tuchtcollege van 19 augustus 2024. Klager en de chirurg waren beiden aanwezig. De chirurg werd bijgestaan door zijn gemachtigde mr. T.A.M. van den Ende, voornoemd. Partijen hebben hun standpunten op de zitting verder toegelicht.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“1. Waar gaat de zaak over?

1.1 De klacht gaat over het consult van mevrouw F., moeder van klager (hierna: patiënte). Patiënte is in de nacht van 28 november 2020 naar de Spoedeisende Hulp (SEH) van het G.-Ziekenhuis gegaan wegens een pijnlijk en gezwollen bovenbeen. De chirurg trad op als supervisor van de arts-assistent die tijdens die nachtdienst werkzaam was op de SEH. De arts-assistent kon de chirurg telefonisch bereiken. De chirurg is geraadpleegd door de arts-assistent, die na anamnese, lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek met de SEH-verpleegkundige (hierna: de verpleegkundige) tot de conclusie was gekomen dat er hoogstwaarschijnlijk sprake was van veneuze insufficiëntie bij patiënte. De chirurg

onderschreef dit. Trombose en een vaatprobleem werden uitgesloten geacht, omdat de presentatie van de klachten daar niet bij paste. Patiënte is doorverwezen naar de poli vaatchirurgie, voor een spoedafpraak op maandag 30 november 2020. Na de behandeling op de SEH is patiënte naar huis gegaan. In de ochtend van 29 november 2020 is patiënte onverwachts overleden, mogelijk als gevolg van een ruitereMBOLUS (of massale longembolie) bij een diep veneuze trombose (DVT).

1.2 Klager verwijt de chirurg kortgezegd dat hij als arts en supervisor niet adequaat heeft gehandeld door het stellen van een onjuiste diagnose en het tekortschieten in de communicatie over de mogelijke medische fout.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat de klacht ontvankelijk is en de chirurg tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Hierna licht het college dat toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 17 oktober 2022;
- het aanvullende klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 11 september 2023;
- het verweerschrift met de bijlage;
- het proces-verbaal van het op 26 mei 2023 gehouden mondelinge vooronderzoek;
- het e-mailbericht van de gemachtigde van verweerder met bijlagen, ontvangen op 29 september 2023;
- het e-mailbericht van klager met de pleitnotitie zoals is voorgedragen ter zitting van 6 oktober 2023, ontvangen op 9 oktober 2023.

2.2 De zaak is gezamenlijk behandeld met de zaken Z2022/5035 en Z2022/5036 op de openbare zitting van 6 oktober 2023. De partijen zijn verschenen. Verweerder werd bijgestaan door zijn gemachtigde. De partijen en de gemachtigde hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Klager heeft een spreeknotitie voorgelezen en aan het college en de andere partij nagezonden.

3. Wat is er gebeurd?

3.1 Patiënte, geboren in 1945 en overleden in 2020, had een uitgebreide medische voorgeschiedenis. Zo had zij al vele jaren reuma, borstkanker (1990 en 2017) en sinds 1990 door bestraling beschadigde longen.

3.2 Op vrijdagavond 27 november 2020 heeft patiënte pijn in haar linkerbeen gekregen. De dag erop nam de pijn toe en is patiënte in de nacht van zaterdag op zondag met haar echtgenoot naar de Spoedeisende Hulp in het ziekenhuis gegaan. Zij hebben zich rond 02.00 uur bij de balie gemeld. De baliemedewerker belde de arts-assistent van de SEH en vertelde dat patiënte niet meer op haar linkerbeen kon lopen. Vanwege de drukte op de SEH besloot de arts-assistent, voordat hij patiënte had gezien, bloedonderzoek te laten verrichten, waaronder een D-dimeer bepaling in verband met een verdenking op trombose.

3.3 Vervolgens heeft de verpleegkundige bij patiënte de vitale parameters gemeten, een hartfilmpje gemaakt, bloed afgenomen en het been bekeken. In het verpleegkundig formulier staat hierover genoteerd (alle citaten voor zover van belang en letterlijk weergegeven):

”Sinds vrijdagavond klachten van pijn achter het bovenbeen. In de loop van de tijd toename dikte van het li-been, blauwe verkleuring en koude extremititeit. Bij liggen geen pijn en bij het mobiliseren wel.”

De arts-assistent heeft enige tijd later in aanwezigheid van de verpleegkundige en een collega SEH-verpleegkundige lichamenlijk onderzoek gedaan. In het verslag van het SEH-consult staat hierover, voor zover relevant, vermeld:

”Linkerbeen: diffuus gezwollen en blauw. Niet kouder dan rechts. Niet warm, rood of drukpijnlijk. Met pulsaties dorsalis pedis beiderzijds te voelen en te objectiveren met

echo doppler. (...)

Conclusie zwelling, pijn en blauwverkleuring linkerbeen dd veneuze insufficiëntie. Geen beeld van arterieel lijden, DVT of andere inflammatie.”

3.4 Hierna heeft de arts-assistent de casus telefonisch met de chirurg besproken. De chirurg volgde de arts-assistent in zijn diagnose en beleid. Patiënte werd door de verpleegkundige een compressiekous aangemeten en uitgelegd dat er voor haar op maandag bij de poli vaatchirurgie een spoedafpraak zou volgen. Patiënte en haar echtgenoot zijn naar huis gegaan. Op dat moment waren nog niet alle labuitslagen bekend. De uitslag van de D-dimeer waarde was fors verhoogd (11.823 ng/nL) en is pas later door de arts-assistent gezien. Door hem werd besloten geen verdere actie te ondernemen. Diezelfde ochtend rond 11.30 uur is patiënte thuis overleden. De schouwarts had eerst als doodsoorzaak 'circulatiestilstand DD door aorta dissectie, dan wel groot CVA of myocard infarct' genoteerd. Zij is daar op teruggekomen en heeft in haar verklaring van 28 augustus 2023 geschreven dat een ruitereembolie als de meest waarschijnlijke doodsoorzaak moet worden gezien. De exacte doodsoorzaak is niet achterhaald, omdat er geen obductie is gedaan.

3.5 Na het overlijden van patiënte is er door het ziekenhuis een calamiteiten-melding bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gedaan, waarna een calamiteitenonderzoek heeft plaatsgevonden. De conclusie van dit onderzoek luidde dat op basis van de anamnese en lichamelijk onderzoek een verkeerde diagnose is gesteld. Er zijn als gevolg van dit onderzoek enige verbetermaatregelen geformuleerd, met name over het vergroten van alertheid bij arts-assistenten en de samenwerking met specialisten/supervisors. De IGJ heeft vervolgens op 31 mei 2021 geoordeeld dat zij de melding niet aanvullend zou onderzoeken. Wel vond de IGJ het onderzoek door het ziekenhuis kwalitatief minder sterk. Zo was wat betreft de verbetermaatregelen niet duidelijk wie verantwoordelijk zou zijn voor de uitvoering en binnen welke termijn de implementatie voltooid zou zijn. Hierop heeft de IGJ het onderzoek gesloten.

4. De klacht en de reactie van de chirurg

4.1 Klager verwijt de chirurg dat hij als arts en supervisor:

- a) een onjuiste diagnose heeft gesteld, waardoor patiënte geen tijdige en juiste behandeling/medicatie heeft gekregen;
- b) tekort is geschoten in de communicatie en de nazorg jegens de familie en zich niet open en toetsbaar heeft opgesteld door het geven van onvolledige of onjuiste informatie;
- c) tekort is geschoten in de informatieverstrekking en -uitwisseling tussen de betrokken zorgverleners;
- d) heeft nagelaten de calamiteit direct te melden bij de raad van bestuur van het ziekenhuis.

4.2 De chirurg heeft het college verzocht zich uit te laten over de ontvankelijkheid van klager en de klacht ongegrond te verklaren.

Het college gaat hierna verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

5.1 Het college stelt voorop dat het heel verdrietig is dat klager zijn moeder heeft verloren. Duidelijk is dat hij daar nog dagelijks pijn en gemis van ondervindt. Het overlijden van patiënte heeft ook de chirurg erg aangegrepen.

Is de klacht ontvankelijk?

5.2 Het college overweegt ten aanzien van de ontvankelijkheid dat klager als zoon van patiënte geacht kan worden de veronderstelde wil van zijn moeder in het verband

van deze klacht te vertegenwoordigen. Van bijzondere omstandigheden die aanleiding geven om daaraan te twijfelen is niet gebleken. Het college zal de klacht daarom verder inhoudelijk bespreken.

Welke criteria gelden bij de beoordeling?

5.3 De vraag is of de chirurg de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende chirurg. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Dat een zorgverlener beter anders had kunnen handelen is niet altijd genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen.

Klachtonderdeel a) onjuiste diagnose

5.4 Het college merkt op dat het een arts niet op voorhand is te verwijten als hij een diagnose mist, mits hij volgens de regelen van de kunst van zijn beroepsgroep de patiënt gedegen en zorgvuldig heeft onderzocht. Van een arts moet worden verwacht dat hij zich daarbij houdt aan de richtlijnen, protocollen en gebruikelijke gedragsregels die voor zijn vakgebied zijn ontwikkeld. Het college is van oordeel dat de chirurg in de nacht van 28 op 29 november 2020 op een onvoldoende zorgvuldige wijze tot de werkdiagnose veneuze insufficiëntie is gekomen. Kern van de klacht is dat de chirurg als eindverantwoordelijke een verkeerde diagnose heeft gesteld, waardoor patiënte de mogelijkheid van een juiste behandeling is ontnomen.

5.5 De chirurg heeft in het verweerschrift, tijdens het mondeling vooronderzoek en tijdens de zitting uitleg gegeven over de gang van zaken in de bewuste nacht. Hij heeft hierbij toegelicht dat hij thuis bereikbaar was en telefonisch door de arts-assistent werd gewekt en het gesprek met de arts-assistent wilde voeren zonder zijn partner te wekken. Het college stelt voorop dat de chirurg als supervisor van de arts-assistent een groot deel van de verantwoordelijkheid draagt, ook al was hij niet diegene die patiënte die nacht daadwerkelijk gezien en beoordeeld heeft. Naar het oordeel van het college heeft de chirurg in dit geval deze verantwoordelijkheid onvoldoende genomen. Zoals blijkt uit het dossier was de arts-assistent sinds mei 2020 als anios werkzaam in het ziekenhuis op de SEH-afdeling, zonder bijvoorbeeld een SEH-arts KNMG naast zich. Dat betekent dat hij het beleid in overleg met de chirurg als zijn supervisor bepaalde en bij bijzonderheden de supervisor diende te raadplegen. De chirurg wist wie er op dat moment dienst had en had zich bewust moeten zijn van de onervarenheid van deze arts-assistent.

5.6 De arts-assistent gaf de superviserend chirurg tijdens het telefonisch overleg een samenvatting van de klachten van patiënte en de door hem gedane bevindingen. Uit de (medische) stukken en de behandeling ter zitting blijkt niet dat de chirurg de patiëntkenmerken, zoals de leeftijd van patiënte, haar klachten in combinatie met haar medische voorgeschiedenis en de aanwezigheid van risicofactoren in ogenschouw heeft genomen. Het is onduidelijk hoe de chirurg met de arts-assistent tot de diagnose veneuze insufficiëntie is gekomen. De chirurg had ook thuis de mogelijkheid het medisch dossier te raadplegen, maar hij heeft dat niet gedaan. Omdat hij uitsluitend is afgegaan op de stellige en kennelijk summiere mededelingen van de arts-assistent, is hij tekortgeschoten. De chirurg heeft een eigen verantwoordelijkheid om voldoende informatie te verzamelen om een adequate beoordeling als supervisor te kunnen doen. Hij had dit kunnen doen door de arts-assistent meer vragen te stellen, zodat hem duidelijk was geworden dat de voorgestelde diagnose niet zonder meer te verenigen was met alle bevindingen. Dat zou hem aanleiding hebben moeten geven

om door te vragen op de pijnklachten en nader onderzoek te laten doen. De chirurg had dan op basis van zijn eigen bevindingen de situatie kunnen beoordelen. Nu was de diagnose veneuze insufficiëntie niet zorgvuldig vastgesteld. Dat hij zijn superviserende taak niet adequaat heeft uitgevoerd, acht het college tuchtrechtelijk verwijtbaar. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen is het college van oordeel dat de manier waarop tot de onjuiste diagnose is gekomen in strijd is met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwame beroepsgenoot mag worden verwacht, dat de chirurg in zijn rol van supervisor in de zorg voor patiënte ernstig is tekortgeschoten en hij hiervoor tuchtrechtelijk verantwoordelijk is. Dit klachtonderdeel is gegrond. Klachtonderdelen b), c) en d) onvoldoende communicatie/informatieverstrekking en nalaten melden calamiteit

5.7 De klachtonderdelen b, c en d lenen zich voor gezamenlijke bespreking. Klager verwijt de chirurg dat hij tekort is geschoten in de communicatie en de informatie-uitwisseling jegens de nabestaanden en de betrokken zorgverleners. Ook vindt klager dat de chirurg zich niet toetsbaar heeft opgesteld tijdens het calamiteitenonderzoek en hij het incident niet direct heeft gemeld als calamiteit. Het college is van oordeel dat klager in zoverre niet-ontvankelijk moet worden verklaard, nu dit verwijt onder de gegeven omstandigheden niet kan worden beschouwd als handelen in de zin van artikel 47 Wet BIG. De communicatie met de nabestaanden en de informatieverstrekking liep via het ziekenhuis vanwege het lopende calamiteiten-onderzoek. De chirurg is daar bewust buiten gehouden door het ziekenhuis. Het college kan niet oordelen over deze verwijten, omdat dit buiten de betrokkenheid van de chirurg bij het verlenen van zorg lag.

Slotsom

5.8 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat het onderdeel van de klacht waarin klager kan worden ontvangen gegrond is.

Maatregel

5.9 Nu klachtonderdeel a. gegrond is moet beoordeeld worden of een maatregel passend is, en zo ja, welke maatregel dat moet zijn. Op grond van de ernst van het verweten handelen en de gegeven omstandigheden is het college van oordeel dat in deze zaak de maatregel van berisping passend en geboden is. Een berisping staat voor een terechtwijzing vanwege ernstig verwijtbaar handelen en weegt zwaarder dan een waarschuwing, waarmee hooguit gewezen wordt op onjuist gedrag. De chirurg trad in dezen op als de supervisor van een onervaren arts-assistent. Hoewel het kwaliteitskader spoedzorgketen van februari 2020 ten tijde van de behandeling nog niet als landelijke kwaliteitsnorm werd gehanteerd, volgt daaruit wel dat begeleiding van een arts-assistent met minder dan een jaar ervaring aangewezen was. De chirurg is zich onvoldoende bewust geweest van de belangrijke rol die hij had. Zoals hiervoor overwogen zou hij zich op de hoogte hebben moeten stellen van de bijzonderheden van de patiënte, door de arts-assistent nader te bevragen, en eventueel door haar medische dossier te raadplegen. Alleen zo zou hij tot een gedegen diagnose hebben kunnen komen. Nu bleven belangrijke bevindingen buiten zijn zicht en is hij zonder dat te toetsen meegegaan in de aangedragen diagnose. Nu de D-dimeer bepaald werd, zou hij de uitslag daarvan hebben moeten krijgen en de arts-assistent daartoe hebben moeten uitnodigen. Het gaat er dus in de kern om dat niet de handelwijze van de arts-assistent, maar de nalatigheid van de chirurg als supervisor met zijn invulling van de supervisie verwijtbaar is. Het college komt daarom tot oplegging van een berisping, met als doel tuchtrechtelijke fouten in de toekomst te voorkomen.

Publicatie

5.10 Het college vindt dat het in het algemeen belang is dat deze beslissing wordt

gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere artsen kennis kunnen nemen van het oordeel van het college omtrent de taak en reikwijdte van de verantwoordelijkheid van arts-assistenten, ook in relatie tussen ervaren verpleegkundigen, supervisoren en minder ervaren artsen en arts-assistenten. De publicatie zal plaatsvinden zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

Kostenveroordeling

5.11 Klager heeft verzocht de chirurg te veroordelen in de kosten die hij heeft gemaakt in deze procedure. Een kostenveroordeling is mogelijk nu het college de klacht gegrond verklaart en aan de chirurg een maatregel oplegt. Klager heeft zich niet laten bijstaan door een gemachtigde en zijn kosten niet gespecificeerd. Volgens de Oriëntatiepunten kostenveroordeling tuchtcolleges voor de gezondheidszorg komt klager in aanmerking voor een forfaitaire vergoeding van de reiskosten. Deze forfaitaire bedragen zijn naar het oordeel van het college te ver verwijderd van de werkelijke kosten gelet op de woonplaats van klager. Klager is zowel voor het mondeling vooronderzoek als de openbare zitting naar Nederland gereisd. Het college stelt de totale proceskosten in deze zaak naar billijkheid op driemaal de forfaitaire reiskosten ter hoogte van € 50,-, en komt dus uit op een bedrag van € 150,-."

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. Die weergave is in beroep niet of in elk geval onvoldoende bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

Omvang van het beroep

4.1 Klager komt in beroep alleen op tegen het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat hij niet ontvankelijk is in de klachtonderdelen b en c. Hij verzoekt het Centraal Tuchtcollege deze klachtonderdelen alsnog inhoudelijk te beoordelen en gegrond te verklaren.

4.2 De chirurg heeft gemotiveerd verweer gevoerd en verzoekt het Centraal Tuchtcollege het beroep van klager te verwerpen. De chirurg heeft zelf geen beroep ingesteld tegen de gegrondverklaring van klachtonderdeel a en de opgelegde maatregel.

De ontvankelijkheid in de klachtonderdelen b en c

4.3 Klager verwijt de chirurg met de klachtonderdelen b en c – kort gezegd – dat hij tekort is geschoten in de communicatie en de nazorg jegens de nabestaanden van patiënte en in de informatieverstrekking aan andere betrokken zorgverleners. Klager richt zich in beroep specifiek op de eerste uren en dagen na het overlijden van patiënte. Hij betoogt dat de chirurg er ten onrechte niet voor heeft gezorgd dat de familie onverwijld werd ingelicht dat er tijdens het consult in de nacht van 28 op 29 november 2020 zaken fout waren gegaan en dat ook de huisarts van patiënte niet adequaat werd geïnformeerd.

4.4 Het Regionaal Tuchtcollege heeft geoordeeld dat klager in de klacht-onderdelen b en c niet-ontvankelijk is, omdat het verwijt dat klager de chirurg maakt geen betrekking heeft op handelen in de zin van artikel 47 van de Wet BIG. Dat college heeft daartoe overwogen dat – samengevat – de communicatie met de nabestaanden en de informatieverstrekking vanwege het lopende calamiteiten-onderzoek via het ziekenhuis liep en dat de chirurg daar bewust buiten is gehouden. Het Centraal Tuchtcollege is het niet eens met dit oordeel van het Regionaal Tuchtcollege, in ieder geval voor zover dit betreft de periode van de eerste uren en dagen na het overlijden.

Klager klaagt over de zorg die de chirurg op basis van zijn behandelrelatie met patiënte ten opzichte van haar naaste betrekkingen volgens hem toen had behoren te betrachten. Dit valt onder de reikwijdte van artikel 47 van de Wet BIG. Hieruit volgt dat de klachtonderdelen b en c inhoudelijk moeten worden beoordeeld. Het Centraal Tuchtcollege zal dit hierna alsnog doen.

Inhoudelijke beoordeling van de klachtonderdelen b en c

4.5 De chirurg was in de nacht van 28 op 29 november 2020 als supervisor van de arts-assistent betrokken bij de zorg voor patiënte op de SEH. De arts-assistent heeft die nacht telefonisch met hem overlegd. De chirurg was het eens met de diagnose veneuze insufficiëntie en met het beleid om patiënte een compressiekous aan te meten en te zorgen dat zij op maandag 30 november 2020 een spoedafpraak op de poli vaatchirurgie kreeg. Patiënte is daarna met haar echtgenoot naar huis gestuurd. De chirurg vernam op 29 november 2020 dat patiënte die ochtend, uren na het verlaten van de SEH, thuis was overleden. Hem is toen ook gebleken dat de D dimeerwaarde bij patiënte fors verhoogd was, maar dat hier geen opvolging aan was gegeven.

4.6 Het Centraal Tuchtcollege acht het van belang dat in een geval als dit, waarin sprake is van een ernstig incident (of in ieder geval een sterk vermoeden dat daarvan sprake is), door de betrokken zorgverleners hierop adequaat wordt gereageerd en voldoende nazorg wordt geboden. In dit verband kan worden gewezen op de destijds geldende 'Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid' (GOMA, versie 2010). In aanbeveling 3 was onder meer opgenomen dat na een incident met mogelijke gevolgen voor de patiënt, zo snel mogelijk maar uiterlijk binnen 24 uur na het ontdekken van het incident contact wordt opgenomen met de patiënt. De GOMA, versie 2022 bevat dezelfde aanbeveling (aanbeveling 7) voor de zorgverlener. In het geval de patiënt is overleden, geldt dit uitgangspunt voor het handelen van de zorgverlener ten opzichte van de nabestaanden.

4.7 De chirurg heeft naar eigen zeggen op 29 november 2020 meteen overlegd met het hoofd van de SEH over de vraag of sprake was van een calamiteit in de zin van de WKKGZ. De volgende dag heeft hij hierover contact gehad met een lid van de raad van bestuur van het ziekenhuis. Uiteindelijk heeft het ziekenhuis ook melding gedaan van een calamiteit bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. In de dagen direct na het overlijden van patiënte is er echter geen enkel contact geweest met de nabestaanden van patiënte. De chirurg zelf heeft geen pogingen gedaan om met hen in contact te komen. Hij heeft hierover op de zitting verklaard dat hij destijds meende dat hij dit moest overlaten aan medewerkers van de SEH, de afdeling waar patiënte in de nacht van 28 op 29 november 2020 was gezien. De arts assistent heeft naar eigen zeggen op zijn eerstvolgende werkdag na het bewuste consult wel geprobeerd telefonisch in contact te komen met de echtgenoot van patiënte, maar dat is toen niet gelukt. Vervolgens is binnen het ziekenhuis besloten om de communicatie met de familie van patiënte niet via de zorgverleners maar via het ziekenhuis te laten verlopen. De arts assistent heeft toen afgezien van verdere pogingen om rechtstreeks contact met de familie op te nemen. Uiteindelijk heeft pas acht maanden na het overlijden van patiënte een eerste gesprek tussen klager en twee van de betrokken zorgverleners, waaronder de chirurg, plaatsgevonden.

4.8 Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege heeft de chirurg aldus niet adequaat op het overlijden van patiënte gereageerd en onvoldoende nazorg geboden. Hij was als supervisor van de arts-assistent in de nacht van 28 op 29 november 2020 de eindverantwoordelijk behandelaar van patiënte. Van hem mocht worden verwacht

dat hij na haar onverwachte overlijden uit zichzelf met de nabestaanden van patiënte in contact zou treden, of althans ervoor zou zorgdragen dat een andere direct betrokken zorgverlener, bijvoorbeeld de arts-assistent, dit zou doen. De nabestaanden hadden dan kunnen worden geïnformeerd over de sterk verhoogde D dimeerwaarde waaraan geen opvolging was gegeven en hadden kunnen worden gevraagd of er behoefte was aan nadere informatie, eventueel te geven in een vervolgesprek op een later moment. Door geen contact met de nabestaanden van patiënte op te nemen, heeft de chirurg hen in het ongewisse gelaten over de afwijkende waarde in het bloed en hebben zij geen weloverwogen besluit kunnen nemen over het wellicht al dan niet laten doen van obductie. Dit klemt te meer, omdat de huisarts van patiënte op zijn beurt door de chirurg in de huisartsenbrief niet was geïnformeerd over het overlijden van patiënte, waardoor hij niet op tijd in actie is kunnen komen. Nadat de huisarts door een overlijdensbericht van de familie van patiënte alsnog op de hoogte kwam van het overlijden, heeft hij bij de arts-assistent vrij snel om opheldering gevraagd.

4.9 Het Centraal Tuchtcollege benadrukt dat de plicht om na een ernstig incident adequaat te reageren en – in ieder geval in de periode direct na het overlijden - nazorg te verlenen een eigen verantwoordelijkheid is van de betrokken zorgverlener. Contact met de patiënt of de nabestaanden is ook een teken van empathie en respect van de kant van de zorgverlener. Contact met de patiënt of de nabestaanden hoeft niet te betekenen dat door de zorgverlener aansprakelijkheid voor het gebeurde wordt erkend. Dat het ziekenhuis de communicatie met patiënten en nabestaanden wellicht liever zelf aan zich houdt, doet aan de eigen verantwoordelijkheid van de zorgverlener niet af.

4.10 De conclusie is dat de chirurg is tekortgeschoten in de communicatie en de nazorg jegens de nabestaanden van patiënte en in de informatieverstrekking aan de huisarts van patiënte. Dit is tuchtrechtelijk verwijtbaar. De klachtonderdelen b en c zijn dus gegrond.

Maatregel

4.11 Omdat naast klachtonderdeel a ook de klachtonderdelen b en c gegrond zijn, moet worden beoordeeld of aan de chirurg een zwaardere maatregel dan een berisping moet worden opgelegd. Het Centraal Tuchtcollege ziet daarvoor geen aanleiding. Een berisping staat voor een terechtwijzing vanwege ernstig verwijtbaar handelen. Daar is in dit geval sprake van. Een zwaardere maatregel dan een berisping zou dan niet passend zijn.

Proceskostenveroordeling

4.12 Klager betoogt dat het Regionaal Tuchtcollege in zijn beslissing een te laag bedrag aan door de chirurg te vergoeden proceskosten heeft vastgesteld. Hij vraagt in beroep om verhoging van dat bedrag. Daarnaast vraagt klager om de chirurg te veroordelen in de kosten die hij in deze beroepsprocedure heeft gemaakt.

4.13 Een kostenveroordeling was in eerste aanleg mogelijk, omdat het Regionaal Tuchtcollege de klacht gedeeltelijk gegrond heeft verklaard en aan de chirurg een maatregel heeft opgelegd. In beroep is een kostenveroordeling opnieuw mogelijk, omdat het Centraal Tuchtcollege twee door het Regionaal Tuchtcollege niet inhoudelijk beoordeelde klachtonderdelen alsnog gegrond verklaart. Volgens de Oriëntatiepunten kostenveroordeling tuchtcolleges voor de gezondheidszorg komt klager in aanmerking voor een forfaitaire vergoeding van zijn reiskosten. Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat het Regionaal Tuchtcollege deze op een billijk bedrag heeft vastgesteld, te weten driemaal de forfaitaire kosten ter hoogte van € 50,00, dus in totaal € 150,00. Het Centraal Tuchtcollege zal de reiskosten in beroep eveneens op

dit bedrag vaststellen. Verder is in beroep net als in eerste aanleg niet gebleken dat klager zich heeft laten bijstaan door een beroepsmatig rechtsbijstandverlener. Klager heeft het beroepschrift zelf ingediend en is zonder gemachtigde op de zitting verschenen. Klager komt dus niet in aanmerking voor vergoeding van kosten van juridische bijstand. De overige door klager gevorderde kosten komen voor eigen rekening.

Publicatie

4.14 Het Centraal Tuchtcollege is met het Regionaal Tuchtcollege van mening dat het algemeen belang gediend is met de publicatie van deze beslissing en bepaalt daarom dat deze beslissing zal worden gepubliceerd in de Nederlandse Staatscourant en ter publicatie zal worden aangeboden aan een aantal in het dictum nader genoemde tijdschriften.

5. De beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

vernietigt de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege, voor zover klager niet-ontvankelijk is verklaard in de klachtonderdelen b en c;

en doet in zoverre opnieuw recht:

verklaart de klachtonderdelen b en c gegrond;

verstaat dat de maatregel van berisping gehandhaafd blijft;

veroordeelt de chirurg in de door klager in beroep gemaakte reiskosten van € 150,00;

veroordeelt de chirurg dit bedrag te voldoen op de bankrekening van klager, binnen vier weken nadat deze hem schriftelijk het bankrekeningnummer en de tenaamstelling van de bankrekening waarop het bedrag kan worden gestort heeft laten weten;

gelast dat VWS-Financieel Dienstencentrum aan klager het voor de procedure bij het Regionaal Tuchtcollege en het voor de behandeling van het beroep betaalde griffierecht ten bedrage van in totaal € 100,00 (zegge: honderd euro) vergoedt, voor zover dit niet reeds is gebeurd;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact, met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: E.J. Daalder, voorzitter; Y. Buruma en H. de Hek, leden

juristen en R.B.M. van Tongeren en W.P. Zuidema, leden beroepsgenoten, en E.D. Boer,

secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 6 november 2024.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.