

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: H20223/5605

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

TE 'S-HERTOGENBOSCH

Beslissing van 18 maart 2024 op de klacht van:

[A]

wonende in [B],

klaagster,

gemachtigde: [C]

tegen

[D]

chirurg,

werkzaam in [E],

verweerder,

gemachtigde: mr. P. Dalhuisen, werkzaam in Enschede.

1. **Waar gaat de zaak over?**

1.1 Klaagster is in januari 2014 opgenomen geweest in een ziekenhuis. Klaagster is vervolgens overgeplaatst naar een universitair ziekenhuis. Klaagster heeft in beide ziekenhuizen een medische behandeling ondergaan. Klaagster heeft later (via haar rechtsbijstandsverlener) beide ziekenhuizen aansprakelijk gesteld. De ziekenhuizen hebben de aansprakelijkheid van de hand gewezen. Verweerder is in deze beroepsaansprakelijkheidskwestie door partijen aangesteld als onafhankelijke deskundige en heeft een medisch deskundigenrapport uitgebracht. Klaagster verwijt verweerder dat hij een ondeugdelijke rapportage heeft uitgebracht en dat hij ten onrechte zijn rapportage niet heeft aangepast nadat hij op de ondeugdelijkheden was gewezen.

1.2 Het college komt tot het oordeel dat verweerder niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld en dat de klacht dus ongegrond is. Hierna licht het college dat toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 3 mei 2023;
- de brief van de gemachtigde van klaagster, ontvangen op 7 juni 2023;
- het verweerschrift met bijlage, ontvangen op 26 juni 2023;
- het medisch dossier, ontvangen op 26 juli 2023;
- de repliek, ontvangen op 28 juli 2023;
- de brief van de gemachtigde van klaagster, ontvangen op 2 augustus 2023;
- de brief van de gemachtigde van klaagster, ontvangen op 14 augustus 2023;
- de dupliek, ontvangen op 21 augustus 2023;
- de pleitnotitie van gemachtigde van klaagster, ontvangen op zitting van 22 januari 2024;
- de pleitnotitie van de gemachtigde van verweerder, ontvangen op zitting van 22 januari 2024;

2.2 De partijen hebben de gelegenheid gekregen om onder leiding van een secretaris van het college met elkaar in gesprek te gaan (mondeling vooronderzoek). Daarvan hebben zij geen gebruik gemaakt.

2.3 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 22 januari 2024. De partijen zijn verschenen. Zij werden bijgestaan door hun gemachtigden. De gemachtigden hebben pleitnotities voorgelezen en aan het college en de andere partij overhandigd.

3. Wat is er gebeurd?

3.1 Klaagster werd op 5 januari 2014 opgenomen in een ziekenhuis in de buurt van haar woonplaats. In de ochtend van 7 januari 2014 werd zij geopereerd. Bij de operatie werd een darmsegment met transmurale ischemie gevonden en werd een segment van 50 cm dunne darm verwijderd. Na de operatie werd zij overgeplaatst naar de ICU met een persisterend septisch beeld, dat behandeld werd met een infusie van fysiologisch zout 0,5 L/uur en noradrenaline intraveneus. Vanwege onvoldoende herstel van hemodynamische parameters werd om 20:00 uur een centraal-veneuze lijn in de linker sleutelbeenader geplaatst en een arteriële lijn in de linker liesslagader. Ook werd gestart met antibiotica. Precies om middernacht kreeg klaagster pijn in haar linkervoet. In het verpleegkundig dossier staat – voor zover thans van belang (alle citaten zijn inclusief eventuele typ- en spelfouten) – het volgende genoteerd:

“Dinsdag 07-01-2014 (...)

0:00 mw klaagt plots over pijn in voet. Denkt dat ze verkeerd heeft gelegen. Heeft kramp. Voeten bdz koud, geen verschil. Been warm.

0.45 pijn houdt aan. Voet is nu wit, onderbeen blauwe schijn. Mn vanaf enkel spierwit. Na afnemen art gas arteriële lijn om 0:55 verwijderd. Iom – (naam internist) vannacht geen nieuwe art lijn.

1.15 voet blijft wit, pulsaties niet hoorbaar met doppler. Ass gebeld, gaat na overleg

met (naam internist) met chirurg overleggen. Mw blijft schreeuwen om pijn.
2.00 uur: voet blijft gelijk. Mw is nu iets rustiger. Slaapt met tussenpozen.

HD: up neemt toe, nu 50 ml/uur. Vulling gehandhaafd. Wonden buik niet meer verder doorgelekt.

4.00 Mw geeft aan zich iets beter te voelen, minder slap, aldus mw. RR ook wat beter (mean 65). Plast nu ruimer. Ivm witte voet nor aan het afbouwen. Gaat redelijk.

Voet lijkt nu iets bij te trekken, nog wel witte rand vanaf net boven de enkel, maar er lijkt weer iets kleur op bovenkant voet te komen. Gevoel verminderd maar wel aanwezig. Kan tenen bewegen.

5.00 meer rode vlekjes op de voet, boven enkel ook minder scherpe witte rand.

6.00

A/B weinig O2 behoefte en rustige ah

C: blijft tachycard, RR mean tussen 60-65 met nor en ruime vulling. Plast voldoende.

Maaghevel loopt nog ruim.

D: Alert, reageert wat traag, met name na toediening dipidolor

Woensdag 08-01-2014 Dag 07:00-15:30

8:00 uur

AB: stabiel

C: Diurese ongeveer 60 ml/uur, RR syst laag en Hf blijft al bijna 24 uur strak rond de 140 bpm

Temp gezakt crt 3 sec

D: AVPU : V wel adequaat maar suf wrs van opiaat

E : kan li voet bewegen ziet nog wit en koud puls aan de voet niet meetbaar , geen pijnklachten meer

12:00 uur

Duplex gehad

AB: Stabiel geen dyspnoe

C: Nor omhoog weinig effect op bloeddruk, mean van 65 gehandhaafd, vulling terug, diurese blijft boven streefwaarde crt 3 sec

D: Suf, slaperig, geen opi meer gehad sinds vannacht, communicatie is moeilijk]

E: been blijft bedreigd"

3.2 In het medisch dossier onder de aantekeningen van de arts-assistent SEH, staat – voor zover van belang - het volgende genoteerd:

“datum: 08-01-2014

Kliniek: vervolgconsult

1.10 vpk belt: Patiente klaagt over pijn in haar linkert voet. Hier is na OK om 20:00 arteriëlijn ingebracht in de a. femoralis. Om 0.00 uur klaagde patiente over pijn in haar linker voet. Voet ziet wit. Iom dr. (naam arts) (internist) lijn om 0.55 uur verwijderd. Voet blijft wit en geen pulsaties voelbaar of hoorbaar met doppler. Graag beoordeling A/ Zeer veel pijn in de linkervoet

LO/linker been: witte verkleuring vanaf enkel tot voet a. dorsalis pedis en a. tibialis nite voelbaar en niet hoorbaar met doppler. a poplita te vinden met doppler en a. femoralis palpabele pulsaties. Sensibiliteit en motoriek van de voet intact.

B/ iom dr (naam internist) (die overlegt heeft met dr (naam arts):

- overleg chirurgie

- voorstel 5000 EH heparine

iom dr (naam arts)

- Overleg vaatchirurg (afkorting van naam van universitair ziekenhuis)

- Geen heparine

iom dr. (naam arts) vaatchirurg (afkorting van naam van universitair ziekenhuis)

- indien sensibiliteit en motoriek intact geen indicatie voor acuut ingrijpen

- ieder uur herbeoordeling, indien verslechtering overname (afkorting van naam van universitair ziekenhuis) voor Ct-a en behandeling

- Pijnstilling

3.00 uur herbeoordeling

A: voet blijft pijn doen

LO: Voet blijft wit, sensibiliteit en motoriek intact. Niet verslechterd, maar ook geen verbetering

4:00 uur herbeoordeling

A: minder pijn, voelt zich stukken beter

LO: Enkel en proximale deel voetrug lijken iets meer kleur te krijgen, voelt nog steeds koud aan, nog geen pulsaties. Sensibiliteit en motoriek intact

5:00 uur herbeoordeling

A: weer minder pijn

LO: Rode vlekjes op voetrug en laterale voetrand, rest van de voet blijft wit en koud, geen pulsaties. Sensibiliteit en motoriek intact

6:30 uur herbeoordeling

A: pijn blijft nu stabiel

LO: Meer kleur, ook topjes van de tenen krijgen nu kleur. Nog steeds wit en koud, geen pulsaties. Sensibiliteit en motoriek intact”

3.3 De geraadpleegde cardioloog noteerde - voor zover thans van belang - het volgende bij de datum 8 januari 2024:

“Kliniek: vervolgconsult

RvO stengileus wv laparotomie met resectie 50 cm dunne darm.

postoperatief sceptisch beeld wv start AB vulling en noradrenaline.

na arteriëlijn a fem li koud wit pijnlijk onderbeen. verdenking dist embolisatie. iom dd vaatchirurg consv beleid (gezien recente OK). over de nacht is het been langzaam aan het bijkleuren. pijn is minder geworden.

A/ wakker, helder en adequaat. wel iets suf vd dipidolor.(...)

li voet koud en afw cap refill tot aan enkel (minder tov eerder) sens en motoriek intact. geen pijn.

S1S2Sntb

VAG bdz bijg-

abd stil, geen defense

perifeer warm, sp oedeem

duplex li been: Goede iliacaal aanvoer met hoge stroomsnelheden, zonder aanwijzingen voor iliacaal stenose. Vanaf AFC t/m a poplitea dist trif/scherp monofasische flowprofielen, zonder stenosen (...) Zowel ATA als ATP hebben proximaal nog flow verder naar distaal is er geen flow verkregen, beeld van occlusie.

De a. peronea komt alleen proximaal in beeld met een minimale flow. Verder naar distaal is niet duidelijk af te beelden, tevens occlusie?

(...)

iom dd chirurg (naam arts) over naar (naam universitair ziekenhuis) voor behandeling van arteriële occlusie

MDO: overname naar IC aldaar ivm metabole acidose en thrombectomie door vaatchirurg."

3.4 Klaagster werd op 8 januari 2014 overgeplaatst naar een universitair ziekenhuis. Daar werd vastgesteld dat de linkervoet van klaagster niet meer te redden was. Op 17 januari 2014 werd het onderbeen van klaagster geamputeerd.

3.5 De huidige gemachtigde van klaagster heeft op 26 februari 2018 op verzoek van de juridisch adviseur van klaagster in de beroepsaansprakelijkheidsprocedure een medisch deskundigenbericht uitgebracht, waarin hij onder andere de vraag of de medische behandeling van klaagster lege artis is geschied, ontkennend heeft beantwoord.

3.6 De medisch adviseur van het ziekenhuis, schreef in zijn "notitie medisch advies" van 22 januari 2021 dat er door de zorgverleners van het ziekenhuis wel adequaat is gehandeld.

3.7 . Aan verweerder, die daarna door de partijen als onafhankelijk deskundige is benoemd, zijn vervolgens op 12 mei 2021 de volgende vragen ter beantwoording voorgelegd:

"a) Is de plaatsing van de arteriëlijn zorgvuldig geschied?

b) Heeft de monitoring van de geplaatste arterië lijn op adequate wijze plaatsgevonden?

c) Zijn de problemen die zich vanaf 0.00 uur 's nachts (8 januari 2014) hebben voorgedaan op adequate wijze aangepakt door de zorgverleners in het (naam ziekenhuis) en de mede in behandeling betrokken zorgverleners van de afdeling Vaatchirurgie van (naam ziekenhuis)?"

3.8 Verweerder heeft de opdracht op 12 mei 2021 bevestigd aan zijn opdrachtgevers en

daarbij een aantal medisch-inhoudelijke vragen gesteld, bestemd voor de artsen van de beide ziekenhuizen. Bij brief van 24 oktober 2021 heeft verweerder aan alle partijen verzocht de door hem ingevulde feitentabel te controleren op juistheid. Bij brief van 15 november 2021 heeft de medisch adviseur van klaagster namens haar akkoord gegeven. Ook de andere partijen hebben instemmend gereageerd. Op 21 december 2021 heeft verweerder een video-afspraak gehad met klaagster. Het verslag van dat gesprek werd door klaagster op 22 december 2021 akkoord bevonden.

3.9 Op 13 januari 2022 heeft verweerder het conceptrapport aan partijen toegezonden. Bij brief van 21 februari 2022 heeft de medisch adviseur van klaagster namens haar gereageerd en verwezen naar het eerdergenoemde, andersluidende, rapport van de door klaagster ingeschakelde deskundige (nu de gemachtigde van klaagster). De medisch adviseur van klaagster vroeg verweerder om te reageren op zijn conclusie dat er sprake was van een acute beenischemie Rutherford graad IIb in plaats van Rutherford graad 1 of maximaal IIa. Verweerder heeft naar aanleiding van deze vragen zijn definitieve rapport enigszins aangepast. De toevoegingen in het definitieve rapport zijn door verweerder schuingedrukt in zijn rapport weergegeven. Verweerder heeft (in voetnoot nummer 4 van zijn rapport) opgemerkt dat zijn opdracht niet was om het eerdere deskundigenrapport te beoordelen, maar om objectief en onafhankelijk een antwoord te geven op de aan hem gestelde onderzoeksvragen.

3.10 Verweerder heeft vervolgens op 7 april 2022 zijn rapport d.d. 21 maart 2022 toegezonden aan de partijen, waaronder de medisch adviseur van klaagster.

3.11 In het rapport is verwezen naar relevante richtlijnen en literatuur, onder meer de geldende KNMG-richtlijn Medisch Specialistische Rapportage, de NVH Richtlijn Diagnostiek en behandeling van arterieel vaatlijden van de onderste extremiteit (2005), de NHG-Standaard Perifeer arterieel vaatlijden (M13) (2014) en de WIP Richtlijn Arteriële katheters (2006).

3.12 In het rapport heeft verweerder, als antwoord op vraag c (hiervoor weergegeven onder 3.7.), het volgende overwogen. Voetnoten – voor zover van belang - in het rapport zijn in het onderstaande direct weergegeven tussen []. De door verweerder schuingedrukte bewoordingen zijn in het onderstaande **vet** weergegeven:

“2.3.1. Alhoewel de richtlijn [voetnoot: Diagnostiek en behandeling van arterieel vaatlijden van de onderste extremiteit (2005)] in het stroomdiagram acute trombose of embolie (blz 12) heparinisatie adviseert, heeft de onderbouwing een lage bewijskracht en mag er gemotiveerd van af worden geweken.

2.3.1.1. De afweging niet te hepariniseren is te billijken en wordt door mij niet als apert onjuist beoordeeld.

*2.3.2. Gezien de voldoende genoteerde herhaalde observaties dat er **geen uitval was van motoriek of sensibiliteit** [voetnoot: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/perifeer-arterieel-vaatlijden>: klachten die wijzen op acute ischemie: rustpijn, snel progressieve gevoelsstoornissen van het been (doof gevoel), spierzwakte van been/voet, bleekheid] was er in de nacht van 08-01-2014 sprake van*

acute beenischemie klasse I of maximaal IIa. [voetnoot: Geelkerken RH, van den Berg JC, Rauwerda JA. Het acuut ischemische been-deel 1: diagnostiek. Ned Tijdschr Heelkunde 2000; 2006;6 198-00] Volgens de richtlijn is directe chirurgische interventie geïndiceerd bij ischemie van klasse IIb en vroege klasse III. [voetnoot: Geelkerken RH, van den Berg JC, Rauwerda JA. Het acuut ischemische been-deel 1: therapie. Ned Tijdschr Heelkunde 2000; 2006;6 198-00]

2.3.1. Het advies van het regionale vaatcentrum en het handelen van het behandelteam in (naam ziekenhuis) in de nacht van 08-01-2014 is niet in tegenspraak met deze richtlijn.

3. Conclusies

3.1. de problemen die zich vanaf 0.00 uur 's nachts (8 januari 2014) hebben voorgedaan met de circulatie van het linkerbeen (ALI graad I of IIa)

3.1.1. Zijn voldoende geobserveerd en vastgelegd door daardoor bevoegd en bekwame professionals in het (naam ziekenhuis). Op basis van de feiten vastgelegd in het dossier zijn ook de adviezen van en later de overname en behandeling door de betrokken professional van de afdeling Vaatchirurgie van het (naam universitair ziekenhuis) niet in tegenspraak met de richtlijnen

*3.1.2. Alhoewel de uitkomst van de complicatie acute arteriële trombose t.g.v. het plaatsen van een arteriële lijn in de linkerliesslagader desastreus is, en retrospectief andere beoordelingen (toch ALI IIb?) [voetnoot: **n.a.v. de vraag van (de medisch adviseur van klaagster) in zijn repliek op versie 1.1. van dit rapport: In het dossier wordt door meerdere artsen in de nacht en vroege ochtend van 8 januari 2014 vastgelegd dat er geen sprake was van uitval van sensibiliteit of motoriek. Bij de retrospectieve beoordeling van deze casus moet ik uitgaan van de feiten die zijn opgeschreven in het dossier. Dit is ook de reden dat mijn conclusie niet overeenkomt met de conclusie onder 8 in het eerdere eenzijdige deskundigenrapport van (naam medisch adviseur van klaagster) en keuzen (heparinisatie en acute poging revascularisatie in de nacht of vroege ochtend van 08-01-2014) zeker ook goed te verdedigen zouden zijn geweest, kan ik de beoordelingen, de dossiervorming en het handelen of het nalaten van handelen niet beoordelen als verwijtbaar in de zin dat een medisch professional of een team van medische professionals niet heeft gehandeld zoals je van een adequaat professional in dezelfde omstandigheden zou mogen verwachten.***

3.1.3. Door de langdurige ernstige ischemie van het linker been van (klaagster) is er een post-ischemische irreversibele schade ontstaan waardoor onderbeen amputatie noodzakelijk was en is zij hierdoor ernstige geïnvalideerd geraakt.

3.2. Een kritische noot mijnerzijds is dat in de loop van de ochtend van 08/01/2014 besloten is (initialen van klaagster) over te plaatsen naar het (naam ziekenhuis), alwaar om 17:38 met de operatie aan het linkerbeen is begonnen.

3.2.1. De beschrijving van de voet bij overplaatsing past bij acute been ischemie graad IIa en daarmee is een acute revascularisatie niet aangewezen maar deze wordt wel op korte termijn sterk aanbevolen. [voetnoten: (...)]

3.2.2. Er is zeker sprake van meerdere uren 'overplaatsingsdelay' maar het is niet met voldoende bewijskracht te onderbouwen dat indien bijvoorbeeld de interventie was gestart om 13:00 uur de uitkomst met een redelijke mate van waarschijnlijkheid anders was geweest dan nu."

3.13 Op 9 september 2022 heeft de voormalige deskundige van klaagster, thans haar gemachtigde (in een e-mail naar het persoonlijk e-mailadres van verweerder) opmerkingen gemaakt over diens rapport en in de slotalinea de hoop uitgesproken dat verweerder in staat zal zijn om zijn fout ruiterlijk toe te geven en dat hij zijn deskundigenrapport terugtrekt.

3.14 Verweerder heeft niet op deze e-mail gereageerd.

4. De klacht en de reactie van verweerder

4.1 Klaagster verwijt verweerder dat hij:

1. een inhoudelijk ondeugdelijke rapportage heeft uitgebracht;

a. door in zijn rapport ten onrechte te vermelden dat de acute beenischemie zorgvuldig was geobserveerd en dat de observaties en onderzoeken in verband met de beenischemie zorgvuldig in het dossier waren vastgelegd;

b. door in zijn rapport blij te geven van een onjuiste toepassing van de Rutherford classificatie. In het rapport is ten onrechte aangenomen dat er op 8 januari 2014 sprake was van een acute beenischemie graad I of graad IIa. Volgens de gemachtigde van klaagster was er sprake van een evidente graad IIb. Verweerder heeft geen blij gegeven van een geschikte methode van onderzoek om de hem voorgelegde vraagstelling te beantwoorden;

c. door in zijn rapport te benoemen dat bij graad IIb en III nog geen directe chirurgische interventie is geïndiceerd. Dit oordeel is niet conform de richtlijnen uit 2000 en 2007 (en 2020), die aangeven dat er dan een spoedindicatie bestaat voor nader onderzoek.

2. het vertrouwen in de medische stand ernstig heeft geschaad door de definitieve versie van het rapport van 21 maart 2022 niet aan te passen na de e-mail van 9 september 2022 van de gemachtigde van klaagster.

4.2 Verweerder heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren.

4.3 Het college gaat hieronder verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

Klachtonderdeel I, het deskundigenrapport

5.1 De beoordeling van een deskundigenrapport gebeurt op grond van een aantal criteria, waarmee wordt vastgesteld of het rapport voldoet aan de daaraan te stellen eisen. Dat is een zakelijke beoordeling. De volgende criteria worden daarbij gebruikt:

1. het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust;

2. in het rapport wordt een geschikte methode van onderzoek gebruikt om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden;

3. in het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen;

4. het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, met vermelding van de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen;

5. de rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

5.2 Partijen zijn het erover eens dat het rapport van verweerder voldoet aan de eisen zoals hierboven onder 1, 4 en 5 zijn verwoord. Deze eisen zullen dus niet besproken worden.

5.3 Uit hetgeen partijen hebben aangevoerd, komt het college tot het oordeel dat zij ook niet van mening verschillen dat de gradering van (acute) beenischemie dient te geschieden op grond van de Rutherford classificatie. Daarmee voldoet het rapport dus ook aan de eis onder 2.

5.4 Partijen verschillen enkel van inzicht of de destijds bij de behandeling van klaagster betrokken artsen van de betreffende ziekenhuizen de Rutherford classificatie goed hebben toegepast.

5.5 De Rutherford classificatie gaat uit van vier graderingen van de ernst van de ischemie en ziet er als volgt uit:

5.6 Het college stelt voorop dat verweerder bij het opstellen van zijn rapport het medisch dossier als uitgangspunt moest nemen. Verweerder heeft dat gedaan en hij heeft de gegevens uit dat medisch dossier opgenomen in een feitentabel, waarover hij nog aanvullende vragen heeft gesteld. Vervolgens heeft verweerder de feitentabel als basis genomen voor zijn beoordeling. Bij die beoordeling mocht (en moest) verweerder uitgaan van de juistheid van die gegevens.

5.7 Uit het medisch dossier blijkt dat, nadat klaagster op 8 januari 2014 om 00.00 klaagde over pijn in haar linkervoet, om 1:15 uur met een Doppler is geluisterd en dat er geen pulsaties hoorbaar waren. De arts-assistent van de SEH noteerde om 1:10 nog wel dat de sensibiliteit en mobiliteit van de voet intact waren. Om 2:00 uur is overleg gevoerd met de vaatchirurg van het ziekenhuis waar klaagster nadien naartoe is gebracht, die mededeelde dat zolang de motoriek en de sensibiliteit intact waren, er geen indicatie was voor acuut ingrijpen. Vervolgens zijn er om 3:00, 4:00, 5:00 en 6:30 steeds controles gedaan bij klaagster waarbij is genoteerd dat de motoriek en sensibiliteit intact waren. Ook de cardioloog heeft genoteerd dat bij zijn onderzoek de sensibiliteit en motoriek intact waren.

5.8 Dat verweerder, gelet op deze verslaglegging, in zijn rapport heeft geconcludeerd dat “de acute beenischemie zorgvuldig was geobserveerd en dat de observaties en onderzoeken in verband met de beenischemie zorgvuldig in het dossier waren vastgelegd” is dan ook niet onbegrijpelijk.

5.9 De gemachtigde van klaagster heeft aangevoerd dat nergens is beschreven welke vorm van sensibiliteit en motoriek op welke wijze is getest. Hij heeft uitgelegd dat de wijze van testen van groot belang is voor het oordeel dat de sensibiliteit en motoriek “intact” zijn. Het college is echter van oordeel dat de verslaglegging in het

onderhavige medisch dossier op de gebruikelijke wijze is geschied en dat indien een zorgverlener noteert dat de sensibiliteit en motoriek intact zijn, ervan uitgegaan moet worden dat die ook op de juiste wijze zijn getest. Verweerder mocht daar ook van uitgaan. Klachtonderdeel 1 onder a, dat tegen dat oordeel is gericht, is dan ook ongegrond.

5.10 Met betrekking tot klachtonderdeel 1 onder b, oordeelt het college als volgt. De conclusie van verweerder in zijn rapport onder 2.3.2 dat er in de nacht van 8 januari 2014 sprake was van een acute beenischemie maximaal klasse IIa, vindt steun in het medisch dossier waarin de observaties zijn vastgelegd. De conclusie dat er ook sprake kon zijn geweest van klasse I, steunt naar het oordeel van het college niet op de gegevens in het medisch dossier, waar immers genoteerd is dat er géén dopplersignalen hoorbaar waren. Gelet op bovenstaande tabel is een klasse I in zo'n geval niet aan de orde. Hoewel die conclusie dus niet zonder meer logisch volgt uit de door verweerder benoemde feiten en omstandigheden, betekent dit niet dat het rapport niet aan de hiervoor genoemde eisen voldoet. Immers, verweerder heeft ook verwezen naar de classificatie IIa die logischerwijze volgt uit de gegevens in het medisch dossier en de hiervoor weergegeven Rutherford tabel.

5.11 Dat verweerder had moeten vaststellen dat sprake was van een classificatie IIb, zoals door de gemachtigde van klaagster is aangevoerd, kan het college niet volgen. Uit de hiervoor weergegeven tabel komt de classificatie IIb pas in beeld bij mild-matige motorische uitval, en daarvan is in het medisch dossier geen melding gemaakt. Dat met de wijsheid van achteraf bij klaagster zeer waarschijnlijk een andere classificatie mogelijk was geweest, heeft verweerder zelf ook in zijn rapport benoemd. Hij heeft echter ook in zijn rapport uitgelegd dat hij als deskundige uit moet gaan van de juistheid van de gegevens zoals die zijn opgeschreven in het medisch dossier. Op basis van die in het medisch dossier opgeschreven, door verschillende zorgverleners gedane, observaties dat de sensibiliteit en motoriek steeds intact waren, hoefden de artsen op dat moment niet te concluderen dat sprake was van Rutherford classificatie IIb. Dit betekent dat ook klachtonderdeel 1 onder b, ongegrond is.

5.12 Het college is van oordeel dat verweerder in het rapport in ieder geval op inzichtelijke en consistente wijze heeft uiteengezet op welke gronden zijn conclusie in het rapport steunde dat er maximaal sprake was van een classificatie IIa. Daarmee is voldaan aan de onder 5.1. onder 3 aan het deskundigenrapport te stellen eis.

5.13 Verweerder is in zijn rapport ook ingegaan op de meerdere uren 'overplaatsing delay' die ook bij een classificatie IIa niet wenselijk is. Klachtonderdeel 1 onder c, dat verweerder onjuiste informatie heeft gegeven over de toepassing van de Rutherford richtlijn, is dan ook niet gegrond. Anders dan deze klacht als uitgangspunt neemt, heeft verweerder wél benoemd dat ook bij een classificatie IIa revascularisatie op korte termijn sterk wordt aanbevolen. Ook klachtonderdeel 1, onder c, is daarom ongegrond.

5.14 Het college komt alles afwegend tot het oordeel dat het deskundigenrapport voldoet aan de daaraan te stellen eisen. Klachtonderdeel 1 zal daarom ongegrond worden verklaard.

Klachtonderdeel II, het niet aanpassen van het rapport na de e-mail van 9 september 2022

5.15 Gelet op het voorgaande oordeel, dat het rapport voldoet aan de daaraan te stellen eisen, is dit klachtonderdeel ook ongegrond. Daar komt nog bij dat verweerder zijn rapport heeft uitgebracht in opdracht van (de medisch en juridisch adviseurs van) klaagster en (de verzekeraars van) de ziekenhuizen. Zijn opdrachtgevers hebben het definitieve rapport destijds – zonder aanmerkingen - op 7 april 2022 in ontvangst genomen. Dat verweerder niet heeft gereageerd op de e-mail van de gemachtigde van klaagster (die geen partij was bij de opdrachtverlening aan verweerder) die op 9 september 2022 was gestuurd naar zijn privé e-mailadres, is dan ook op geen enkele wijze tuchtrechtelijk verwijtbaar te achten.

Slotsom

5.16 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat alle onderdelen van de klacht ongegrond zijn.

Publicatie

5.17 In het algemeen belang zal deze beslissing worden aangeboden aan Medisch Contact. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere zorgverleners mogelijk iets van deze zaak kunnen leren. De publicatie zal plaatsvinden zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

Kostenveroordeling

5.18 Klaagster heeft verzocht verweerder te veroordelen in de kosten die zij heeft gemaakt in deze procedure. Een kostenveroordeling is mogelijk als het college de klacht (gedeeltelijk) gegrond verklaart en aan de zorgverlener een maatregel oplegt. Nu dat niet het geval is, is er voor een kostenveroordeling geen plaats.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht ongegrond.

Deze beslissing is gegeven door A.P.A. Bisscheroux, voorzitter, K.A.J.C.M. van den Berg Jeths-van Meerwijk, lid-jurist, L.H. Bouwman, G. van 't Hof en J.H. Wijsman, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door F.A.C. Bergervoet, secretaris, en in het openbaar uitgesproken door K.A.J.C.M. van den Berg Jeths-van Meerwijk op 18 maart 2024.