

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2024/7269

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

ZWOLLE

Beslissing van 14 februari 2025 op de klacht van:

A,

wonende in B,

klager,

tegen

C,

interventieradioloog,

destijds werkzaam in D,

verweerder, hierna ook: de radioloog,

gemachtigde: mr. M.J.J. de Ridder, werkzaam in Utrecht.

1. De zaak in het kort

1.1 Klacht tegen een radioloog. Patiënte was bekend met longembolieën en een uitgebreide gemetastaseerde ziekte. Om haar zo goed mogelijk te kunnen behandelen was het verrichten van aanvullende diagnostiek naar de herkomst van de tumor aangewezen. De physician assistant voerde een echogeleide leverpunctie bij patiënte uit, die op dat moment een trombocytenwaarde van 25 had. Kort na de leverpunctie ontwikkelde patiënte tekenen van shock door een bloeding vanuit de lever en overleed zij. Klager klaagt namens zijn overleden echtgenote en verwijt de radioloog dat hij als hoofdverantwoordelijke een leverpunctie liet uitvoeren zonder dat er vooraf een bloedtransfusie was gegeven, hij geen uitstel of andere minder risicovolle methoden overwoog en de leverpunctie liet uitvoeren door een physician assistant.

1.2 Het college komt tot het oordeel dat de klacht deels gegrond is en legt de radioloogde maatregel van een berisping op. Hierna licht het college dat toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift, ontvangen op 7 juni 2024;
- het aanvullende klaagschrift met de bijlage, ontvangen op 24 juli 2024;
- het verweerschrift met de bijlagen, ontvangen op 25 september 2024;
- de aanvullende bijlage, ontvangen van klager op 11 november 2024.
- de aanvullende bijlagen, ontvangen van de gemachtigde van verweerder op 16 december 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 17 december 2024. Klager is verschenen. De radioloog is verschenen, bijgestaan door zijn gemachtigde. Partijen hebben hun standpunten mondeling toegelicht. De gemachtigde van de radioloog heeft een pleitnotitie voorgelezen en overhandigd.

2.4 De zaak is gelijktijdig, niet gevoegd, behandeld met de zaak tegen een physician assistant. Deze zaak staat geregistreerd onder zaaknummer Z2024/7515. In beide zaken wordt afzonderlijk uitspraak gedaan.

3. De feiten

3.1 Klager klaagt namens zijn overleden echtgenote F, geboren in 1960 (hierna: patiënte).

3.2 Verweerder was tot juni 2024 werkzaam als interventieradioloog in G.

3.3 Op 4 april 2024 werd patiënte door de huisarts verwezen naar de Spoedeisende Hulp (SEH) van het ziekenhuis, vanwege een verdenking van een longembolie. Op basis van de CT-angiografie van de longen waren er meerdere longembolieën beiderzijds zichtbaar. Als nevenbevinding werd een verdenking van metastasen in de lever gezien en waren er pathologische fractures zichtbaar van Th8, sternum en meerdere ribben, die veroorzaakt zouden kunnen zijn door metastasen. In overleg met de longarts werd gestart met een antistollingsmedicijn en werd patiënte naar de internist-oncoloog in het ziekenhuis verwezen voor verdere diagnostiek en behandeling.

3.4 Patiënte bezocht op 15 april 2024 de polikliniek van internist-oncoloog H.

Tijdens dit consult werd het belang van het verrichten van aanvullende diagnostiek uitgelegd. Aanvullende diagnostiek was nodig om de primaire tumor en de behandelopties te kunnen bepalen.

3.5 Op 16 april 2024 vond er een telefonisch consult plaats met patiënte en internist-oncoloog H, in het bijzijn van klager. De uitslag van het bloedonderzoek werd besproken en hieruit bleek dat het beeld paste bij een agressieve tumor. In het medisch dossier noteerde internist-oncoloog H het volgende (alle citaten voor zover van belang en letterlijk weergegeven):

“Patiënt gebeld over bovenstaande in bijzijn van ega, obv lab toch beeld agressieve tumor. Gezien noodzaak antistolling voorstel morgen aanvullend lab met opname 5 W, indien verder dalen trombocyten dan switch fragmin en optransfunderen vgl's NI richtlijn. Morgen poging opnieuw tot vervroegen CT klinisch naar woensdag ipv donderdag (heden niet gelukt), dan afh van beeld evt vrijdag punctie mogelijk om snel een behandeling te kunnen starten. Patiënte akkoord voorstel.

Beleid

morgen opname 5 W

morgenvroeg tno geen DOAC, beleid afh van lab

morgen lab herhalen met ook coombs en fragmentocyten@

indien $T < 30$, switch naar fragmin therapeutisch en op transfunderen tot $T > 30$

ter overweging start 1dd4mg dexamethason morgen

CT vervroegen morgen klinisch ipv donderdag@

PM punctie voor PA vrijdag , afh van lab en CT, waar veilige punctie ???”

3.6 Op 17 april 2024 werd patiënte opgenomen op de afdeling interne geneeskunde in het ziekenhuis. Beeldvormend onderzoek (CT Thorax Abdomen en CT Bekken) toonde grillige aankleurende weke delen in de linkermamma welke verdacht waren voor een primair mammacarcinoom en uitgebreide metastasen in de lever en het gehele skelet. Op

17 april 2024 was het trombocytengehalte 36.

3.7 Op donderdag 18 april 2024 overlegde internist-oncoloog H met de radioloog over het uitvoeren van een echogeleide leverpunctie. Het uitgevoerde beeldvormend onderzoek gaf onvoldoende zekerheid over de aard van de primaire tumor, omdat het beeld van de linkermamma op de CT-scan ook cysten zouden kunnen betreffen. De radioloog stelde daarom voor om een echogeleide leverpunctie te verrichten. Het trombocytengehalte was op dat moment 44. Zij spraken af dat de trombocytenwaarde van 44 geaccepteerd werd ondanks dat deze onder de in de richtlijn genoemde ondergrens van 50 lag, mits de antistollingsmedicatie (Fragmin) zou worden gestaakt en het trombocytengetal niet verder zou verslechteren. De noodzaak van het gebruik van antistolling in verband met de longembolieën werd besproken, alsmede de te lage trombocytenwaarde van 44. Bekend was dat dit een verhoogd risico op een bloeding gaf. Om het bloedingsrisico zo laag mogelijk te houden, werd het antistollingsbeleid aangepast en bepaald dat patiënte op vrijdagochtend 19 april 2024 geen antistollingsmedicatie meer zou slikken. Daarnaast werd een controle van het bloedbeeld middels een laboratoriumonderzoek gepland op 19 april 2024 in de

ochtend. Patiënte werd ingepland op het programma voor het verrichten van echogelegeide puncties van 19 april 2024. Omdat dat programma vol was, werd zij aan het einde van het programma toegevoegd en ingepland op het tijdstip van 16.30 uur.

3.8 In de ochtend van 19 april 2024 bleek uit het laboratoriumonderzoek (afnametijdstip 8.00 uur) dat er sprake was van een verder verlaagdetrombocytenwaarde bij patiënte van 25. Dienstdoende internist-oncoloog I belde de radioloog omstreeks 9.00 uur die ochtend in het kader van de geplande echogelegeide leverpunctie en noteerde in het medisch dossier:

“Hb van 7.3 naar 5.9 icm throm 44 naar 25!! Thrombocyten doorgelabeld naarr C radiologie in kader gepland leverbiopsie.”

3.9 De physician assistant stond op 19 april 2024 ingedeeld op het programma voor het verrichten van echogelegeide puncties. Na het lezen van de planning en voordat de physician assistant aan zijn programma begon, sprak de physician assistant voor het eerst met de radioloog over patiënte. De trombocytenwaarde van 44 werd tijdens dit fysieke contactmoment besproken en de radioloog benoemde dat de physician assistant patiënte hierom maximaal twee keer mocht aanprikken. Daarnaast was er een contactmoment tussen de radioloog en de physician assistant kort voorafgaand aan de punctie. De physician assistant had op dat moment kennis van de trombocytenwaarde van 25.

3.10 Omstreeks 11.00 uur mocht de patiënte naar de afdeling radiologie worden gebracht voor de echogelegeide leverpunctie. Zij was op dat moment niet nuchter en verkeerde in de veronderstelling dat de leverpunctie om 16.30 uur zou worden verricht. Ook had zij op dat moment een trombocytenwaarde van 25. Er is gewacht met het uitvoeren van de punctie totdat de patiënte lang genoeg nuchter was.

3.11 Omstreeks 11.45 uur voerde de physician assistant de echogelegeide leverpunctie uit en noteerde het volgende in het medisch dossier:

“Procedure en eventuele complicatie van tevoren met patiënt besproken. Een en ander begrepen. Toestemming. Time out procedure. Traject bepaling/cutis markering. Onder steriele omstandigheden na lokale verdoving (10 ml 1% Lidocaïne) uitvoering van de biopsie. (...). Aantal biopten: tweemaal.”

3.12 Kort na terugkomst op de verpleegafdeling verslechterde de gezondheidstoestand van patiënte. Zij werd opgenomen op de intensive care met een ernstige hemorrhagische (verbloedings) shock, die was ontstaan door een bloeding na de echogelegeide leverpunctie. Kort na middernacht op zaterdag 20 april 2024 overleed patiënte aan de gevolgen van een refractaire hypovolemische shock.

3.13 De raad van bestuur van het ziekenhuis heeft de casus gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en een interne onderzoekscommissie ingesteld. De onderzoeksrapportage maakt deel uit van de stukken..

4. De klacht en de reactie van de radioloog

4.1 Klager verwijt de radioloog dat hij:

- a. geen uitstel of minder risicovolle methoden heeft overwogen;
- b. de leverpunctie heeft laten uitvoeren door een physician assistant;
- c. hoofdverantwoordelijk is voor de op 19 april 2024 uitgevoerde leverpunctie bij patiënte, terwijl er op dat moment sprake was van een trombocytenwaarde van 25, zonder dat er vooraf een bloedplaatjestransfusie is gegeven, met als gevolg een refractaire verbloedingsschok en het overlijden van patiënte.

4.2 De radioloog heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren. Hij heeft gesteld dat hij op 18 april 2024 in overleg met de internist-oncoloog heeft geaccepteerd dat een leverpunctie zou worden verricht bij de patiënte waarvan het trombocytengehalte 44 was, hetgeen lager was dan de ondergrens van 50, die normaliter wordt aangehouden. De radioloog heeft daarbij aangegeven dat hij gemotiveerd van dit beleid is afgeweken. Dat dit met een verhoogde kans op bloedingen gepaard zou gaan werd daarbij als acceptabel ingeschat. De waarde van 44 zou in stand worden gehouden, zo nodig met bloedplaatjestransfusies. De radioloog erkent dat de punctie bij patiënte, gelet op het trombocytengehalte van 25, niet had mogen worden verricht. Het was hem echter niet bekend dat de trombocytenwaarde op 19 april 2024 verder was gedaald naar 25. De patiënte is geplaatst op het programma van de physician assistant, die de punctie bij patiënte op 19 april 2024 heeft verricht en daartoe zelfstandig bevoegd was.

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

5. De overwegingen van het college

5.1 Allereerst merkt het college op dat het erg triest is dat klager zijn echtgenote zo plotseling heeft verloren. Zonder hier afbreuk aan te willen doen, moet het college op een zakelijke manier beoordelen of de radioloog binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven.

De criteria voor de beoordeling

5.2 De vraag is of de radioloog de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende radioloog. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden.

Het wettelijk kader

5.3 Artikel 36, lid 6, sub c, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: Wet BIG) bepaalt dat een physician assistant zelfstandig bevoegd is tot het verrichten van puncties. Voor het toekennen van zelfstandige bevoegdheid voor bepaalde voorbehouden handelingen, geldt dat ingevolge artikel 33b Wet BIG, bij algemene maatregel van bestuur (hierna: AMvB) de opleidingseisen en het deskundigheidsgebied vast dienen te worden gesteld, een en ander met inachtneming van de beperkingen. De AMvB die daar uitvoering aan geeft is het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant van 19 april 2018' (hierna: het Besluit).

5.4 Op basis van artikel 5, lid 3, van het Besluit mogen physician assistants de aan hun toegewezen voorbehouden handelingen uitsluitend verrichten voor zover het betreft:

- a. handelingen van een beperkte complexiteit;
- b. routinematige handelingen;
- c. handelingen waarvan de risico's te overzien zijn; en
- d. handelingen die worden uitgeoefend volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.

5.5 In het 'Visie/consensus document Taakherschikking in de radiologie' van de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (hierna: NVvR) en de Nederlandse Associatie Physician Assistants (hierna: NAPA) van 13 september 2021, worden taakherschikking en taakdelegatie beschreven en wordt verwezen naar het wettelijk kader. Daarin staat tevens vermeld dat afspraken hierover moeten worden gemaakt binnen de vakgroep.

5.6 Artikel 38 van de Wet BIG bepaalt de voorwaarden waaronder een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar voorbehouden handelingen mag opdragen aan een niet-zelfstandig bevoegde. De opdrachtgever moet in redelijkheid hebben kunnen aannemen dat de opdrachtnemer bekwaam is en, indien redelijkerwijs nodig, aanwijzingen geven en toezicht en de mogelijkheid tot tussenkomst voldoende verzekeren.

Klachtonderdeel a: de radioloog heeft geen uitstel of minder risicovolle methoden overwogen

5.7 Het college is van oordeel dat dit klachtonderdeel ongegrond is en overweegt daartoe als volgt. Op 18 april 2024 heeft de radioloog met de internist-oncoloog besproken dat op 19 april 2024 een echogeleide leverpunctie zou worden uitgevoerd, waarbij de trombocytenwaarde van 44 als ondergrens werd geaccepteerd. Uit het medisch dossier blijkt, weliswaar summier, dat vanwege het agressieve gedrag van de tumor spoed was geboden en een leverpunctie het meest geschikt leek voor het stellen van een snelle diagnose van de primaire tumor. Het afnemen van een botbiopt is overwogen, maar aangezien dat een langere bewerking bij de afdeling pathologie nodig heeft, zou dat de diagnosestelling met enkele dagen vertragen en is daarvoor niet gekozen.

Klachtonderdeel b) de radioloog heeft de leverpunctie laten uitvoeren door een physician assistant;

Klachtonderdeel c) de radioloog is hoofdverantwoordelijk voor de uitgevoerde echogeleide leverpunctie bij een trombocytenwaarde van 25.

5.8 Het college ziet aanleiding om de klachtonderdelen b) en c) gezamenlijk te bespreken. Om deze klachten te kunnen beoordelen moet eerst worden beoordeeld of de radioloog ervan uit mocht gaan dat de physician assistant zelfstandig bevoegd was om de punctie bij de patiënte uit te voeren.

5.9 Uit artikel 36 van de Wet BIG volgt dat de physician assistant zelfstandig

bevoegd is tot het verrichten van een punctie. Artikel 5, lid 3, van het Besluit geeft een aantal specifieke beperkingen op die zelfstandige bevoegdheid (zie overweging 5.4).

Die beperkingen met betrekking tot de zelfstandige bevoegdheid van een physician assistant zijn cumulatief. Dit betekent dat aan alle in artikel 5, lid 3, van het Besluit genoemde voorwaarden moet zijn voldaan. Als de physician assistant aan één van deze voorwaarden niet voldoet, dan is hij niet zelfstandig bevoegd om de voorbehouden handeling uit te voeren. De voorbehouden handeling zou dan wellicht wel door de physician assistant kunnen worden uitgevoerd op grond van taakdelegatie.

5.10 Het college is van oordeel dat niet wordt voldaan aan alle voorwaarden zoals genoemd in artikel 5, lid 3, van het Besluit. Op het moment dat door de radioloog (in overleg met de internist-oncoloog H) werd besloten tot het laten uitvoeren van een punctie bij patiënte en zij werd geplaatst op het programma van de physician assistant voor de volgende dag, was sprake van een trombocytengehalte van 44. Dat was lager dan de in de richtlijn genoemde ondergrens van 50, zodat dus sprake was van een afwijking van die richtlijn. In het verweerschrift wordt in dat kader gesproken over een verhoogd risico op bloedingen. Verweerder heeft daarover ter zitting ook zelf benoemd dat sprake was van een verhoogd risico en de trombocytenwaarde van 44 riskant was. Daarnaast gebruikte de patiënte in verband met meerdere longembolieën antistollingsmedicatie (die weliswaar tijdelijk gestaakt zou worden) en was bij haar een zich agressief gedragende kwaadaardige ziekte geconstateerd. Hoewel de leverpunctie uitvoeringstechnisch weliswaar niet ingewikkeld was, waren de gevolgen daarvan in dit geval voor de physician assistant vooraf niet goed in te schatten. Gelet hierop en gelet op de algehele zorgelijke medisch situatie waarin de patiënte zich bevond, betrof de punctie naar het oordeel van het college in dit geval geen handeling waarvan de risico's te overzien waren. Nu niet aan alle in artikel 5, lid 3, van het Besluit genoemde voorwaarden is voldaan, was de physician assistant niet zelfstandig bevoegd om de leverpunctie bij deze patiënte uit te voeren. Het door de radioloog overgelegde stuk 'SEPA's radiologie maakt dat niet anders. De inhoud daarvan doet geen afbreuk aan de in artikel 5, lid 3, van het Besluit genoemde specifieke voorwaarden en bevat met betrekking tot die voorwaarden ook geen nadere invulling, toelichting of (werk)afspraken zoals in het 'Visie/consensus document Taakherschikking in de radiologie' wordt benoemd. De radioloog ging er in dit geval dus ten onrechte vanuit dat de physician assistant wel zelfstandig bevoegd was tot het verrichten van de punctie. Van taakherschikking van de radioloog naar de physician assistant had in deze situatie dus geen sprake mogen zijn.

5.11 Dit neemt niet weg dat de mogelijkheid bestaat dat degene die wel zelfstandig bevoegd was, in dit geval de radioloog, de voorbehouden handeling mag delegeren en in opdracht mag laten uitvoeren door de physician assistant (taakdelegatie). In dat geval blijft de radioloog verantwoordelijk voor zijn aandeel in de overgedragen taak. Bij taakdelegatie dient ingevolge artikel 38 van de Wet BIG niet alleen gekeken te worden naar de bekwaamheid van de opdrachtnemer. De opdrachtgever dient, voor zover redelijkerwijs nodig, ook aanwijzingen te geven en moet toezicht en de mogelijkheid tot tussenkomst voldoende verzekeren.

Gezien de algehele zorgelijke en medisch complexe situatie van de patiënte, alsmede de risico's die aan de punctie bij deze patiënte verbonden waren en die vooraf niet goed waren in te schatten door de physician assistant, had in dit geval (een vorm van) toezicht en een mogelijkheid tot tussenkomst door de radioloog voldoende verzekerd moeten zijn.

5.12 Naar het oordeel van het college heeft de radioloog het toezicht en de mogelijkheid van tussenkomst niet voldoende gewaarborgd. In de ochtend van 19 april 2024 is de patiënte op het programma van de physician assistant bijgeplaatst. De radioloog stond zelf ingepland op de acute radiologische onderzoeken. De radioloog heeft die ochtend naar eigen zeggen kort gesproken met de physician assistant en hem medegedeeld dat de punctie van patiënte op het programma van de physician assistant was bijgeplaatst en dat deze slechts twee puncties bij haar diende te verrichten, gelet op het verlaagde trombocytengehalte van 44. Hij heeft derhalve wel aanwijzingen gegeven.

Van (afspraken over) toezicht danwel de mogelijkheid tot tussenkomst is niet gebleken. Het college neemt in dat kader in aanmerking dat de radioloog ter zitting heeft medegedeeld dat hij geen rol meer had na de overdracht in de ochtend van 19 april 2024 aan de physician assistant. De physician assistant neemt het dan als zelfstandige physician assistant over, aldus de radioloog. De radioloog heeft daarbij aangegeven dat hij uit beeld is gegaan en de dienstdoende internist-oncoloog het aanspreekpunt was. Hij heeft tevens benoemd dat hij het heeft kunnen loslaten, ook omdat hij zelf ingedeeld was op de acute radiologie. Hij heeft die ochtend de uitslag van de bloedwaarden van de patiënte, waaronder het trombocytengehalte, niet meer zelf bekeken. De omstandigheid dat de physician assistant vlak voor de punctie de radioloog, die aan het werk was in een andere kamer, nog wel kort heeft benaderd en zijn zorgen heeft geuit over de lage trombocytenwaarde, doet naar het oordeel van het college aan vorenstaande niet af. Immers, daarover heeft de radioloog zelf verklaard dat hij op dat moment druk bezig was met een acute patiënt. In zijn beleving is toen door de physician assistant enkel genoemd dat sprake was van een lage trombocytenwaarde en is de nieuwe waarde van 25 niet genoemd dan wel niet tot hem doorgedrongen.

5.13 Ten aanzien van het verweer van de radioloog dat hij niet op de hoogte was van het trombocytengehalte van 25, wordt als volgt overwogen.

Nog daargelaten dat de radioloog er ten onrechte van uitging dat hij na de overdracht geen enkele rol meer had bij de punctie (en om die reden op 19 april 2024 ook zelf niet meer heeft gekeken naar de bloedsuitslagen van patiënte), stelt het college vast dat uit de stukken blijkt dat de radioloog op 19 april 2024 rond 9.00 uur is gebeld door de dienstdoende internist-oncoloog. Blijkens de aantekeningen die desbetreffende internist-oncoloog heeft gemaakt, heeft zij in dat telefoongesprek aan de radioloog medegedeeld dat de trombocyten van patiënte waren verlaagd van 44 naar 25. Het college gaat uit van de inhoud van het medisch dossier en heeft geen aanleiding om daaraan te twijfelen. Dat de radioloog heeft aangegeven dat hij meent dat die waarde tijdens dat telefoongesprek niet is genoemd dan wel niet tot hem is doorgedrongen, maakt vorenstaande niet anders. De radioloog had op dat moment dan ook op de hoogte moeten zijn van de trombocytenwaarde van 25 en had er op moeten toezien

dat de physician assistant bij die lage waarde de punctie niet zou uitvoeren. Dit toezicht heeft niet plaatsgevonden.

5.14 Zonder toezicht en tussenkomst voldoende te verzekeren, had de radioloog naar het oordeel van het college de punctie niet mogen delegeren en laten uitvoeren door de physician assistant. Dit valt hem tuchtrechtelijk te verwijten.

Dit maakt eveneens dat de omstandigheid dat de punctie wel is uitgevoerd bij een trombocytenwaarde van 25, zonder dat er nog een bloedplaatsjestransfusie was geweest, de radioloog tuchtrechtelijk kan worden verweten.

5.15 Voor zover klager de radioloog verwijt dat zijn echtgenote ten gevolge van het handelen van de radioloog is overleden, wijst het college erop dat het medisch handelen van de radioloog hiervoor beoordeeld is en de vermeende gevolgen daarbij buiten beschouwing worden gelaten en niet binnen de tuchtrechtelijke toets vallen.

5.16 De klachtonderdelen b en c zijn dan ook gegrond.

Slotsom

5.17 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat klachtonderdeel a) ongegrond is en klachtonderdelen b) en c) gegrond zijn.

Maatregel

5.18 Nu de klacht deels gegrond is, overweegt het college als volgt over de op te leggen maatregel. De radioloog is er ten onrechte van uitgegaan dat de physician assistant zelfstandig bevoegd was de punctie uit te voeren. Daarvoor waren de risico's, bij deze patiënte, in de gegeven omstandigheden, niet goed te overzien. De radioloog heeft er geen blijk van gegeven dat hij op de hoogte was van de specifieke beperkingen die gelden ten aanzien van de zelfstandige bevoegdheid van de physician assistant bij de uitvoering van een punctie. Dat valt de radioloog aan te rekenen. Door het stellen van deze beperkingen wordt immers het gebied van deskundigheid van de physician assistant afgegrensd van de arts (medisch specialist) op het gebied van de geneeskunst.

De radioloog had weliswaar de mogelijkheid om de punctie aan de physician assistant te delegeren, maar heeft de daarvoor benodigde toezicht en tussenkomst onvoldoende verzekerd. Doordat hij er ten onrechte van uitging dat hij geen enkele rol meer had bij de punctie nadat deze was geplaatst op het programma van de physician assistant, heeft hij vanaf dat moment ook geen toezicht meer gehouden op de trombocytenwaarde van de patiënte. Ook nadat hij op 19 april 2024 rond 9.00 uur door de dienstdoende internist-oncoloog werd geïnformeerd over de verdere verlaging van de trombocytenwaarde naar 25 en daarvan dus op de hoogte had moeten zijn, heeft hij er op geen enkele wijze op toegezien dat de punctie bij die lage waarde niet zou worden uitgevoerd door de physician assistant. Het college is van oordeel dat dit laakbaar en verwijtbaar is.

Gelet op het voorgaande acht het college een berisping passend en geboden.

Publicatie

5.19 In het algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd. Dit

algemeen belang is erin gelegen dat andere zorgverleners mogelijk iets kunnen leren van wat hiervoor over taakherschikking en taakdelegatie is overwogen. De publicatie zal plaatsvinden zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart klachtonderdeel a ongegrond;
- verklaart klachtonderdelen b en c gegrond;
- legt de radioloog de maatregel op van berisping;
- bepaalt dat deze beslissing, nadat die onherroepelijk is geworden, zonder vermelding van namen of andere herleidbare gegevens in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften:
Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie, Medisch Contact, MemoRad en NAPA magazine.

Deze beslissing is gegeven door M.J.C. Dijkstra, voorzitter, B.A.A.M. van Hasselt en M.A.J. Meier, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door J.E.A. van Dooren-Gerding, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 14 februari 2025.

secretaris

voorzitter

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

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

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

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

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 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.