



Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Nr. C2012.458

Beslissing in de zaak onder nummer C2012.458 van:

1. A., wonend te B., 2. C., wonend te D.3. E., wonend te D.,
appellanten in het principaal hoger beroep,
verweerders in het incidenteel hoger beroep,
klagers in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. J.M. Beer, advocaat te Amsterdam,
tegen

E., cardiothoracaal chirurg, werkzaam te B.,
verweerster in het principaal hoger beroep, appellante in het incidenteel hoger beroep,
verweerster in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. K. Mous, advocaat te Nijmegen.

1. Verloop van de procedure

A., C. en E. – hierna klagers – hebben op 20 oktober 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven tegen F. – hierna de chirurg – een klacht ingediend. Bij beslissing van 27 september 2012 onder nummer 11166c heeft dat College de klacht gedeeltelijk gegrond verklaard en de chirurg de maatregel van waarschuwing opgelegd en de klacht voor het overige afgewezen.

Klagers zijn van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen.

De chirurg heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend. Tegen de gedeeltelijke gegrond verklaring van de klacht heeft zij incidenteel beroep ingesteld.

Klagers hebben een verweerschrift in incidenteel beroep ingediend.

De door het Centraal Tuchtcollege uitgenodigde deskundige prof. dr. P. Sergeant heeft naar aanleiding van de hem door het College voorgelegde vragen schriftelijk rapport uitgebracht.

De zaak is in hoger beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaken met nummer C2012.456, C2012.457 en C2012.459 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 22 april 2014, waar zijn verschenen klaagster sub 2. en klager sub 3., bijgestaan door mr. Beer, en de chirurg, bijgestaan door mr. Mous.

Klaagster sub 1. is niet verschenen.

Als deskundigen zijn gehoord prof. dr. P. Sergeant en prof. dr. B.A.J.M. de Mol.

Mr. Beer en mr. Mous hebben de standpunten van partijen nader toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende:

G., geboren 1967, nader te noemen: de patiënt, was sinds 1993 bekend met M. Hodgkin, met tweemaal een recidief (in 1994 en in 1998), waarvoor hij meerdere keren met locale radiotherapie en eenmalig met beenmergtransplantatie is behandeld.

Op 19 mei 2009 werd patiënt opgenomen in het H. (het H.) te I., waar de behandelend cardioloog een endocarditis diagnosticeerde. Op 10 juni 2009 hebben de cardiologen van dit ziekenhuis een klepvervangingsoperatie op korte termijn na antimicrobiële behandeling voorgesteld hetgeen resulteerde in een schriftelijke overdracht van het H. naar het ziekenhuis, alwaar verweerster werkzaam is. In het H. is de longarts voor de preoperatieve beoordeling geconsulteerd. Deze had in het verleden een CT-scan van de thorax laten maken en heeft de daarop gevonden afwijkingen geïdentificeerd als gevolg van de bestralingen van weleer.

De longarts vond, gelet op zijn eerdere bevindingen, geen contra-indicatie voor de klepvervangende operatie. Patiënt kwam in aanmerking voor een reguliere aortaklepvervangingsoperatie met urgentie. Door de cardiothoracaal chirurg (hierna chirurg D te noemen) is patiënt vervolgens in het op 11 juni 2009 in het H. gehouden hartteamoverleg geaccepteerd voor de te verrichten hartklepoperatie met urgentie van een week. In eerste instantie was het risico als low ingeschat, maar gelet op de herhaalde radiotherapie in het verleden is het risico door hem als medium gekwalificeerd. De euroscore is niet toegepast, maar zou tot de classificatie 'low risk' hebben geleid.

Op 17 juni 2009, naar het protocol ook voorschrijft: een dag voor de operatie, heeft een nurse practitioner patiënt opgenomen. Van het intakegesprek heeft zij zowel in het medisch dossier als in het verpleegkundig dossier aantekeningen gemaakt. Zij heeft tezamen met een arts assistent

kennis genomen van een in opdracht van haar gemaakte thoraxfoto en in de medische status aangetekend dat die foto geen infiltraten laat zien en aangetekend: "X-thorax geen infiltraten. CT thorax wordt opgevraagd. Densiteit re? Afw LBK?". Zij heeft in het H. de CT-scan opgevraagd en naar aanleiding van haar bevindingen van de thoraxfoto telefonisch overleg gevoerd met patiënts' longarts in het H., die gelet op zijn bevindingen geen bezwaar had tegen een operatie, hetgeen bevestigd was door patiënts' cardioloog in het H. Van het opvragen van de CT-scan en het overleg met de longarts zijn door haar aantekeningen gemaakt in het verpleegkundig dossier. Zij heeft diezelfde middag nog overleg gehad met verweerster, die – op basis van de verwijzing door chirurg d – aangewezen was de operatie te verrichten. Zij heeft melding gemaakt van haar bevindingen, met name naar aanleiding van de eerdere bestralingen onverwacht strak en stug van zijde van de longarts uit het verwijzende ziekenhuis. Zij heeft tevens gemeld dat zij ook de CT-scan die daar gemaakt was, had opgevraagd. Dat dit gesprek heeft plaatsgevonden, heeft de nurse practitioner aangetekend in het dossier.

Verweerster heeft de patiënt kort voor de operatie gesproken. Zij heeft met hem gesproken over de risico's van operaties in het algemeen en niet over de risico's van deze operatie in het bijzonder. Op 18 juni 2009 is de operatie door verweerster gestart. De opgevraagde CT-scan was op dat moment nog niet ontvangen. Vrijwel meteen aan het begin van de operatie constateerde verweerster dat de weefsels ten gevolge van de eerdere bestralingen onverwacht strak en stug van consistentie waren, hetgeen het openen van het sternum (het borstbeen) bemoeilijkte. Zij heeft daarop een andere cardiothoracaal chirurg (hierna chirurg b te noemen), die zelf op het punt stond om te gaan opereren, om advies gevraagd. Chirurg b adviseerde haar om het sternum te openen met behulp van een asymmetrische spreider om ruimte te creëren en vooral voorzichtig te werk te gaan. Verweerster heeft daarop zelfstandig de operatie hervat. Kort daarna ontstond als gevolg van scheuring door littekenweefsel een bloeding van de vena anonyma. Daar zij de bloeding niet gestopt kreeg, heeft zij de hulp van weer een andere cardiothoracaal chirurg (hierna chirurg a te noemen), eveneens bezig met een operatie elders, ingeroepen. Chirurg a heeft de plaats van verweerster overgenomen, die voor het hele vervolg van de operatie de plaats van de assisterend cardiothoracaal chirurg heeft ingenomen. Chirurg a heeft de patiënt aangesloten op de hartlong-machine en door middel van diepe koeling en het aanbrengen van een stuk PTFE graft ter plekke de bloeding weten te stoppen. Chirurg a zag zich echter genoodzaakt om zijn eigen operatie voort te zetten, waarop hij en verweerster de hulp van eerst genoemde chirurg d hebben ingeroepen, die de hartklep bij de patiënt heeft vervangen. Toen ook chirurg d zich genoodzaakt zag zijn eigen operatie voort te zetten, heeft chirurg a de operatie ten tweede male overgenomen. Op dat moment bleek sprake te zijn van een ernstige lucht lekkage. De arteria pulmonalis en de linker hoofdbronchus bleken open te staan, waarop chirurg b eveneens ten tweede male bij de operatie werd geroepen. Deze besloot een pneumectomie te verrichten, waarop een hartfalen van de rechter harthelft volgde, waaraan de patiënt is overleden.

Chirurg a en chirurg d hebben het operatieverslag opgemaakt. Het operatieverslag is niet gedateerd.

Na het overlijden van de patiënt hebben chirurg a en verweerster de familie van de patiënt over diens overlijden en het verloop van de operatie ingelicht. Onder meer is gemeld dat de patiënt een natuurlijke dood is gestorven. Na 18 juni 2009 hebben nog vele gesprekken met de familie plaatsgevonden, onder andere op 10 augustus en 7 september 2009 met chirurg a.

Op 7 oktober 2009 heeft een calamiteitenmelding plaatsgevonden op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen aan de directie van het ziekenhuis.

3. **Het standpunt van klagers en de klacht**

Klagers verwijten verweerster het navolgende:

1. dat zij geen verslag heeft gemaakt van het pre-operatief gesprek;
2. dat zij geen informatie heeft verstrekt aan de patiënt over de mogelijke risico's;
3. dat zij geen gedegen kennis heeft verworven over de patiënt terwijl ze grote twijfels had of dit een operatie voor haar was; dat zij slechts op basis van het bekijken van één thoraxfoto de operatie gestart is zonder enig overleg met ervaren cardio-chirurgen;
4. dat zij geen overleg met de nurse-practitioner heeft gevoerd;
5. dat zij tijdens de operatie geen daadkracht heeft getoond, geen overname van de operatie heeft gevraagd of geëist, terwijl zij al voor aanvang van de operatie twijfels had;
6. dat zij bij het openen van de borstkas de vena anonyma heeft doorgehaald; het weefsel niet zorgvuldig heeft losgemaakt alvorens het borstbeen te spreiden;
7. dat geen verslaglegging van de operatie heeft plaatsgevonden;
8. dat zij de nabestaanden geen uitleg heeft gegeven over het verloop van de operatie; de communicatiemiddelen waren minimaal door de slechte beheersing van de Nederlandse taal;
9. dat geen onderzoek is gedaan naar de mogelijke oorzaak van de beschadigde pulmonalis links en de hoofdbronchus;
10. dat zij geen calamiteitenmelding aan de IGZ heeft gedaan.

Klagers hebben met nadruk verwezen naar het rapport van dr. J. van het L. en het rapport van K., senior inspecteur van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Kort en zakelijk weergegeven, hebben klagers nog het volgende aangevoerd.

Hoewel verweerster aan de hand van de gemaakte X-thorax een complexere operatie verwachtte, heeft zij daarover geen overleg met een van de meer ervaren chirurgen gehad. Toen verweerster structuren en weefsel waarnam dat zij niet eerder had gezien, vroeg zij weliswaar om advies, maar drong niet aan op overname van de operatie. Door het onjuist vrij prepareren van het verkleefde weefsel en/of spreiden van het borstbeen is onherstelbare schade ontstaan, onder andere aan hoofdbronchus en longslagader.

Blijkbaar ontbrak het verweerster aan ervaring met dit soort verklevingen.

Verweerster heeft geen calamiteitenmelding gedaan, hoewel het haar duidelijk was dat er onverklaarbare dingen waren gebeurd.

Het OK rapport was ver onder de maat, veel te summier en vol fouten. Verweerster is verantwoordelijk voor het eerste belangrijke deel van de operatie en had hiervan verslaglegging moeten doen.

Naar de overtuiging van klagers was de operatie heel anders gelopen als er een professionele aanpak was geweest. Verweerster heeft niet de verantwoordelijkheid genomen de familie direct na de operatie behoorlijk te informeren. Als verteld was dat de pulmonalis was gescheurd, zou er toestemming voor obductie zijn gegeven.

4. **Het standpunt van verweerster**

Verweerster heeft – kort en zakelijk weergegeven – verweer gevoerd als volgt.

Verweerster is zelf niet of nauwelijks betrokken geweest bij het tot stand komen van de rapporten waarnaar klagers verwijzen. Zo is verweerster nooit in de gelegenheid gesteld om een concept rapport te beoordelen. Er zijn in de rapporten feitelijke onjuistheden geslopen, hetgeen voorkomen had kunnen worden. In deze procedure is niet van belang of verweerster anders of beter had kunnen handelen, maar of zij met de wetenschap van toen binnen de grenzen van een redelijk bekwaame beroepsuitoefening is gebleven.

Op de dag voor de operatie was duidelijk dat verweerster patiënt zou opereren. In de periode oktober 2008 tot en met 18 juni 2009 had verweerster 205 hartoperaties in het ziekenhuis verricht. Zij werd voldoende bekwaam gevonden de onderhavige operatie uit te voeren.

Op 17 juni 2009 omstreeks 16.30 uur heeft verweerster overleg gehad met de nurse practitioner over de X-thorax en haar overleg met de longarts van het H. In diezelfde tijd heeft verweerster met de arts-assistent in het bijzijn van de nurse practitioner naar de X-thorax gekeken, welke duidelijk maakte dat er mogelijk obstruerend weefsel was. Er leek voldoende ruimte om ter hoogte van het borstbeen te opereren. Op 18 juni 2009 oordeelde verweerster dat de opgevraagde, maar nog ontbrekende CT-scan wellicht meer informatie zou geven over de omvang van het obstruerend weefsel, maar niet over de consistentie ervan. Daarbij was van belang dat de longarts van het H. wel kennis had genomen van de CT-scan en had geoordeeld dat er geen bezwaar bestond tegen het laten doorgaan van de operatie. Verweerster had preoperatief geen enkele twijfel of zij zich voldoende bekwaam achtte. Er was preoperatief geen enkele reden overleg te hebben met (een van) de andere cardiothoracaal chirurgen.

Preoperatief heeft verweerster tezamen met de arts-assistent een gesprek gevoerd met patiënt. Zij hebben daarvan geen aantekeningen in het dossier gemaakt. Het feit dat er geen aantekeningen zijn gemaakt, betekent niet dat dus tuchtrechtelijk verwijtbaar is gehandeld. Aantekening dient te worden gehouden voor zover dit voor een goede hulpverlening noodzakelijk is. Het doel van het gesprek was voornamelijk de patiënt te laten kennis maken met de operateur. Er zijn geen kwesties besproken die voor opvolgende hulpverleners van belang konden zijn. Verweerster heeft de patiënt wel informatie verstrekt over risico's, zij het in algemene zin. Het is niet gebruikelijk een patiënt kort voor een noodzakelijke operatie uitgebreid voor te lichten over alles wat mis kan gaan. Bovendien waren de exacte risico's waarschijnlijk al besproken in een eerdere fase door de cardioloog van patiënt.

Direct na aanvang van de operatie heeft verweerster het advies van chirurg b ter harte genomen; zij achtte zich voldoende in staat de operatie zelfstandig te continueren. De stelling dat verweerster zeer onzeker was is niet gebaseerd op feiten.

Toen er vanwege een scheuring van de structuren een forse bloeding van de vena anonyma ontstond, heeft verweerster deze door middel van hechting en het aanbrengen van klemmen trachten te stoppen. Dit lukte niet omdat het weefsel zo rigide was. De vena anonyma scheurde ondanks het zorgvuldig handelen van verweerster.

Toen chirurg a assistentie verleende, heeft verweerster de plaats van arts-assistent ingenomen en is die blijven innemen.

Verweerster heeft geen operatieverslag gemaakt zodat het desbetreffende verwijt niet terecht is. De chirurgen a en d hebben voor het verslag zorg gedragen. Verweerster heeft tezamen met chirurg a meteen na de operatie uitleg aan de nabestaanden gegeven. Omdat de emoties hoog opliepen was het geven van uitleg bijna niet mogelijk.

Ten tijde van de operatie was het vooral zaak om de bloeding van de arteria pulmonalis en de hoofdbronchus zo spoedig mogelijk te stoppen en niet te zoeken naar de oorzaak ervan. Dit zou neer komen op obductie, hetgeen niet is toegestaan.

Blijkens artikel 4a van de Kwaliteitswet Zorginstellingen rust de verplichting tot melding van calamiteiten niet op de arts, maar op de zorgaanbieder. Het ziekenhuis had in 2009 nog geen

adequate procedure beschikbaar voor de interne melding van calamiteiten aan de raad van bestuur. Dit valt verweerster niet te verwijten. Het al dan niet doen van een calamiteitenmelding kan niet worden aangemerkt als een doen of nalaten met één van de in artikel 47 lid 1 Wet BIG genoemde tuchtnormen.

5. De overwegingen van het college

Het college overweegt met betrekking tot de klachtonderdelen als volgt:

Ad 1.

Van het door verweerster tezamen met de arts-assistent gehouden preoperatief gesprek met patiënt is geen verslag opgemaakt. Verweerster heeft dat niet zelf gedaan, noch er op toegezien dat de arts-assistent dat deed. Van dat gesprek diende een verslag gemaakt te worden, hoewel verslaglegging van een preoperatief gesprek destijds nog niet standaard was. In die zin valt verweerster een verwijt te maken.

Ad 2.

Vast staat dat verweerster in het preoperatieve gesprek met patiënt over algemene risico's heeft gesproken. Verweerster had evenwel ook de specifieke risico's van de onderhavige operatie dienen aan te geven. In die zin is verweerster tuchtrechtelijk tekort geschoten.

Ad 3.

Het college stelt voorop dat niet is komen vast te staan dat verweerster twijfels, laat staan ernstige twijfels, had over haar bekwaamheid met betrekking tot de onderhavige operatie. De door haar gestelde ervaring is onweersproken gebleven.

Verweerster werd aangewezen om deze operatie met vitale indicatie uit te voeren. Duidelijk is dat zij is afgegaan op de op 17 juni 2009 vervaardigde X-thorax, waaruit bleek dat er van obstruerend weefsel sprake was. Zij heeft besloten niet te wachten op de opgevraagde CT-scan. Naar het oordeel van het college was zij terecht van mening dat die CT-scan geen nadere informatie over de consistentie van het obstruerend weefsel zou opleveren. Verweerster heeft weliswaar niet vóór de operatie met andere cardiothoracaal chirurgen overlegd, maar wel aanstonds advies aan chirurg b gevraagd toen zij geconfronteerd werd met fibrotisch weefsel, dat onverwacht strak en stug was. Het college is van oordeel dat verweerster te dezen geen verwijt valt te maken.

Ad 4.

Gebleken is dat verweerster wel degelijk overleg met de nurse practitioner heeft gevoerd. Dit blijkt ook uit het door de nurse practitioner opgemaakte verslag. Dit verwijt is dan ook niet terecht.

Ad 5.

Het college verwijst naar hetgeen ad 3. is overwogen omtrent de gestelde bij verweerster bestaande twijfels. Verweerster heeft daadkracht getoond door aan deze operatie, welke haar was toegewezen, te beginnen en aanstonds, toen de structuur van het fibrotisch weefsel duidelijk werd, advies te vragen. Zij is voorzichtig te werk gegaan zoals chirurg b haar had geadviseerd. Ook hij zag geen reden de operatie over te nemen. Toen een scheuring van de vena anonyma optrad, heeft zij de hulp van chirurg a ingeroepen die de operatie heeft overgenomen. Het college is van oordeel dat het onderhavige verwijt geen doel treft.

Ad 6.

Anders dan klagers menen is de vena anonyma niet door verweerster doorgehaald, maar is de bloeding van de vena anonyma ontstaan als gevolg van scheuring door littekenweefsel. Verweerster heeft voorzichtig gepoogd om het borstbeen van het weefsel te scheiden en het borstbeen te spreiden. Bij die spreiding is door de spanning de scheuring ontstaan. Tuchtrechtelijk valt verweerster hiervan geen verwijt te maken.

Ad 7.

Voor de verslaglegging van de operatie hebben de chirurgen a en d zorg gedragen. Deze verslaglegging is summier geweest en gedeeltelijk gebrekkig. Verweerster was als hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor een goede verslaglegging, welke van belang is voor de continuïteit van de zorg. In zoverre valt haar een verwijt te maken.

Ad 8.

Vast staat dat verweerster tezamen met chirurg a direct na de operatie naar de nabestaanden is gegaan om informatie en uitleg te geven. Vanwege de duidelijkheid heeft chirurg a hoofdzakelijk het woord gedaan. Dit brengt niet mee dat verweerster te dezen te kort is geschoten in haar handelen.

Ad 9.

Op het moment dat er een bloeding van de arteria pulmonalis en de hoofdbronchus werd geconstateerd was het zaak er alles aan te doen die bloeding te stelpen. De situatie was er niet naar enig onderzoek naar de oorzaak van de bloeding te verrichten, daargelaten of dat mogelijk of toegestaan was. Chirurg b had bovendien gezien dat er bij patiënt sprake was van fibrotisch weefsel. Hoe het precies tot een bloeding is gekomen, zal echter nooit meer duidelijk worden. Het college is van oordeel dat verweerster te dezen geen tuchtrechtelijk verwijt treft.

Ad 10.

De verplichting tot melding van calamiteiten aan de Inspectie ligt bij de directie van het ziekenhuis. Een interne melding aan de directie dient door de hoofdbehandelaar te worden gedaan. Nu verweerster hoofdbehandelaar was, had het op haar weg gelegen de directie van de calamiteit op



de hoogte te stellen. Daar doet niet aan af dat er destijds voor interne meldingen nog geen goede regeling in het ziekenhuis bestond. Tuchtrechtelijk valt verweerster dan ook een verwijt te maken. Nu de klacht op meerdere onderdelen – zoals hiervoor overwogen – gegrond is bevonden, zal aan verweerster een maatregel worden opgelegd. Gelet op alle omstandigheden is het college van oordeel dat de maatregel van waarschuwing passend is.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep niet is bestreden.

Met betrekking tot de door klagers zonder medeweten en toestemming van de chirurg gemaakte bandopnamen, waarvan transcripties door klagers zijn overgelegd, wordt het volgende opgemerkt. De chirurg heeft aangevoerd dat die opnamen onrechtmatig verkregen bewijsmiddelen zijn en dat zij daarom geen bewijs kunnen opleveren in deze tuchtprocedure. In het midden kan blijven of, gelet op het doel van de onderhavige gesprekken en de inhoud daarvan zoals deze is weergegeven in de door klagers overgelegde transcripten, het maken van die opnamen onder de gegeven omstandigheden jegens de bij die gesprekken betrokken chirurgen onrechtmatig was. Ook als dat het geval zou zijn, leidt dat namelijk niet zonder meer tot uitsluiting van dergelijke opnamen als bewijsmiddel in een tuchtzaak op grond van de Wet BIG. Daartoe zijn bijkomende omstandigheden nodig. In het onderhavige geval gaat het om gesprekken met nabestaanden van de patiënt over de gang van zaken voor en tijdens de operatie. In een tuchtprocedure tussen enerzijds die nabestaanden en anderzijds een of meer van de bij de gesprekken betrokken artsen kan de inhoud van zulke heimelijk gemaakte opnamen in beginsel worden gebruikt als bewijs van hetgeen tijdens die gesprekken is gezegd. Wel kan er aanleiding bestaan om daarvan uit te zonderen vertrouwelijke gegevens omtrent de patiënt die weliswaar tijdens die gesprekken door een of meer van de artsen aan de nabestaanden zijn meegedeeld maar waarvan moet worden aangenomen dat openbaarmaking daarvan in die tuchtprocedure strijdig zou zijn met het belang van de overleden patiënt bij geheimhoudingsplicht van de betrokken arts of artsen ten aanzien van die gegevens. Dat van zulke gegevens in dit geval sprake was, is niet gebleken. Voorts wordt ten aanzien van de inhoud van de gesprekken, zoals weergegeven in het overgelegde transcript, overwogen dat voorzover tijdens de gesprekken een of meer van de daarbij betrokken chirurgen afstand heeft genomen van de wijze waarop de operatie is voorbereid en uitgevoerd, het Centraal Tuchtcollege – mede gelet op de aard van de gesprekken, waarin het ging om aan de familie uitleg te geven van de gang van zaken en troost te bieden – daarin geen erkenning ziet door de betrokken chirurg van een hem of haar tuchtrechtelijk te verwijten handelen. Mede in het licht van een en ander acht het Centraal Tuchtcollege het niet nodig dat kennis wordt genomen van de bandopnamen zelf.

4. Beoordeling van het hoger beroep

- 4.1 Klagers hebben in (principaal) hoger beroep hun klacht herhaald voor zover deze door het Regionaal Tuchtcollege ongegrond is bevonden, en nader toegelicht. De chirurg heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot afwijzing van het beroep.
- 4.2 De chirurg heeft in (incidenteel) hoger beroep geconcludeerd tot vernietiging van de bestreden beslissing en afwijzing van de klacht in al haar onderdelen.
- 4.3 Nu klagers tegen het ongegrond verklaarde gedeelte van de klacht en de chirurg tegen het gegrond verklaarde gedeelte van de klacht beroep hebben ingesteld, ligt de gehele klacht thans ter beoordeling aan het Centraal Tuchtcollege voor. Voor zover in hoger beroep bezwaren zijn aangevoerd tegen de klachtbehandeling door het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg behoeven deze geen verdere bespreking, nu eventuele processuele tekortkomingen worden hersteld door dit hoger beroep. In zijn beoordeling zal het Centraal Tuchtcollege de volgorde aanhouden van de verschillende klachtonderdelen zoals die door het Regionaal Tuchtcollege zijn weergegeven in de bestreden beslissing.
- 4.4 Het Centraal Tuchtcollege stelt voorop dat het er bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.
- 4.5 Ten aanzien van de klachtonderdelen 2. tot en met 6., 8. en 9. heeft de behandeling van de zaak in hoger beroep het Centraal Tuchtcollege, mede gelet op de rapportage van de deskundige prof. dr. P. Sergeant en diens toelichting ter zitting, geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg. De beide beroepen moeten in zoverre worden verworpen.
- 4.6 Met betrekking tot klachtonderdeel 1. (kort samengevat dat de chirurg ten onrechte geen verslag heeft gemaakt van het preoperatief gesprek dat zij kort voor de operatie met de patiënt heeft



gevoerd) overweegt het Centraal Tuchtcollege het volgende. Mede in aanmerking nemende dat verslaglegging van een preoperatief gesprek destijds (nog) niet standaard was, acht het Centraal Tuchtcollege het de chirurg niet te verwijten dat er geen volledige verslaglegging van het gesprek heeft plaatsgevonden. Van het feit dat er in het geheel geen melding van het preoperatief gesprek in het medisch dossier van patiënt is gedaan, valt de chirurg echter wel een tuchtrechtelijk verwijt te maken. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege mag van de chirurg zeker verwacht worden dat zij erop toeziet dat er op enigerlei wijze in het medisch dossier wordt aangetekend dat er een preoperatief gesprek met de patiënt heeft plaatsgevonden. In zoverre is dit klachtonderdeel gegrond.

- 4.7 Ten aanzien van het zevende klachtonderdeel (kort samengevat dat de chirurg is tekortgeschoten in de verslaglegging van de operatie) overweegt het Centraal Tuchtcollege het volgende. De vier cardiothoracale chirurgen die betrokken waren bij de operatie, hebben na afloop een afspraak gemaakt over wie het opmaken van het operatieverslag voor zijn of haar rekening zou nemen. Niet ter discussie staat dat dit niet de chirurg was, maar dat twee van de andere cardiothoracale chirurgen hiermee belast zijn. Onder deze omstandigheden kan niet geoordeeld worden dat de chirurg een (tuchtrechtelijk) verwijt is te maken van de inhoud (wat daar verder ook van zij) of het tijdig opmaken van het operatieverslag. In tegenstelling tot het Regionaal Tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat dit klachtonderdeel ongegrond is.
- 4.8 Met betrekking tot klachtonderdeel 10. (kort samengevat dat de chirurg ten onrechte geen calamiteitenmelding aan de IGZ heeft gedaan) overweegt het Centraal Tuchtcollege het volgende. Van artsen die werkzaam zijn in een ziekenhuis mag worden verwacht dat zij incidenten en calamiteiten melden aan de raad van bestuur van het ziekenhuis. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege geldt dit bij een incident als het onderhavige, waarbij het gehele team van cardiothoracale chirurgen betrokken was, voor het gehele team, waaronder dus ook de chirurg. Dat het ziekenhuis in 2009 nog geen adequate procedure beschikbaar had voor de interne melding van calamiteiten aan de raad van bestuur doet aan het voorgaande niet af. Hetgeen klagers de chirurg verwijten is echter dat zij niet zelfstandig (rechtstreeks) een calamiteitenmelding aan de IGZ heeft gedaan. Dit is echter geen verplichting die op een individuele arts rust maar op de zorgaanbieder. Anders dan het Regionaal Tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege daarom van oordeel dat de dit klachtonderdeel niet slaagt.
- 4.9 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het principaal hoger beroep dient te worden verworpen en dat het incidenteel hoger beroep slaagt, voor zover het Regionaal tuchtcollege de klachtonderdelen 7. en 10. gegrond heeft verklaard. Het Regionaal Tuchtcollege heeft de chirurg voor de gegrond verklaarde klachtonderdelen de maatregel van waarschuwing opgelegd. De gegrondverklaring van klachtonderdeel 1. die in hoger beroep is gehandhaafd brengt mee dat deze maatregel passend en geboden is gezien het tuchtrechtelijk verwijt dat de chirurg is te maken.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

in het principaal hoger beroep:

verwerpt het beroep;

in het incidenteel hoger beroep:

vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep voor zover de klachtonderdelen 7. en 10. gegrond zijn verklaard, en in zoverre opnieuw rechtdoende:

verklaart de klachtonderdelen 7 en 10 ongegrond;

verwerp het beroep voor het overige;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse 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: mr. W.D.H. Asser, voorzitter, prof. mr. J.K. Gevers en mr. T.L. de Vries, leden-juristen en dr. A.A. de Rotte en dr. R.T. Ottow, leden- beroepsgenoten en mr. R. Blokker, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 12 augustus 2014.

Voorzitter

Secretaris