



Uitspraak Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle

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

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

klaagster
tegen

B, cardioloog, (destijds) werkzaam te M,
bijgestaan door mr. K. Mous, advocaat te Nijmegen,

beklaagde

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

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

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

Naast deze klacht zijn negen met deze klacht verband houdende klachten ingediend tegen collega's van beklaagde. Deze klachten zijn bekend onder de nummers 182 tot en met 186/2020 en 188 tot en met 191/2020. In deze zaken wordt tegelijkertijd uitspraak gedaan.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 8 oktober 2021, waar partijen vergezeld van hun gemachtigden zijn verschenen.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch dossier) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Op woensdag 4 maart 2015 is de heer N – geboren in 1965 en hierna te noemen: de patiënt – opgenomen op de afdeling cardiologie van het O. Na reanimatie is de patiënt op 8 maart 2015 in het ziekenhuis overleden. Klaagster is de weduwe van de patiënt.

2.1 Het dossier

De patiënt is op 4 maart 2015 opgenomen op de Eerste Hart Hulp (hierna: EHH) wegens pijn op de borst. Hierna worden voor een goed begrip van de zaak een aantal passages uit het medisch dossier en de rapportages aangehaald (typfouten zijn in het citaat overgenomen):

De "Overdracht EHH naar kliniek" d.d. 4 maart 2015 van de arts-assistent vermeldt onder meer:

[...]

"Tijdstip EHH bezoek 07.27

Behandelend cardioloog dr [beklaagde]

Reden van komst POB

Cardiale voorgeschiedenis blanco



[...]

Cardiovasculaire risicofactoren

Diabetes Nee

Roken Ja

Alcoholgebruik Nee

Hart- en vaatziekten

1^e, 2^e graad < 60 jaar Ja vader op 49^{ste} fataal infarct

Perifeer vaatlijden Nee

Hyperlipidemie Nee

Hypertensie Ja

Reumatoïde artritis Nee

Thuismedicatie

Thuismedicatie geen

Anamnese

Vrije tekst anamnese Sinds vanochtend POB, werkt in het magazijn en staat vroeg op. Wel naar het werk gegaan. Bij traplopen aldaar dyspnoisch en een drukkend gevoel op de borst. Daarbij ook zweterig en licht misselijk. Nu iets afname van de druk.

Lichamelijk onderzoek

Algemene indruk

adipeus, helder, niet ziek, niet dyspnoisch, niet pijnlijk

Cor: S1S2, geen souffles

Pulm: NAG over alle longvelden, geen bijgeluiden

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

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

ECG

Electrische hartas

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

Aanvullend onderzoek

Laboratorium onderzoek

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

Conclusie

Conclusie Een 49-jarige man met sinds vanochtend POB

Beleid



lom (supervisoren) dr. [beklaagde]

Beleid -10:30 uur hartenzymen herhalen.

- start ASA.

- opname zonder tele.

- fast track CT-coronairen @."

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

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

[...]

"5/3 – Vis pa C/P

- Trop neg.*
- Start zocor 20mg*
- Lisinopril 10mg na ct.*
- Na ct verder beleid."*

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

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

Medische gegevens:

POB, familiale belasting.

Verslag:

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

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

Drieslippige aortaklep. Normaal aspect van de afgebeelde thoracale aorta.

Calciumscore volgens Agatston:

Left main: 0

LAD: 53

CRX: 0

RCA: 1

PDA: 0

Totaal: 54

CT coronair angiografie:

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

Left main: geen afwijkingen.

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

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

Extracardiale structuren: Geen afwijkingen zichtbaar.

Conclusie:

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

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

"iom E: B: CAG

Echo cor"

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

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



6/3/15 CAG

- 6/3 8.15 echo
- lisinopril verhoogd naar 1x daags 20mg.
- isordil op [recept]
- Dhr. mag niet van de afdeling.”

Op vrijdag 6 maart 2015 werd het echocardiogram uitgevoerd waarop geen afwijkingen werden gezien. Uit de verpleegkundige rapportage volgt, dat de CAG – zoals gepland op 6 maart 2015 – niet doorging en uitgesteld werd naar maandag 9 maart 2015. De verpleegkundige rapportage vermeldt het volgende met betrekking tot het uitstel van de CAG:

“6/3 A Vrij

B gb

C podb continue NRS2.

Geen uitstraling.

D Alert

E/F kreeg uitleg cag+evs.

Verder proces

Liezen geschoren.

Ging v. cag, gaat niet door

wordt as maandag.”

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

[...]

“7/3/2015 Hele nacht POB gehad. Nu geen verandering

V ECG.

B/iom B

- over naar W+tele
- daarna nitropomp op stand 1.”

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

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

“Indicaties opname en verblijf W met ritmebewaking

[...] Instabiele angina pectoris zonder bedreigende ECG-afwijkingen met iv nitroglycerine”

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

[...]

“7/3 A vrij

B O dyspnoe

C Tele: SBC $\pm$ 53

Hoofdpijn > pcm, nog lichte druk op de borst

D alert

E kreeg uitleg afdl.

Inf: nitropohl 50 cc st 1.0.

AD A. vrij

B dyspnoe O

C [onleesbaar] hele lichte POB score 2 [2 omcirkeld]

Dit blijft status quo.

D Dhr is alert en adequaat

E. Echtgenote is erg bezorgd

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

- Dhr. heeft forse hoofdpijn
- voor de nacht nitropohl st 0,5 (22:30 uur)
- paracetamol helpt niet afdoende

- als pob verergert zal dhr. direct bellen. Hopelijk zakt de hoofdpijn iets.
- Co; geen afw. Waardes
C Tele 5/2-SBC 53-64.”

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

[...]

“8/3 C Dhr belde rond 2:30 uur i.v.m. verergering van PODB-klachten NRS:7. Hierom pompstand Nitropohl verhoogd naar 1.0.

3:00 Pijn is niet gezakt RR:120/65. Nitropohl opgehoogd naar 1.5.

3:30 PODB blijft aanhouden ECG gemaakt

RR 130/70 Nitropohl opgehoogd naar 2.0

3:45 PODB werd heviger RR gestegen naar 170/90

Hierom nitropohl opgehoogd naar 3.0

3:50 PODB blijft hetzelfde RR door gestegen naar 185/90

Nitropohl verder opgehoogd naar 4.0.

4:00 PODB blijft onveranderd RR gedaald naar 125/75 toch pomp verhoogd naar 4.5

4:15 Dhr is onwel geworden niet meer aanspreekbaar.

Reanimatie werd gestart. Reanimatie werd 5.15 uur gestaakt.”

De patiënt is op 8 maart 2015 om 5:07 uur overleden.

Uit de medische informatie betreffende het ziekteverloop volgt verder, dat beklagde na het overlijden van de patiënt een gesprek heeft gehad met klaagster. Het medisch dossier vermeldt het volgende:

“8/3/15

B 5:53 *Gesprek met echtgenote:*

Uitgelegd dat hoofdstam wrs is gaan dichtzitten.

Onbegrip terecht over delay v CAG.

Hartcatheterisatie zou vrijdag gepland staan, is niet doorgegaan, is van programma gevallen ivm overige ingrepen.

Stond maandag op programma voor CAG Uitgelegd dat ECG's altijd normaal waren ook 8 maart 322:33 was het

ECG volstrekt normaal. Tevens negatieve enzymdiagnostiek.

Aangeboden om alle gegevens in te zien en ook gesprek op de poli over enige tijd mede met het oog op de verwerking

Obductie -

Evt orgaandonatie, geen Cerebrum

geen cornea.”

2.3 De klachtencommissie

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

[...]

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

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

4.3.1. Eerste periode

Het beleid gedurende deze periode wordt naar mening van de commissie gekenmerkt door een voortvarende aanpak. Er wordt gericht gewerkt naar het aantonen c.q. uitsluiten van een aandoening van de kransslagaders. Er is geen differentiaal diagnose. Hoewel de GRACE-score van 4 maart niet direct op een hoog risico wijst is er sprake van opeenvolgende diagnostiek en -zeker na de CT-scan – ook, althans bij de heer C, een besef van urgentie. Dit blijkt uit de aantekeningen in het medisch en verpleegkundig dossier. De heer C [beklachte in zaak 191/2020] vermeldt in het medisch dossier “aanwijzingen voor (instabiel) drievatslijden” en geeft aan de verpleging door: “ernstig drievatslijden “[Patiënt] mag de afdeling niet meer verlaten. Ook in het gesprek van 5 maart met [klaagster] wordt de indruk gewekt van urgentie en wordt in de tekening o.a. een hoofdstamstenose links ingetekend. Over de bevindingen bij de CT-scan is door de heer Q en de cardiologen met de Klachtencommissie

gecorrespondeerd. De vraag wel/niet hoofdstamstenose was van belang voor de risico-analyse. In het formele verslag is de term hoofdstamstenose niet vermeld. De radioloog beschrijft in de linker hoofdstam “geen afwijkingen” maar in de passage daarna is sprake van een “instabiele softplaque op de overgang van segment 5 naar de LAD”. Aangezien segment 5 overeenkomt met de linker hoofdstam moet de interpretatie volgens de commissie zijn dat er aanwijzingen waren voor een bedreigende afwijking in de distale hoofdstam. De Klachtencommissie is van mening dat er een dringende reden was die afwijking te bevestigen dan wel uit te sluiten.

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

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

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

4.3.2. Tweede periode

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

De cardiologen verwijzen naar de Richtlijn en stellen dat er geen parameters waren die de patiënt als high risk definieerden. Maar daarbij hebben zij naar de mening van de Klachtencommissie de initiële situatie en de normale ECG's te zwaar laten wegen en zijn zij voorbij gegaan aan de dynamiek van het

klinisch beeld en de inmiddels verkregen extra informatie. Bovendien stond hun beslissing op gespannen voet met de aanbeveling in diezelfde Richtlijn dat – bij patiënten met een lager risicoprofiel – invasieve evaluatie bij voorkeur binnen 72 uur na opname dient plaats te vinden. Ook is niet goed in te zien hoe deze beslissing past bij de aanpak in de eerste dagen (“doorpakken”, “mag niet van de afdeling”).

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

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

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

4.3.3 Samenvatting.

De overwegingen in 4.3.1 en 4.3.2 leiden, in onderlinge samenhang gezien, tot de conclusie dat de betrokken zorgverleners op 6 en 7 maart 2015 tekort geschoten zijn in hun taak als behandelaar van [patiënt]. De Klachtencommissie beoordeelt de klacht van [klaagster] dan ook als gegrond.

5. Uitspraak

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

6. Aanbeveling van de Klachtencommissie

De Klachtencommissie verbindt aan haar oordeel de volgende aanbevelingen:

Aanbeveling 1.

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

Aanbeveling 2

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

2.3 De calamiteitencommissie

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

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

Het beleid is ingezet conform de ACS-richtlijn. Echter, de ACS-richtlijn laat ruimte tot interpretatie van

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

Nacht zaterdag 07 op zondag 08 maart 2015

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

Overall

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

Ad.2. Is de medische verslaglegging adequaat geweest?

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

Ad. 3. Is de continue beschikbaarheid (24/7) coronair angiografisch onderzoek geborgd binnen het O? Tijdens het gesprek met de echtgenote van de patiënt en de onderzoekscommissie geeft de echtgenote aan dat zij vragen had over de continuïteit van het CAG-onderzoek in het O. Om deze reden is deze vraag in het onderzoeksrapport opgenomen. Op de polikliniek bevindt zich een specifieke planafdeling. Alle aanvragen komen via de planafdeling op de hartkatheterisatiekamer terecht. De cardiologen geven aan de planafdeling door hoe hoog de prioriteit is van een spoedkatheterisatie,

waardoor patiënten die geen kwalificatie 'spoed' hebben, indien noodzakelijk doorschuiven naar een volgende gelegenheid. Buiten werkuren en in de weekenden vinden behoudens spoedindicaties (PCI voor (N)STEMI en tijdelijke pacemakerimplantaties) geen routineonderzoeken plaats. Wanneer een geplande CAG niet door kan gaan, wordt de patiënt ingepland op de eerstvolgende mogelijkheid. Er vindt geen herbeoordeling van de patiënt plaats of het veilig is dat de CAG met één dag wordt uitgesteld. De middelen voor een CAG in het weekend zijn aanwezig en als er een indicatie is, dan kan de CAG uitgevoerd worden. Het is aan te bevelen dat aan het eind van de werkdag eventuele patiënten die van het programma afvallen, met name wanneer de geplande CAG uitgesteld wordt tot na het weekend, her-beoordeeld worden of dit veilig is en hiervan verslaglegging wordt gedaan."

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

Deze onderzoeksvraag is naar aanleiding met het gesprek met de echtgenote van de patiënt opgenomen in het onderzoek. De echtgenote geeft tijdens het gesprek met de onderzoekscommissie aan dat zij vernomen heeft dat er op de verpleegafdeling cardiologie geen visite gelopen wordt door de staf (cardiologen) maar enkel door assistenten / PA cardiologie; de echtgenote heeft dit ook zo ervaren. Tijdens de opname van haar man heeft de echtgenote geen medisch specialist (cardioloog) gezien. Op maandag tot en met vrijdag loopt de PA cardiologie visite bij alle patiënten. Dagelijks vindt er naar aanleiding van de visite een terugkoppeling plaats tussen de PA cardiologie en de superviserend cardioloog. Indien er aanleiding toe is bezoekt de superviserend cardioloog één of meerdere patiënten alsnog na de visite door de PA cardiologie. Op dinsdagen loopt de superviserend cardioloog de visite mee met de PA cardiologie en is dus bij het bed van de patiënt aanwezig (bedside). In de weekenden is één AIOS cardiologie aanwezig op de verpleegafdeling cardiologie en één AIOS cardiologie op de bewaakte verpleegafdeling cardiologie. De visite in de weekenden vindt plaats tussen de AIOS cardiologie en de verpleegkundige. De AIOS cardiologie bezoekt alleen de patiënt wanneer de klinische toestand van de patiënt daar aanleiding toe geeft, hiertoe tijdens de weekendoverdracht notitie van is gemaakt of de verpleegkundige hiertoe verzoekt. De superviserend cardioloog loopt visite op de CCU en is bereikbaar voor de AIOS-en cardiologie van de verpleegafdelingen cardiologie. Er zijn geen landelijke richtlijnen over hoe vaak een patiënt fysiek (= bedside) door een AIOS of medisch specialist gevisiteerd moet worden. De onderzoekscommissie is van mening dat elke patiënt tijdens zijn of haar opname minimaal eenmaal door een cardioloog gezien moet worden (bedside); dit is wat verwacht mag worden als standaard zorg in het O.

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

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

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

Wanneer uit de CAG was gebleken dat er sprake was geweest van een drietakslijden of anderszins ernstige coronair pathologie waarvoor een operatie-indicatie bestaat, had overleg met het R plaatsgevonden. De patiënt zou dan naar het R overgeplaatst zijn voor een operatie aldaar. De vraag die niet beantwoord kan worden is of er voldoende reden was geweest om in het weekend een acute operatie te verrichten bij de patiënt, mede gezien de relatief beperkte symptomatologie en het ontbreken van ECG afwijkingen tijdens klachten van de patiënt. De oorzaak van het overlijden van de patiënt is waarschijnlijk acute ventriculaire ritmestoornissen bij coronair lijden. Omdat er geen obductie heeft plaatsgevonden is de exacte doodsoorzaak van de patiënt niet te achterhalen. In latere fase is er wel in het kader van orgaandonatie sectie verricht op het hart van de patiënt. Bij deze sectie werden geen tekenen van een acute of oudere infarctering c.q. zuurstoftekort waargenomen. Ook kon het door de CT-scan veronderstelde ernstige coronarialijden van de LAD c.q. de hoofdstam, niet als zodanig in het preparaat worden gevonden. Nu onduidelijk is of de uitslag van de CAG aanleiding had gegeven voor

operatief ingrijpen met een spoedindicatie, is geen uitsluitel te geven op de vraag of het overlijden van de patiënt voorkomen had kunnen worden.

4. Oorzaken en verbetermaatregelen

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

2.4 De deskundige S

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

"Samenvatting

Het betreft een jonge patiënt opgenomen door instabiele angina pectoris. Een STEMI en non STEMI zijn in de acute setting op woensdag uitgesloten. Er is op donderdag een CT-scan gemaakt waarop de diagnose ernstig coronariairlijden is vastgesteld. Hierop is besloten aansluitend een ECHO en CAG te verrichten. De ECHO is uitgevoerd en laat een normale linker en rechter kamer functie zien, dus een hart zonder schade op vrijdag. De exacte redenen om patiënt 1 of 2 keer uit te stellen voor een CAG zijn niet duidelijk genoteerd. Patiënt had op uiterlijk donderdag door een cardioloog moeten worden beoordeeld en weer op de vrijdag rondom het uitstellen van de CAG. Op zaterdag bij een toename van de klachten en reden voor het starten van intraveneuze medicatie had patiënt moeten worden beoordeeld door een dienstdoende cardioloog. Het ophogen van de medicatie in de loop van de zaterdag kan alleen in overleg met de dienstdoende cardioloog geschieden. Uiteindelijk overlijdt patiënt na een langdurige reanimatie.

Beschouwing

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

Conclusie

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

2.5 De professionele standaard

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

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

before hospital discharge. Coronary angiography should be performed if the results are positive for reversible ischaemia.”

2.6 De Taakherschikking

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

“De cardioloog is verantwoordelijk voor de supervisie van de allied professional in alle situaties, waarbij de allied professional zelf in staat is zijn eigen grenzen te bewaken.

[...]

Voorwaarden voor taakherschikking naar de allied professional:

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

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

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt beklaagde – zakelijk weergegeven – dat:

1. de CAG ten onrechte meerdere malen is uitgesteld en uiteindelijk nooit is verricht. Het besluit tot uitstel is onvoldoende gecommuniceerd met de familie;
2. de patiënt tot aan de reanimatie nooit is gezien en beoordeeld door een cardioloog;
3. beklaagde zich op vrijdag 6 maart 2015 volledig heeft laten leiden door de physician assistant en zelf onvoldoende is nagegaan of de beslissing tot uitstel wel verantwoord was;
4. beklaagde in het weekend geen nader bloedonderzoek (troponinebepaling) heeft uitgevoerd, hetgeen ten onrechte is uitgebleven;
5. de begeleiding van de physician assistant zeer ondermaats was;
6. de rolverdeling op de afdeling cardiologie voor de patiënt en klaagster onduidelijk was;
7. de begeleiding van de arts-assistenten niet voldeed aan de daaraan te stellen eisen;
8. de nitroglycerine in de nacht van zaterdag op zondag ten onrechte is opgehoogd;
9. er ten onrechte geen differentiaaldiagnose is gesteld;
10. de gemaakte afspraken omtrent obductie zijn geschonden;
11. de verslaglegging niet voldeed aan de daaraan te stellen eisen;
12. de kwestie te laat als calamiteit is gemeld bij de IGJ;
13. beklaagde nooit excuses heeft gemaakt, zijn fouten ten onrechte niet of onvoldoende heeft erkend en met zijn opstelling de afwikkeling van de overlijdensschade heeft vertraagd en bemoeilijkt.

4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklaagde stelt zich – zakelijk weergegeven en op gronden genoemd in het verweerschrift – op het standpunt dat de klachten als ongegrond moeten worden afgewezen. Beklaagde betwist hetgeen hem door klaagster wordt verweten. Voorts voert beklaagde aan dat hij – voor wat betreft zijn eigen handelen – binnen de grenzen van een redelijke en bekwame beroepsbeoefenaar heeft gehandeld. Bij de bespreking van de klachtonderdelen wordt meer specifiek op het verweer ingegaan.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1 Algemene overwegingen

5.1.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de geldende grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.1.2

Tijdens de zitting hebben partijen gedebatteerd over de vraag of beklaagde en zijn medebeklaagden op voorhand hebben ingestemd met het vragen van advies aan voornoemde deskundige S. Namens

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

5.1.3

Het college merkt naar aanleiding van het debat daarover ter zitting voorts op dat tuchtrecht gezien zijn aard zich richt op het individuele handelen of nalaten van de beklaagde. Handelen of nalaten van anderen of van het ziekenhuis of afdelingen daarvan wordt in beginsel niet aan hem toegerekend, tenzij en voor zover hem daarvan een individueel verwijt gemaakt kan worden. Klaagster heeft gesteld dat de organisatie van de maatschap cardiologie in het algemeen ondeugdelijk was en dat beklaagde daarvoor als lid van de maatschap medeaansprakelijk of verantwoordelijk kan worden gehouden. In het bijzonder heeft zij daarbij gewezen op de door de maatschap gehanteerde regel dat patiënten standaardmatig alleen op dinsdagen door een cardioloog werden gezien. Zo heeft het kunnen gebeuren dat haar man gedurende zijn opname in het O nooit door een cardioloog werd gezien.

5.1.4

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

5.1.5

Met betrekking tot de vraag of het handelen van beklaagde en de medebeklaagden in dit opzicht onder de eerste tuchtnorm valt, overweegt het college als volgt. Ter zitting heeft beklaagde toegelicht – en voldoende aannemelijk gemaakt – dat de medebeklaagden geen betrokkenheid hebben gehad bij de behandeling van de patiënt. Enkel cardioloog E [beklaagde in zaak 183/2020] is – als deskundige op het gebied van de beoordeling van de CT-scan – betrokken geweest bij de behandeling, echter slechts voor zover het de beoordeling van de CT-scan betrof. Cardioloog D had gedurende een deel van de opname de supervisie, maar werd niet bij de casus betrokken. De beoordeling van de CT-scan als zodanig, die heeft geleid tot het inplannen voor een CAG, is geen onderwerp van een klacht. In het onderhavige geval is de patiënt niet gezien of behandeld door een van de medebeklaagde cardiologen.

5.1.6

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

5.1.7

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

5.1.8

Het college is van oordeel dat met hetgeen door partijen is gesteld en uit het dossier blijkt, niet op

goede grond kan worden gesteld dat beklagde en de mede-beklaagden een patroon van een falende organisatie hebben laten ontstaan of in stand hebben gehouden. Het enkele feit dat in deze casus de zorg over het geheel genomen door de deskundigen, de klachtencommissie en de calamiteitencommissie op belangrijke onderdelen als ontoereikend wordt beschouwd, vormt naar het oordeel van het college op zichzelf nog geen voldoende bewijs voor het bestaan van een patroon als hier bedoeld. Dit oordeel geldt tevens indien het college in ogenschouw neemt de door de maatschap gehanteerde regel dat standaardmatig visites van de cardioloog op dinsdagen plaatsvonden. Het college wijst daarbij op de hiervoor aangehaalde “Taakherschikking” waaruit blijkt dat vergaande vormen van delegatie aan de PA onder supervisie van de cardioloog als regel door de wetgever als aanvaardbaar werden beschouwd. Gesteld noch gebleken is dat de PA niet voor zijn taak was toegerust of is getreden buiten zijn bevoegdheid of bekwaamheid. De PA had zijn opleiding in 2013 afgerond en had daarvoor tien jaar gewerkt als verpleegkundige op de cardio-thoracale intensive care van het R. Tevens is uit de behandeling van de zaak en uit de verklaringen van de ter zitting gehoorde getuigen gebleken dat de cardiologen op concrete indicatie patiënten zelf zagen, laagdrempelig benaderbaar waren voor de PA en de arts-assistenten en dat dergelijk overleg ook in deze casus heeft plaatsgevonden. Ook indien wordt aangenomen dat de zorg beter had gekund of dat andere ziekenhuizen frequentere visiteregelingen hanteerden (een landelijke richtlijn daarvoor lijkt er op dat moment niet te zijn geweest, zodat niet op goede grond kan worden gesproken van een “eis”) dan deze maatschap in het O is dat nog niet dragend voor de conclusie van het bestaan van een patroon van ontoereikendheid. Datzelfde geldt voor het doorvoeren van de wijzigingen in de organisatie van de zorg naar aanleiding van de onderhavige casus, die immers te duiden zijn als feedback voor het systeem van zorg na evaluatie van een ernstig incident dat daartoe reden gaf. Derhalve oordeelt het college dat op grond van de tweede tuchtnorm – met inachtneming van voornoemde uitspraak van het CTG – geen tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor het collectieve handelen bestaat.

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

5.2

Klachtonderdeel 1. De CAG werd ten onrechte meerdere malen uitgesteld en uiteindelijk nooit verricht. Het besluit tot uitstel is onvoldoende gecommuniceerd met de familie.

Klachtonderdeel 3. Beklaagde heeft zich op vrijdag 6 maart 2015 volledig laten leiden door de PA en is zelf onvoldoende nagegaan of de beslissing tot uitstel verantwoord was.

5.2.1

De op 5 maart 2015 gemaakte CT-scan werd mede beoordeeld door collega-cardioloog E [beklaagde in zaak 183/2020]. Deze sprak met de dienstdoende PA C [beklaagde in zaak 191/2020] een CAG en ECG af. Supervisor was op dat moment cardioloog D [beklaagde in zaak 182/2020]. De PA heeft dit beleid tijdens de avondvisite besproken met de patiënt en klaagster. De CAG had moeten worden uitgevoerd op vrijdag 6 maart 2015. Deze werd die dag tweemaal uitgesteld, doordat er spoedgevallen voorgingen. Het college acht aannemelijk geworden dat het planningsbureau in eerste instantie dergelijke wijzigingen doorgaf aan de afdeling, in dit geval aan de PA. De PA heeft in de situatie van de patiënt op dat moment geen aanleiding gezien te overleggen met de dienstdoende supervisor [D, beklagde in zaak 182/2020] om de uitstelbeslissing te overrulen.

5.2.2

Uit het voorgaande blijkt dat beklagde in deze zaak tot en met vrijdag 6 maart 2015 geen betrokkenheid heeft gehad bij de behandeling van patiënt, noch bij de beslissingen over (het niet-overrulen van) het uitstel van de CAG. De plicht de patiënt te informeren over dit uitstel, waarvan de PA stelt dit te hebben gedaan, rustte evenmin op deze beklagde.

5.2.3

De vraag ligt voor of beklagde op zaterdag op basis van de hem op dat moment beschikbare informatie alsnog had moeten beslissen tot een CAG op die dag. Het college overweegt dat beklagde in feite heeft voortgeborduurd op een reeds door anderen genomen beslissing tot uitstel over het weekend heen, op basis van een beredeneerde (maar achteraf bekritiseerde) lage risico-inschatting. Beklaagde vernam op zaterdagochtend van de arts-assistent dat de patiënt de hele nacht pijn op de borst had gehad. De arts-assistent meldde daarbij dat het ECG geen afwijkingen vertoonde. Beklaagde heeft hierop besloten dat de patiënt werd overgeplaatst naar de bewaakte afdeling W voor telemetrie en een nitroglycerine-infuus op stand 1 ter behandeling en voorkoming van angineuze klachten. Beklaagde heeft daarmee de zorg voor de patiënt opgeschaald door betere bewaking en medicamenteus handelen in te stellen. Achteraf gezien was het zonder meer wenselijk geweest dat op die dag een CAG zou zijn uitgevoerd. Het college heeft echter kennis genomen van de ESC richtlijn, zoals hiervoor

aangehaald. Deze vermeldt onder meer dat “in lower risk subsets”, waarvan in deze casus beargumenteerd is uitgegaan, “the invasive evaluation can be delayed without increased risk but should be performed during the same hospital stay, preferably within 72 h of admission” [onderstreping door college]. Het college kan – oordelend naar het moment van handelen – op grond daarvan niet met voldoende mate van overtuiging tot het oordeel komen dat geen redelijk handelend beroepsbeoefenaar had kunnen afzien van een CAG op zaterdag. Deze klachtonderdelen zijn daarom ongegrond.

5.3

Klachtonderdeel 2. De patiënt is tot aan de reanimatie nooit gezien en beoordeeld door een cardioloog.

5.3.1

Dit klachtonderdeel steunt op de stelling dat de in het O werkzame cardiologen hun zorg dusdanig hadden geregeld dat de patiënt nooit is gezien of beoordeeld door een cardioloog. Volgens S had de patiënt uiterlijk op donderdag 5 maart en opnieuw op vrijdag 6 maart 2015 door een cardioloog moeten worden beoordeeld in verband met het uitstellen van de CAG. Op zaterdag 7 maart 2015 had de patiënt eveneens moeten worden gezien, gelet op de toename van de klachten en het ophogen van de medicatie. Volgens S was de bedrijfsvoering van de afdeling cardiologie in strijd met de voorschriften van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC).

5.3.2

Beklaagde heeft hiertegen verweer gevoerd. Hij heeft onder meer aangevoerd dat de samenwerking tussen de cardiologen, arts-assistenten en de PA binnen de afdeling protocolair beschreven is. Daarbij is beschreven dat de PA zelfstandig patiënten kan en mag zien op de (poli)kliniek. Deze rol komt overeen met wat de wetgever na voornoemde Taakherschikking bij deze functie voor ogen stond. Volgens beklaagde schreven de professionele standaarden van dat moment – anders dan S stelt – niet voor dat een patiënt vaker door een cardioloog gezien moest worden. S heeft geen onderzoek gedaan naar de organisatie van de afdeling. Zijn rapportage heeft enkel betrekking op de onderhavige casus. Anders dan klaagster aanvoert, zou de patiënt wel degelijk op enig moment – standaard was op een dinsdag – door een cardioloog worden gezien. Verder gold toentertijd dat de supervisor een patiënt zou zien zodra daartoe aanleiding bestond. Tevens zou de patiënt in deze zaak zijn gezien tijdens de CAG. Het was in deze casus geen beleid dat de patiënt nog niet door een cardioloog werd gezien, maar het gevolg van een samenstel van omstandigheden.

5.3.3

Het college is van oordeel dat op het moment van handelen er geen objectieve reden kan worden aangewezen op grond waarvan zou kunnen worden gesteld dat het door de maatschap cardiologie van het O – en dus mede onder verantwoordelijkheid van beklaagde – gevoerde beleid in zijn algemeenheid de tuchtrechtelijke toets niet zou kunnen doorstaan. Dat dit mogelijk niet de beste of meest optimale zorg inhield die op dat moment gegeven had kunnen worden, en wellicht in andere ziekenhuizen al werd gegeven, doet daaraan niet af.

5.3.4

Uit de hiervoor aangehaalde Taakherschikking van 2012 blijkt dat de basiswerkvorm waarin PA's en arts-assistenten zelfstandig werkzaam zijn onder supervisie van een cardioloog op dat moment door de beroepsgroep in beginsel aanvaardbaar werd geacht.

5.3.5

Dit oordeel impliceert eveneens dat beklaagde niet op goede grond een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt dat hij tussen 5 en 8 maart 2015 niet uit eigen beweging, zonder dat hij bekend werd gemaakt met de actuele klinische situatie van de patiënt, deze is gaan zien.

5.3.6

Het college herhaalt hierbij dat aan deze conclusie niet afdoet de door de deskundigen geuite opvatting dat betere zorg denkbaar en wenselijk was geweest, zeker met kennis achteraf en met het oog op de tragische afloop. Tuchtrechtelijk gezien gaan dit klachtonderdeel echter niet op.

5.4

Klachtonderdeel 4. Beklaagde heeft in het weekend ten onrechte geen nader bloedonderzoek (troponinebepaling) uitgevoerd.

5.4.1

Klaagster heeft aangevoerd dat de troponinebepaling tot twee keer toe – aan het begin van de behandeling – heeft plaatsgehad. Dat had in het weekend opnieuw moeten gebeuren om na te gaan of

er schade aan het hart was. Dit is volgens klaagster ten onrechte nagelaten.

5.4.2

Beklaagde stelt zich op het standpunt dat dit verwijt niet terecht is. Bij de eerste twee bepalingen van troponine waren de waarden als (hoewel door de verhoging “grijs”) negatief aan te merken. Bij de eerste meting 33 nG/L en bij de tweede meting 49 nG/L, dat wil zeggen onder de grenswaarde van 70 nG/L. Er bestond in het weekend geen objectieve aanleiding de troponinewaarden opnieuw te meten. De klachten van de patiënt en het normale beeld dat het ECG te zien gaf, gaven daartoe volgens beklagde geen aanleiding. De patiënt was bovendien overgeplaatst naar een bewaakte afdeling voor telemetrie voor ritme en ST-segment monitoring.

5.4.3

Het college overweegt over de rol van beklagde op dit punt als volgt. Beklaagde werd op zaterdagochtend benaderd door de arts-assistent. De patiënt had gemeld dat hij de hele nacht pijn op de borst had gehad. De arts-assistent meldde dat geen ECG-veranderingen zichtbaar waren. Beklaagde heeft hierop besloten dat de patiënt werd overgeplaatst naar de bewaakte afdeling W voor telemetrie en een nitroglycerine-infuus op stand 1 ter behandeling en observatie.

Niet op goede grond kan dus worden gesteld dat beklagde de zorg van de patiënt in het geheel niet heeft opgeschaald naar aanleiding van de hem gemelde klachten van de patiënt. Blijkbaar heeft hij gemeend dat de klachten op dat moment onvoldoende aanleiding gaven aan te nemen dat het opnieuw meten van de troponinewaarden toegevoegde waarde had, nu de eerste twee metingen niet wezen op evidente hartschade bij opname. Hoewel het college van oordeel is dat beklagde beter had kunnen handelen door de eerder gemeten “grijze” troponinewaarden op zaterdag nog eens in zijn afweging te betrekken, kan het college niet tot het oordeel komen dat geen redelijk handelend beroepsbeoefenaar had kunnen afzien van het opnieuw laten bepalen van de troponinewaarden en te volstaan met het overplaatsen van de patiënt naar een meer bewaakte afdeling en het – in de woorden van beklagde – optimaliseren van de medicamenteuze therapie met nitroglycerine intraveneus.

Dit betekent dat ook klachtonderdeel 4 niet slaagt.

5.5

Klachtonderdeel 5. De begeleiding van de PA was ondermaats.

Klachtonderdeel 7. De begeleiding van de arts-assistenten voldeed niet aan de daaraan te stellen eisen.

5.5.1

Klaagster heeft ten aanzien van de PA gesteld dat deze individueel moest bepalen of hij een supervisor moest inschakelen. Slechts eens per week vond een visite plaats door een cardioloog.

Ten aanzien van de arts-assistenten heeft klaagster eveneens gesteld dat de begeleiding door beklagde zeer summier was. Tevens was de instructie die beklagde gaf voor de instelling van de nitroglycerinepomp slecht gedocumenteerd.

5.5.2

Beklaagde heeft aangevoerd dat er dagelijks overleg plaatsvond tussen de PA en de superviserende cardioloog. Verder waren alle cardiologen beschikbaar voor overleg. In het licht van de ervaring van de PA was dit voldoende.

Beklaagde voert ten aanzien van de op zaterdag dienstdoende arts-assistent aan dat deze de patiënt heeft gezien en vervolgens – naar aanleiding van de door de patiënt gemelde klachten en de uitslag van het ECG – overleg heeft gevoerd met beklagde. Daarvan zijn ook dossieraantekeningen gemaakt. Besloten werd de patiënt over te plaatsen naar de afdeling W en een infuus nitroglycerine op stand 1 te geven. Beklaagde stelt op zaterdagmiddag tweemaal in het ziekenhuis te zijn geweest. Hij heeft nog actief navraag gedaan of er nog bijzonderheden waren. Die bleken er niet te zijn. Hij ging er dus van uit dat de nitroglycerine zijn werk deed. Dat meer begeleiding nodig was, is niet gebleken, aldus beklagde.

Ten aanzien van de arts-assistent die dienst had in de nacht van zaterdag op zondag heeft beklagde aangevoerd dat hij met haar regelmatig overleg heeft gehad. De arts-assistent heeft geen melding gemaakt van een veranderde situatie bij de patiënt. De verhoging van de dosis nitroglycerine is niet met beklagde besproken. Ook deze arts-assistent is volgens beklagde niet aan haar lot overgelaten.

5.5.3

Het college merkt op dat niet gebleken is dat de PA werkte tijdens de dienst van beklagde. In zoverre is de klacht feitelijk niet juist. Het college heeft bovendien geen aanwijzingen gevonden dat de PA wat

betreft opleiding en ervaring in zijn algemeenheid niet in staat was de aan hem toebedeelde taken naar behoren te vervullen (zie ook overweging 5.1.8). Klachtonderdeel 5 is dan ook ongegrond.

Beklaagde heeft gesteld dat hij bereikbaar was voor de arts-assistenten en dat hij ook overleg met hen heeft gehad. Deze stelling is bevestigd door de arts-assistenten, die ter zitting als getuigen zijn gehoord. Zij ervoeren geen drempel om met beklagde te overleggen. Ook ten aanzien van de arts-assistenten heeft het college geen aanwijzingen dat zij wat betreft ervaring en opleiding niet in staat waren de aan hen toebedeelde taken naar behoren te vervullen. Dit betekent dat ook klachtonderdeel 7 ongegrond is.

5.6

Klachtonderdeel 6. De rolverdeling op de afdeling cardiologie was voor de patiënt en klaagster onduidelijk.

5.6.1

Klaagster stelt dat zij en haar man niet op de hoogte waren van het feit dat de PA geen cardioloog was. Evenmin wist klaagster wie hoofdbehandelaar was en wie supervisor.

5.6.2

Beklaagde stelt zich op het standpunt dat de PA zich altijd pleegt voor te stellen en een badge draagt met naam en functie. Beklaagde treft op dit punt geen verwijt.

5.6.3

Het college merkt op dat dit klachtonderdeel zich niet specifiek richt tot beklagde. Het is daarom ongegrond.

5.7

Klachtonderdeel 8. De nitroglycerine werd in de nacht van zaterdag op zondag ten onrechte opgehoogd.

5.7.1

Klaagster stelt zich op het standpunt dat de nitroglycerine niet had mogen worden opgehoogd. De ophoging werd herhaaldelijk gegeven ondanks de hoofdpijn van patiënt en het uitblijven van een effect op de klachten. De patiënt had door de cardioloog moeten worden gezien.

5.7.2

Beklaagde reageert als volgt. Uit het verslag van de CT-scan bleek geen verdenking van een hoofdstamstenose die de doorstroming beperkte. Wel bleek sprake van een stenose die distaal van de hoofdstam (segment 5) overgaat naar de LAD (segment 6) en de diagonale tak. De afwijking aan de oorsprong van de rechter coronairarterie was op basis van de CT-beelden niet goed te beoordelen, maar was wel verdacht. Ook de ernst en omvang van de afwijkingen waren op basis van de CT-beelden niet goed te beoordelen. Er kon op basis van de CT-beelden dan ook niet gesproken worden van een kritische hoofdstamstenose, dat wil zeggen van een hoofdstamstenose met klinische/fysiologische consequenties. De CT-scan gaf wel aanleiding om een CAG in te plannen, zonder spoed, gelet op de uitkomsten van de echo, de troponinebepalingen, het klinisch beeld, het normale ECG-beeld en de richtlijn. De toename van de klachten was voor beklagde aanleiding te starten met nitroglycerine op stand 1. Hij heeft daarbij tegen de arts-assistent gezegd dat geen verhoging moet plaatsvinden in verband met risicovolle bloeddrukdalingen. De arts-assistent heeft "stand 1" in het dossier genoteerd, niet de aanvullende instructie. Algemeen geldt dat wijzigingen in het beleid met de supervisor moeten worden besproken. Beklaagde kan niet worden verweten dat zonder overleg met hem de dosering is opgehoogd.

5.7.3

Het medisch dossier bevestigt naar het oordeel van het college dat beklagde de opdracht heeft gegeven de nitroglycerine op stand 1 in te zetten. Het college acht aannemelijk geworden dat wijzigingen in het beleid met de supervisor besproken hadden moeten worden, nu dit uit de getuigenverhoren is gebleken. Ook staat vast dat dit in het geval van deze patiënt niet is gebeurd. Beklaagde is niet geconsulteerd voor het herhaaldelijk toch ophogen van de nitroglycerine, noch is hij op de hoogte gebracht van het feit dat de klachten niet verminderden. Klaagster heeft nog aangevoerd dat beklagde als supervisor verantwoordelijkheid droeg voor de arts-assistenten. Het college merkt daarover op dat dit standpunt in algemene zin opgaat, maar dat in het tuchtrecht moet worden vastgesteld in hoeverre beklagde een persoonlijk verwijt kan worden gemaakt. Deze toets is daarmee anders dan bijvoorbeeld in het civiele aansprakelijkheidsrecht dat de nadruk legt op toerekening naar redelijkheid. Ten aanzien van dit onderdeel kan beklagde geen verwijt worden gemaakt van het

buiten zijn medeweten ophogen van de dosering. Evenmin ziet het college op dit punt andere verwijten. Dat de aantekening over de dosering niet door beklagde persoonlijk in het dossier is gemaakt is begrijpelijk nu het dossier destijds nog schriftelijk werd bijgehouden en zich bij de patiënt bevond. Er is geen grond aan te nemen dat beklagde er niet op mocht vertrouwen dat de arts-assistent tegen haar taak was opgewassen. Het klachtonderdeel is daarom ongegrond.

5.8

Klachtonderdeel 9. Er is ten onrechte geen differentiaaldiagnose gesteld.

5.8.1

Klaagster voert aan dat er discrepantie bestond tussen de diagnose hoofdstamstenose en het ontbreken van afwijkingen op de ECG's en de slechts licht verminderde LV-functie op de echo. Deze discrepantie had aanleiding moeten zijn voor het stellen van een differentiaaldiagnose. In plaats daarvan was de aanvankelijke diagnose "heilig".

5.8.2

Beklaagde voert aan dat een differentiaaldiagnose inderdaad niet in het dossier is vastgelegd, maar dat de ingezette diagnostiek (een X-thorax, CT-scan, bloedonderzoek) wel een brede insteek had. Daarmee is gehandeld conform de ratio van een differentiaaldiagnose. Met dit onderzoek werden een acuut hartinfarct, een troponine acuut coronair syndroom, een longembolie of aortadissectie uitgesloten.

5.8.3

Het college is van oordeel dat het ontbreken in het dossier van een beschreven differentiaaldiagnose te betreuren is, zeker voor een opleidingsziekenhuis, maar ziet in het dossier geen concrete aanwijzingen beklagde daarvan een verwijt te maken. Het klachtonderdeel is daarmee ongegrond.

5.9

Klachtonderdeel 10. De gemaakte afspraken omtrent obductie zijn geschonden.

5.9.1

Klaagster voert aan dat zij met beklagde had afgesproken dat er geen organen zouden worden uitgenomen. Desondanks werd in strijd met de afspraak het hart uitgenomen. Beklaagde heeft de afspraak niet juist in het dossier vermeld en zich niet aan de afspraak gehouden. De verpleegkundige heeft de afspraak wel juist genoteerd.

5.9.2

Beklaagde betwist dit klachtonderdeel. Volgens hem is de afspraak met klaagster wel juist genoteerd en is hij deze nagekomen. De patiënt had zich als donor laten registreren, zonder beperkingen. Volgens beklagde heeft klaagster enkel bepaald dat de hersenen en het hoornvlies niet mochten worden uitgenomen. Dit laatste omwille van cosmetische redenen. Dat alleen over de huid is gesproken, is volgens beklagde niet juist. Waarom de verpleegkundige heeft genoteerd "*orgaandonatie -> huid*" kan beklagde niet plaatsen.

5.9.3

Het college oordeelt als volgt. De standpunten van partijen over hetgeen tussen hen is besproken, staan tegenover elkaar. De aantekening van de verpleegkundige geeft steun aan hetgeen klaagster stelt. Wanneer het college uitgaat van de juistheid van de weergave van klaagster, moet het oordeel luiden dat beklagde in dat geval het standpunt van klaagster niet goed heeft begrepen en bijgevolg heeft genoteerd. In de door beklagde geschetste context is dit misverstand denkbaar. Communicatie-misverstanden kunnen voorkomen. In dit geval is er geen indicatie te veronderstellen dat bij beklagde sprake was van opzet of aanmerkelijke schuld. In het geheel bezien acht het college dit klachtonderdeel om die reden van onvoldoende gewicht om beklagde hiervan een tuchtrechtelijk verwijt te maken.

5.10

Klachtonderdeel 11. De verslaglegging voldeed niet aan de daaraan te stellen eisen.

5.10.1

Klaagster acht de verslaglegging in deze casus beneden alle peil. Dit is des te kwalijker omdat het O een opleidingsziekenhuis is. De slechte dossiervorming heeft bijgedragen aan het overlijden van de patiënt.

5.10.2

Beklaagde onderschrijft het verwijt in zoverre dat op diverse momenten ten onrechte geen aantekening is gemaakt van relevante beslissingen. Hij stelt zich echter op het standpunt dat hem daarvan individueel geen verwijt kan worden gemaakt.

5.10.3

Het college zijn wat betreft dit klachtonderdeel geen feiten bekend geworden die beklagde persoonlijk betreffen. Het klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

5.11

Klachtonderdeel 12. De kwestie is te laat als calamiteit gemeld bij de IGJ.

5.11.1

Klaagster stelt zich op het standpunt dat het overlijden van de patiënt en de omstandigheden waaronder dit heeft plaatsgevonden onmiddellijk als calamiteit bij de Raad van Bestuur hadden moeten worden gemeld, die het overlijden dan ook spoedig als calamiteit bij de IGJ had kunnen melden.

5.11.2

Beklaagde wijst er op dat artikel 1, eerste lid, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg als calamiteit aanmerkt een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid. Beklaagde heeft de onderhavige gebeurtenissen in eerste instantie niet aangemerkt als calamiteit omdat de kwaliteit van zorg niet in het geding zou zijn geweest. Het overlijden van een patiënt wijst daar als zodanig immers nog niet op. Daarna is al spoedig de klachtenprocedure gestart, waar alle aandacht naar uit ging. Beklaagde is van mening dat hij zich transparant en toetsbaar heeft opgesteld. De melding als calamiteit heeft door de Raad van Bestuur plaatsgevonden na de uitspraak van de klachtencommissie.

5.11.3

Het college kan de uitleg van beklagde op dit punt niet volgen. Beklaagde heeft verklaard na het overlijden van de patiënt kennis te hebben genomen van het dossier. Het moet hem daarbij zijn opgevallen dat de nitro-pomp tegen zijn instructie, zonder zijn medeweten en zonder zijn instemming verschillende keren werd opgehoogd en verlaagd, hetgeen vanwege het effect op de bloeddruk een rol kan hebben gespeeld bij de tragische afloop. Evenmin werd hij ervan op de hoogte gesteld dat de klachten niet verminderden. Ten aanzien van dit onderdeel van de behandeling kan redelijkerwijs geen twijfel hebben bestaan dat hier de kwaliteit van de zorg in het geding was en dat mogelijk sprake was van een tekortkoming daarin. Mede gelet op het onverwachte overlijden van de patiënt gaat het om een ernstige casus. Niet valt in te zien waarom een interne calamiteitenmelding had moeten wachten op de uitkomst van een door klaagster geïnitieerde klachtenprocedure. Het is voor het vertrouwen in de gezondheidszorg wezenlijk dat een beroepsbeoefenaar actief acteert op een dergelijk, als ernstig aan te merken incident. Het O verlangt dit blijkens haar procedure inzake Melding Incidenten Patiënten (MIP) [bron: website O] ook van haar medewerkers:

“Eenieder die op basis van een arbeidsovereenkomst, toelatingscontract, vrijwilligerscontract, stageovereenkomst of op andere wijze aan het O is verbonden heeft vanuit zijn/haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg de plicht om tekortkomingen en incidenten in de patiëntenzorg te signaleren en onmiddellijk te melden.” [onderstreping door college]

Ook de KNMG hanteert deze standaard. Het college citeert het rapport “Staan voor Kwaliteit” van april 2012:

“3.1.5 Meldingen van complicaties, incidenten en calamiteiten

Sinds enkele jaren is binnen de gezondheidszorg de aandacht voor het systematisch melden van complicaties, incidenten en calamiteiten sterk toegenomen. Zorgaanbieders zijn op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht calamiteiten te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Naast de wettelijke verplichting tot het melden van calamiteiten, levert het binnen instellingen melden en analyseren van complicaties en incidenten een belangrijke bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit en veiligheid in de zorg.

De KNMG heeft in 2007 in een richtlijn aanbevelingen gedaan aan artsen ten aanzien van het melden van incidenten, fouten en klachten. Onderstaande aanbevelingen aan artsen zijn grotendeels op deze richtlijn gebaseerd.

3.1.5 a) De arts registreert complicaties (administratieve taken rondom de registratie kunnen deels worden gedelegeerd).

3.1.5 b) De arts meldt incidenten (administratieve taken rondom de melding kunnen deels worden gedelegeerd).

3.1.5 c) De arts meldt calamiteiten (administratieve taken rondom de melding kunnen deels worden gedelegeerd).

3.1.5 d) De arts helpt mee aan het opzetten van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en de klachtenprocedure in de praktijk/instelling.

3.1.5 e) De arts bespreekt regelmatig in teamverband de complicaties en incidenten die zich hebben voorgedaan."

Indien er geen klacht was ingediend, was de casus, die heeft geleid tot belangrijke feedback voor de organisatie van de zorg, wellicht niet geëvalueerd geworden. Tevens zou dit niet-melden hebben kunnen bijdragen aan de schijn van "toedekken" en gebrek aan transparantie. Het gaat hier niet om een ondergeschikt punt. Het college is van oordeel dat beklagde ten aanzien van dit klachtonderdeel ook in tuchtrechtelijke zin een verwijt treft. Het klachtonderdeel is daarmee gegrond.

5.12

Klachtonderdeel 13. Beklaagde heeft nooit excuses gemaakt, heeft zijn fouten ten onrechte niet of onvoldoende erkend en heeft met zijn opstelling de afwikkeling van de overlijdensschade vertraagd en bemoeilijkt.

5.12.1

Klaagster meent, mede in het licht van de uitgebrachte rapporten, dat beklagde zelfinzicht ontbeert, zijn fouten niet wil erkennen en dusdoende de afwikkeling van de schade heeft vertraagd.

5.12.2

Beklaagde wijst ten aanzien van dit klachtonderdeel op de brief die hij heeft ingezonden aan de klachtencommissie voor de (tweede) hoorzitting van 28 januari 2016, mede naar aanleiding van aanvullende documentatie van Q en klaagster. Beklaagde schrijft onder meer:

"[...] Tijdens de vorige zitting heb ik namelijk voor het eerst kennis kunnen nemen van aanvullende documentatie ingebracht door Q en [klaagster]. Met de bedoeling [klaagster] zoveel mogelijk inzicht en duidelijkheid te verschaffen rond het gelopen proces, heb ik de aanvullende gegevens als ook het verpleegkundig dossier zorgvuldig bestudeerd en zou ik mijn bevindingen graag kort in de totale context toelichten. Alvorens dit te doen, vind ik het echter niet meer dan passend dat het behandelteam en ik de uitkomst in deze casus enorm betreuren. De hierna volgende uiteenzetting is dan ook enkel bedoeld om zo transparant mogelijk te zijn en daar waar mogelijk lering te trekken.

[volgt uitleg]

Samenvattend zal, begrijpelijkerwijs, waarschijnlijk geen enkele verklaring of toelichting recht doen aan het leed dat [klaagster] is overkomen. Mogelijk dat onze nadere toelichting wel aanvullende inzichten kan verschaffen en kan bijdragen aan de volledigheid. Met het ontbreken van cruciale onderdelen van de coronaire anatomie bij sectie, kan niet met zekerheid de feitelijke ernst en locatie en daarmee rol van het coronarialijden worden vastgesteld. Wel dient de beschrijving van de CT-scan met de huidige gegevens in enig perspectief te worden geplaatst gezien de bevindingen. In het klinisch traject is getracht zuivere afwegingen te maken op basis van de informatie die voorhanden was en/of mij heeft bereikt. Indien een niet te voorzien, acuut event de dood tot gevolg heeft gehad is in het voortraject gepoogd de patiënt in een extra bewaakte omgeving te brengen en te monitoren. Dat ook dit binnen de cardiologie nooit een volle garantie kan bieden, heeft deze casus helaas ook bewezen."

Beklaagde benadrukt dat hij heeft meegewerkt aan een analyse en reconstructie van de gang van zaken en dat hij expliciet heeft erkend dat op diverse punten anders en beter gehandeld had kunnen worden en er zijn leer- en verbeterpunten vastgesteld en geïmplementeerd. Hij heeft erkend dat menselijkerwijs gesproken het tot tweemaal toe uitstellen van het CAG niet goed is geweest. Beklaagde meent dat hem niet verweten mag worden dat hij op sommige punten van mening verschilt met de deskundigenberichten. Met het claimtraject heeft beklagde zich niet bemoeid.

5.12.3

Het college overweegt dat feitelijk niet kan worden vastgesteld dat beklagde onvoldoende zelfinzicht heeft of dat hij door zijn opstelling de afwikkeling van de schade heeft vertraagd. Tevens is gebleken dat beklagde uiting heeft gegeven aan zijn medeleven met klaagster. Het college merkt hierbij op dat beklagde het recht heeft zijn visie op de feiten te geven. Ook al zou die visie niet, of niet op alle onderdelen, juist worden gevonden, dan kan deze toch bijdragen aan een volledig begrip van de zaak en een goede beoordeling van de casus. Een tuchtrechtelijk verwijt kan beklagde daarvan niet worden gemaakt, nu niet is gebleken dat beklagde bij zijn opstelling redelijke grenzen te buiten is

gegaan. Ook in deze tuchtprocedure heeft beklaagde binnen ruime grenzen het recht zich naar eigen inzicht te verdedigen en om in door hem passend geachte bewoordingen zijn medeleven te uiten. Het tuchtrecht zou niet moeten leiden tot het maken van niet-gemeende excuses of spijtbetuigingen, nu niemand daarmee kan zijn gediend.

5.13 Maatregel

Uit het voorgaande blijkt dat klachtonderdeel 12 gegrond is. Het college staat nu voor de vraag welke maatregel passend is. Beklaagde heeft in een ernstig incident, waarin onder zijn supervisie handelingen zijn verricht die de kwaliteit van de gezondheidszorg raakten en waarin een patiënt is overleden, geen interne melding gemaakt van een evidente calamiteit. Daarmee is het door de beroepsgroep als belangrijk aangemerkte belang hiervan onmiddellijk melding te maken, niet gediend geweest. De consequentie hiervan is beperkt gebleven door het indienen van een klacht bij de klachtencommissie op initiatief van klaagster. In het voordeel van beklaagde weegt mee dat hij niet eerder een tuchtrechtelijke maatregel heeft gehad. Het college betreft in zijn afweging voorts dat beklaagde blijk heeft gegeven dat deze casus hem diep heeft getroffen. Alles afwegende acht het college een waarschuwing op zijn plaats.

5.14

Kostenveroordeling

Klaagster heeft verzocht beklaagde te veroordelen in de kosten van deze procedure. Hoewel de klacht slechts ten dele gegrond wordt verklaard, zal het college gezien de aard van de zaak overgaan tot een forfaitaire kostenveroordeling op basis van artikel 69, vijfde lid, van de wet BIG en de "Oriëntatiepunten kostenveroordeling tuchtcolleges voor de gezondheidszorg". Het college komt tot toewijzing van twee punten € 1.068,- en € 50,- aan reiskosten.

5.15

Publicatie

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

6. DE BESLISSING

Het college:

- verklaart klachtonderdeel 12 gegrond;
- verklaart de overige klachtonderdelen ongegrond;
- legt een waarschuwing op;
- veroordeelt beklaagde in de kosten van de procedure aan de zijde van klaagster, begroot op € 1.118,-;
- bepaalt dat deze beslissing nadat deze onherroepelijk is geworden in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften 'Medisch Contact', 'Tijdschrift voor Gezondheidsrecht' en 'Gezondheidszorg Jurisprudentie'.

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

voorzitter

secretaris

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

- 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.