

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2018.312

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2018.312 van:

A., B. en C., allen wonende te D., appellanten, tevens verweerders in het incidenteel beroep, klagers in eerste aanleg,
gemachtigde: E.,

tegen

F., chirurg, werkzaam te D., verweerder in beroep, tevens appellant in het incidenteel beroep, verweerder in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. R.J. Peet.

1. Verloop van de procedure

A., B. en C. - hierna klagers - hebben op 23 januari 2018 bij het Regionaal Tuchtcollege te Groningen tegen F. - hierna de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 10 juli 2018, onder nummer G2018/08, heeft dat College klachtonderdeel 2 gegrond verklaard en de arts ter zake daarvan de maatregel van waarschuwing opgelegd. Voor het overige is de klacht afgewezen. Klagers zijn van die beslissing tijdig in beroep gekomen. Door de arts is een verweerschrift in beroep ingediend, en daarbij is tevens incidenteel beroep ingesteld. Alhoewel daartoe in de gelegenheid gesteld, hebben klagers ervan afgezien in het incidenteel beroep verweer te voeren.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 8 oktober 2019, waar is verschenen de arts, bijgestaan door mr. R.J. Peet. Klagers en hun gemachtigde zijn, zoals tevoren aangekondigd, niet verschenen. De gemachtigde van klagers heeft kort voorafgaand aan de zitting nog wel een (digitale) pleitnota toegestuurd. Een afdruk daarvan is aan de stukken in het dossier toegevoegd en is bovendien in afschrift aan de wederpartij verstrekt. Ter zitting hebben de arts en zijn gemachtigde de zaak mondeling bepleit.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

“2. Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van de klacht gaat het college uit van de volgende feiten.

2.1

Klagers zijn de nabestaanden van de heer G. (hierna: patiënt), geboren op 29 oktober 1940 en overleden op 23 mei 2015. Verweerder is als chirurg werkzaam in het H.- ziekenhuis te D. (hierna: het ziekenhuis).

2.2

Op 15 mei 2015 krijgt patiënt plotseling heftige buikpijn. 's Ochtends wordt hij eerst gezien door de huisarts. Deze stelt de waarschijnlijkheidsdiagnose acuut dan wel een geruptureerd atherosclerotic abdominaal aorta-aneurysma (AAAA/RAAA) en verwijst patiënt naar het ziekenhuis. Aldaar wordt patiënt allereerst op de SEH-afdeling gezien. Verweerder is op dat moment de dienstdoende chirurg en wordt hoofdbehandelaar van

patiënt. Uit CT-onderzoek op de SEH blijkt geen sprake van een aneurysma van de aorta abdominalis te zijn. Wel is er een vochtcollectie ter hoogte van het rectum en geen vrije lucht in het abdomen. Er wordt geen perforatie van de darm of blaas geconstateerd. In samenspraak met de SEH-arts en de radioloog komt verweerder op basis van de bloedwaarden, de bevindingen bij lichamelijk onderzoek en röntgenonderzoek blijkens het opnamebericht tot de volgende conclusie:

1. Acuut ontstane buikpijn bij 74-jarige patiënt bekend met hartfalen, vermoedelijk op basis van coprostase [verstopping door ophoping van harde ontlasting, red.]. Bij CT-scan vrij vocht in de buik zichtbaar. DD toch ruptuur niercyste/darm/abces, mogelijk ascites (hartfalen, maligne?) (...)

2. Hyponatriëmie [tekort aan natrium in het bloed, red.], waarschijnlijk bij diuretica.

Patiënt wordt opgenomen op de afdeling chirurgie alwaar verweerder een expectatief beleid voert. Hij ziet patiënt op 15 mei 2015 driemaal.

2.3

In de nacht van 15 op 16 mei 2015 wordt verweerder tweemaal thuis gebeld door de verpleegkundige, omdat de toestand van patiënt verslechtert. Verweerder komt niet naar het ziekenhuis, maar bespreekt telefonisch dat de intraveneuze LV-vochttoediening moet worden uitgebreid en de pijnbestrijding opgevoerd. Dit gebeurt ook. Om 08.00 uur draagt verweerder de dienst over aan een collega, met wie hij telefonisch de situatie van patiënt bespreekt. Vervolgens blijkt dat de tensie onvoldoende stijgt ondanks de vochttoediening en dat er een nierfunctiestoornis is opgetreden. Later deze dag wordt besloten tot laparotomie onder de werkdiagnose perforatie. Tijdens de operatie wordt contaminatie door faecaal materiaal in het kleine bekken aangetroffen. Als oorzaak wordt in een kluwen dunne darm ten gevolge van enorme adhesie (verklevingen) een dubbele perforatie van de darm vastgesteld. Na opname op de IC overlijdt patiënt op 23 mei 2015 aan de gevolgen van een abdominale sepsis en multi-organafalen.

3. De klacht

De klacht luidt – zakelijk weergegeven – als volgt.

3.1

Klagers zijn van mening dat verweerder als gevolg van onvoldoende onderzoek tot gebrekkige diagnostiek is gekomen. Hierdoor heeft hij de juiste diagnose gemist, te weten acute mesenteriale ischemie (acute doorbloedingsstoornis van het mesenteriale vaatbed). Verweerder bleef ten onrechte vasthouden aan de vermoedelijke diagnose coprostase zonder deze naar aanleiding van het beloop te heroverwegen. De acute pijnklachten bij patiënt hadden – zeker vanwege diens cardiovasculaire comorbiditeit – aanleiding moeten zijn voor verweerder om een vasculaire oorzaak van de problemen te vermoeden en daar adequaat op te reageren. Dit gebeurde echter niet. Ondanks de toenemende pijnklachten werd patiënt opgenomen op de afdeling chirurgie alwaar een afwachting beleid werd afgesproken. De enige reactie van verweerder op het verder toenemen van de pijn was het ophogen van de morfine.

3.2

Klagers zijn van mening dat patiënt het waarschijnlijk had overleefd als verweerder zijn werk beter had gedaan. Hij had dan in ieder geval een grotere overlevingskans gehad. Verweerder had op de dag van de opname al een diagnostische spoedlaparotomie moeten verrichten, en wel om twee redenen:

- er was onzekerheid omtrent de diagnose en
- de toestand van patiënt verslechterde.

Voorts is het opvallend dat in het medisch dossier geen enkele notitie van verweerder te vinden is, terwijl hij toch wel de hoofdbehandelaar was van patiënt. Óf verweerder heeft patiënt nooit zelf gezien, óf hij heeft niet aan verslaglegging gedaan.

3.3 Klachtonderdelen

Klagers verwijten verweerder:

- 1) dat hij een onjuiste diagnose heeft gesteld en onvoldoende zorg heeft geboden op 15 mei 2015, ten gevolge waarvan patiënt is overleden;*
- 2) dat door hem een onjuiste en onvolledige status is bijgehouden;*
- 3) dat hij geen rekening heeft gehouden met de cardiale comorbiditeit van patiënt.*

4. Het verweer

Het verweer luidt – zakelijk weergegeven – als volgt.

Patiënt werd op 15 mei 2015 naar het ziekenhuis verwezen met verdenking op een AAAA dan wel een RAAA. Uit echografisch onderzoek van de buik op de SEH bleek dat hier geen van sprake van was. Gezien de klachten van patiënt werd besloten een CT Angio (onderzoek met contrastmiddel) van de gehele aorta te verrichten. Daarbij werd behoudens vrij vocht in de paracolische goot (ruimte tussen de dikke darm en de buikwand) beiderzijds in het kleine bekken geen vrije lucht intra-abdominaal vastgesteld. Er werd geen perforatie van de darm of blaas geconstateerd en patiënt gaf geen hevige buikpijn meer aan. Evenmin waren er aanwijzingen voor ernstig vaatlijden anderszins. In samenspraak met de SEH-arts en de radioloog kwam verweerder op basis van de bloedwaarden, de bevindingen bij lichamelijk onderzoek en aanvullende röntgenonderzoek tot de conclusie die letterlijk is weergegeven onder 2.2 van deze beslissing. Verweerder heeft na uitvoerig overleg in het stafoverleg en met de mede-chirurgen besloten tot een expectatief beleid.

In de nacht van 16 mei 2015 is verweerder tweemaal gebeld door de verpleegkundige en besloot verweerder dat de intraveneuze LV-vochttoediening moest worden uitgebreid en de pijnbestrijding opgevoerd. Om 08.00 uur werd de dienst overgedragen aan een collega, die later die dag besloot dat er een proeflaparotomie moest plaatsvinden, aangezien de tensie onvoldoende steeg ondanks de vochttoediening en dat er een nierfunctiestoornis was opgetreden.

Verweerder stelt dat er op 15 mei 2015 nog geen indicatie was om een proeflaparotomie te verrichten. Ook was er op deze dag sprake van een stabiele cardiale situatie bij patiënt. Patiënt werd die dag besproken in het plenaire wekelijkse stafoverleg met alle aanwezige medisch specialisten. Dit overleg is bedoeld om tunnelvisie te voorkomen. Bij de chirurgische weekendoverdracht is patiënt nogmaals besproken en nadien door verweerder met een collega-chirurg bezocht. Communis opinio was om tot een afwachtend beleid over te gaan.

Ook na afloop is niet gebleken dat er anders gehandeld had moeten worden. Naar aanleiding van het overlijden van patiënt heeft de ‘onderzoekscommissie calamiteiten en geweld’ van het ziekenhuis een calamiteitenonderzoek volgens de methode PRISMA-analyse verricht. De conclusie van dit onderzoek is dat er geen sprake is geweest van een incident dat gemeld had moeten worden bij de (toenmalige) IGZ. Er was geen sprake van een calamiteit. Niettemin heeft verweerder naar aanleiding van het overlijden van patiënt samen met zijn collega die de operatie uitvoerde en de klachtenfunctionaris overleg gehad met de familie en zijn handelen uitgelegd.

5. Beoordeling van de klacht

5.1

Het college wijst er allereerst op 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 wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2 Eerste en derde klachtonderdeel

Het eerste en derde klachtonderdeel lenen zich voor gezamenlijke behandeling.

Klagers stellen zich op het standpunt dat verweerder de diagnose acute mesenteriale ischemie gemist zou hebben, waarschijnlijk (mede) doordat hij geen rekening zou hebben gehouden met de cardiale comorbiditeit bij patiënt. Het college deelt dit standpunt niet. Op basis van het op 15 mei 2015 verrichte CTA-onderzoek met contrastmiddel van de gehele aorta kan namelijk worden vastgesteld dat er geen tekenen waren van een arteriosclerotisch vaatbed met plaquevorming in de zijtakken van de aorta en de aorta zelf. Met name de arteria mesenterica superior was goed doorgankelijk en toonde eveneens geen afwijkingen. Naar het oordeel van het college was hiermee bij een patiënt zonder hartritmestoornissen, bij ASA- (aspirine)gebruik, bij normale lactaatwaarden bij laboratoriumonderzoek van het bloed de diagnose acute mesenteriale ischemie afdoende onwaarschijnlijk gemaakt.

Ook achteraf blijkt dat de diagnose mesenteriale ischemie niet de juiste zou zijn geweest. De via het CTA-onderzoek niet aantoonbare veneuze trombose van de mesenteriale vaten is post mortem uitgesloten, aangezien in de pathologisch anatomische beoordeling geen sprake blijkt te zijn van thrombi (stolsels) in de in het preparaat aanwezige bloedvaten. Het verwijt aangaande de gemiste diagnose acute mesenteriale ischemie wordt hiermee afgewezen door het college. Hetzelfde geldt voor de stelling dat er onvoldoende rekening gehouden is met de cardiale comorbiditeit bij patiënt. De cardiale situatie van patiënt was stabiel op 15 mei 2015 en gaf geen aanleiding tot ander medisch handelen dan is verricht dan wel het opvragen van nadere gegevens bij de behandelend cardioloog van patiënt.

Ook het verwijt dat verweerder op 15 mei 2015 onvoldoende zorg heeft geboden aan patiënt faalt naar het oordeel van het college. Niet gebleken is dat verweerder te kort is geschoten in zijn onderzoek, noch dat hij op 15 mei 2015 geen afwachtend beleid mocht inzetten. Dat de noodzaak tot het verrichten van de operatie op 15 mei 2015 al aanwezig was, is namelijk niet komen vast te staan. De situatie van patiënt is pas halverwege de nacht van 16 mei 2015 verslechterd. Verweerder is hier tweemaal over gebeld, de laatste keer om 06.00 uur. Het had de voorkeur verdiend als verweerder naar het ziekenhuis was gekomen om de situatie zelf te beoordelen, zeker na het tweede telefoontje. Niettemin acht het college verweerders beslissing om op dat moment te volstaan met de beslissing 'op afstand' dat de intraveneuze vochttoediening en pijnbestrijding opgevoerd moesten worden niet zodanig dat deze hem tuchtrechtelijk verweten behoort te worden. Patiënt leek aanvankelijk goed te reageren op de vochttoediening en de dienst werd niet lang daarna, om 08.00 uur, al overgenomen door een collega, met wie verweerder de situatie doorgesproken heeft. Ook deze gang van zaken kan derhalve de toets der tuchtrechtelijke kritiek doorstaan.

Alles overziend zijn het eerste en derde klachtonderdeel beide ongegrond. Dit betekent dat ook niet kan worden vastgesteld dat verweerders handelen tot het overlijden van patiënt heeft geleid.

5.3 Tweede klachtonderdeel

Klagers hebben bij hun klaagschrift het medisch dossier, voor zover zij daarover beschikken, overgelegd. In het klaagschrift wordt echter nadrukkelijk uitgesproken dat er twijfel over bestaat of het medisch dossier, dat zij van het ziekenhuis hebben ontvangen,

volledig is. Als dit niet het geval is, ligt het op de weg van verweerder om de ontbrekende stukken – voor zover relevant – over te leggen. Verweerder heeft dit tijdens het vooronderzoek niet gedaan, omdat de stukken – waarvan hij een afschrift heeft ontvangen – volgens hem volledig zouden zijn, wat hij ter zitting nog eens bevestigde. Het college mag er dan ook van uitgaan dat dit juist is. Het medisch dossier waarvan het college kennis heeft genomen bestaat – voor wat betreft 15 mei 2015, de dag waarop verweerder feitelijk betrokken was bij de behandeling van patiënt – enkel uit een opnamebericht en het verpleegkundig dossier. Opvallend is dat er geen enkele persoonlijke aantekening van verweerder te vinden is in de stukken, terwijl hij patiënt toch driemaal gezien heeft. Ook ontbreken overigens het laboratorium- en medicatieoverzicht. Het college concludeert op basis van de beschikbare stukken dat verweerder te kort is geschoten in zijn dossiervoering, doordat hij zijn eigen bevindingen nergens heeft vastgelegd. Mocht hij dit wel hebben gedaan dan heeft hij verzuimd de ontbrekende informatie tijdens het vooronderzoek over te leggen. Hoe dan ook, het tweede klachtonderdeel kan bij deze stand van zaken niet anders dan gegrond worden verklaard.

6. Slotsom en motivering van de maatregel

Het voorgaande voert tot de slotsom dat de klacht gedeeltelijk gegrond is. De vraag die nu voorligt, is welke maatregel passend is. Het college is alles overziend van oordeel dat een zakelijke terechtwijzing in de vorm van een waarschuwing volstaat.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege zijn de feiten en omstandigheden door het Regionaal Tuchtcollege grotendeels juist doch niet toereikend vastgesteld. Het Centraal Tuchtcollege zal daarom de relevante feiten en omstandigheden vaststellen, op basis van hetgeen enerzijds is gesteld en anderzijds niet dan wel onvoldoende is weersproken, zulks mede gelet op het verhandelde in beroep. Het Centraal Tuchtcollege gaat uit van de volgende feiten en omstandigheden:

- Klagers zijn de nabestaanden van de heer G. (hierna: patiënt), geboren op

29 oktober 1940 en overleden op 23 mei 2015. Verweerder is als chirurg werkzaam in het H.-ziekenhuis te D. (hierna: het ziekenhuis).

- Op 15 mei 2015 krijgt patiënt plotseling heftige buikpijn. 's Ochtends wordt hij eerst gezien door de huisarts. Deze stelt de waarschijnlijkheidsdiagnose acuut dan wel een geruptureerd atherosclerotisch abdominaal aorta-aneurysma (AAAA/RAAA) en verwijst patiënt naar het ziekenhuis. Aldaar wordt patiënt allereerst op de SEH-afdeling gezien. De arts is op dat moment de dienstdoende chirurg en wordt hoofdbehandelaar van patiënt. Uit CT-onderzoek op de SEH blijkt geen sprake van een aneurysma van de aorta abdominalis te zijn. Wel is er een vochtcollectie ter hoogte van het rectum en geen vrij lucht in het abdomen. Er wordt geen perforatie van de darm of blaas geconstateerd. Ongeveer 15 minuten nadat patiënt na binnenkomst in het ziekenhuis is onderzocht, wordt zijn situatie in breed verband besproken in een stafoverleg. Bij dit overleg zijn onder meer betrokken de arts, collega-chirurg I., een cardioloog, een MDL-arts en een internist. In samenspraak met de SEH-arts en de radioloog, en na dat stafoverleg, komt de arts op basis van achtereenvolgens de bloedwaarden, de bevindingen bij lichamelijk onderzoek en röntgenonderzoek blijkens het opnamebericht tot de volgende conclusie:

1. Acut ontstane buikpijn bij 74-jarige patiënt bekend met hartfalen, vermoedelijk op basis van coprostase [verstopping door ophoping van harde ontlasting, red.]. Bij CT-scan vrij vocht in de buik zichtbaar. DD toch ruptuur niercyste/darm/abces, mogelijk ascites (hartfalen, maligne?) (...)

2. Hyponatriëmie [tekort aan natrium in het bloed, red.], waarschijnlijk bij diuretica.

Patiënt wordt opgenomen op de afdeling chirurgie alwaar de arts een expectatief beleid voert. Hij ziet patiënt op 15 mei 2015 driemaal.

Na het overleg van verweerder met twee collega-chirurgen, in aansluiting aan de weekendoverdracht aan het eind van de middag, heeft de arts voor de avond en nachtdienst met de verpleegkundige de afspraak gemaakt dat hij van de toestand van patiënt op de hoogte zal worden gehouden. Overeenkomstig deze afspraak wordt de arts in de nacht van 15 op 16 mei 2015 tweemaal thuis gebeld door de verpleegkundige. De arts bespreekt telefonisch dat de intraveneuze

LV-vochttoediening moet worden uitgebreid en de pijnbestrijding opgevoerd. Dit gebeurt ook. De situatie van patiënt is in de nacht van 15 op 16 mei 2015 niet zodanig dat de hulp van Spoed Interventie Team moet worden ingeroepen. Om 08.00 uur draagt de arts de dienst over aan collega-chirurg I. (die ook heeft deelgenomen aan eerder genoemd stafoverleg), met wie hij telefonisch de situatie van patiënt bespreekt. I. zet het door de arts gevoerde beleid voort. Eerst in de middag van 16 mei 2015 wordt besloten tot laparotomie onder de werkdiagnose perforatie. Tijdens de operatie wordt contaminatie door faecaal materiaal in het kleine bekken aangetroffen. Als oorzaak wordt in een kluwen dunne darm ten gevolge van uitgebreide adhesievorming (verklevingen), een dubbele perforatie van de darm vastgesteld. Na opname op de IC overlijdt patiënt op 23 mei 2015 aan de gevolgen van een abdominale sepsis en multi-orgaanfalen.

4. Beoordeling van het beroep

Procedure

4.1 In beroep is de schriftelijke klacht over het beroepsmatig handelen/nalaten van de arts nog een keer aan de tuchtrechter ter beoordeling voorgelegd. Het Centraal Tuchtcollege heeft kennis genomen van de inhoud van die in eerste aanleg geformuleerde klacht en het daarover in eerste aanleg door partijen gevoerde debat. Het door het Regionaal Tuchtcollege gevormde zaaksdossier is aan het Centraal Tuchtcollege gestuurd. In beroep is het debat door partijen schriftelijk nog een keer gevoerd, waarbij door ieder van hen standpunten zijn ingenomen naar aanleiding van de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten en de door dat College gegeven beschouwingen en beslissingen. Tijdens de mondelinge behandeling op 8 oktober 2019 heeft de arts zijn standpunt toegelicht.

4.2 In beroep hebben klagers hun klacht herhaald en nader toegelicht. Het beroep strekt ertoe dat de in eerste aanleg ongegrond verklaarde klachtonderdelen alsnog gegrond worden verklaard en dat aan de arts een zware maatregel wordt opgelegd. De arts heeft ten aanzien van dit principaal beroep verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van dit beroep.

4.3 In incidenteel beroep is de arts opgekomen tegen de gegrondverklaring van klachtonderdeel 2. Het incidenteel beroep strekt er primair toe dat dit klachtonderdeel alsnog ongegrond wordt verklaard. Subsidiair is het achterwege laten van het opleggen van een maatregel bepleit.

Beoordeling van het principaal beroep

4.4 Het Centraal Tuchtcollege overweegt dat klagers in beroep alleen die klachten ter beoordeling aan het Centraal Tuchtcollege kunnen voorleggen die in de oorspronkelijke klacht aan het Regionaal Tuchtcollege zijn voorgelegd. Nieuwe klachten vallen buiten het bereik van het beroep. Voor zover in beroep sprake is van uitbreiding van de klacht, kunnen klagers daarin dus niet worden ontvangen.

4.5 Klagers kunnen evenmin worden ontvangen in hun beroep voor zover dat is gericht tegen de gegrondverklaring van klachtonderdeel 2. Immers, het is klagers

krachtens artikel 73 lid 1 van de Wet BIG alleen toegestaan beroep in te stellen voor zover hun klacht is afgewezen of voor zover zij niet-ontvankelijk zijn verklaard in hun klacht.

4.6 De klachtonderdelen 1 en 3 lenen zich voor gezamenlijke bespreking. Met het Regionaal Tuchtcollege deelt het Centraal Tuchtcollege niet het standpunt van klagers dat de arts de diagnose acute mesenteriale ischemie (hierna: AMI) zou hebben gemist, waarschijnlijk (mede) doordat hij geen rekening zou hebben gehouden met de cardiale comorbiditeit bij patiënt. Op basis van het op 15 mei 2015 verrichte CTA-onderzoek met contrastmiddel van de gehele aorta kan namelijk worden vastgesteld dat er geen tekenen waren van een arteriosclerotisch vaatbed met plaquevorming in de zijtakken van de aorta en de aorta zelf. Met name de arteria mesenterica superior was goed doorgankelijk en toonde eveneens geen afwijkingen. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege was hiermee bij een patiënt zonder hartritmestoornissen, bij ASA-(aspirine)gebruik, bij normale lactaatwaarden bij laboratoriumonderzoek van het bloed de diagnose AMI afdoende onwaarschijnlijk gemaakt. Ook achteraf blijkt dat die diagnose niet de juiste zou zijn geweest. De via het CTA-onderzoek niet aantoonbare veneuze trombose van de mesenteriale vaten is post mortem uitgesloten, aangezien in de pathologisch anatomische beoordeling geen sprake blijkt te zijn van thrombi (stolsels) in de in het preparaat aanwezige bloedvaten. Veel wijst er op dat de uitgebreide adhesies (verklevingen) de oorzaak zijn geweest van een dubbele perforatie van de darm. Deze oorzaak is ook vastgesteld bij de operatie. Het verwijt aangaande de gemiste diagnose acute mesenteriale ischemie is dus ongegrond.

Datzelfde geldt voor de stelling van klagers dat er onvoldoende rekening is gehouden met de cardiale comorbiditeit bij patiënt. De cardiale situatie van patiënt was stabiel op 15 mei 2015 en noopte niet tot ander medisch handelen dan is verricht noch tot het opvragen van nadere gegevens bij de behandelend cardioloog van patiënt.

Ook het verwijt dat de arts onvoldoende zorg heeft geboden aan patiënt is naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege ongegrond. Niet is gebleken dat de arts is tekortgeschoten in zijn onderzoek, noch dat hij geen afwachtend beleid mocht inzetten. Het feit dat de arts in de nacht van 15 of 16 mei 2015 niet naar het ziekenhuis is gekomen acht het Centraal Tuchtcollege evenmin tuchtrechtelijk verwijtbaar. De arts werd die nacht tweemaal conform afspraak gebeld door de verpleegkundige, omdat hij op de hoogte wilde worden gehouden van de toestand van patiënt. Hij heeft op basis van de informatie die de verpleegkundige hem gaf, besloten dat de intraveneuze vochttoediening en pijnbestrijding moesten worden opgevoerd. Patiënt leek aanvankelijk goed te reageren op de vochttoediening. De situatie van patiënt was die nacht niet zodanig dat de hulp van Spoed Interventie Team moest worden ingeroepen, laat staan dat sprake was van een noodzaak tot opereren.

4.7 Het voorgaande betekent dat het Centraal Tuchtcollege met het Regionaal Tuchtcollege, zij het deels op andere gronden, de klachtonderdelen 1 en 3 ongegrond verklaart en dat het principaal beroep van klagers faalt.

Beoordeling van het incidenteel beroep

4.8 Het Regionaal Tuchtcollege heeft klachtonderdeel 2 gegrond verklaard, kort gezegd omdat de arts is tekortgeschoten in zijn dossiervoering door zijn eigen bevindingen nergens vast te leggen. Deze beslissing kan naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege geen stand houden. Het Centraal Tuchtcollege stelt vast dat het medisch dossier van patiënt in eerste aanleg is aangeleverd niet door de arts maar door het bestuur van het ziekenhuis waar de arts werkzaam is. De arts heeft steeds in de veronderstelling verkeerd dat de stukken waarover klagers en het Regionaal Tuchtcollege aldus beschikten gelijk waren aan de stukken waarover hij zelf beschikte. In dat per-

spectief heeft hij verweer gevoerd in eerste aanleg. Eerst tijdens de zitting in eerste aanleg op 29 mei 2018 werd het de arts duidelijk dat klagers en het Regionaal Tuchtcollege toch niet beschikten over alle stukken. De arts heeft toen de ontbrekende stukken met het oog op voeging daarvan in het dossier aangeboden, maar het Regionaal Tuchtcollege heeft bij monde van de voorzitter dat aanbod afgewezen op de grond dat het te laat was om nog stukken over te leggen. Het Centraal Tuchtcollege merkt op dat het reeds om redenen van proceseconomie beter zou zijn geweest als het Regionaal Tuchtcollege de door de arts aangeboden stukken wel bij de beoordeling van de klacht zou hebben betrokken.

In beroep heeft de arts die stukken alsnog in het geding gebracht. Daaruit blijkt genoegzaam dat de arts met betrekking tot de behandeling van patiënt aan dossiervoering heeft gedaan en dat hem op dit punt geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt, zodat klachtonderdeel 2 alsnog ongegrond moet worden verklaard.

4.9 Het voorgaande betekent dat het incidenteel beroep van de arts slaagt en dat de klacht alsnog in zijn geheel ongegrond is.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

in het principaal beroep:

verwerpt het beroep.

in het incidenteel beroep:

vernietigt de beslissing waarvan beroep en opnieuw rechtdoende in beroep:

verklaart klachtonderdeel 2 alsnog ongegrond;

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

Deze beslissing is gegeven door: R. Veldhuisen, voorzitter; E.F. Lagerwerf-Vergunst en

B.J.M. Frederiks, leden-juristen en G.J. Clevers en W.J.B. Mastboom, leden-beroeps-genoten en N. Germeraad-van der Velden, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 12 november 2019.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.