c2018.389
ECLI:NL:TGZCTG:2019:274

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2018.389

C E N T R A A L T U C H T C O L L E G E
voor de Gezondheidszorg
Beslissing in de zaak onder nummer C2018.389 van:
A., (vaat)chirurg, werkzaam te B., appellant, tevens verweerder in het incidenteel beroep, verweerder in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. O.L. Nunes,
tegen
C., wonende te D., verweerder in beroep, tevens appellant in het incidenteel beroep, klager in eerste aanleg, gemachtigde: mr. I.P.C. Sindram.

1. Verloop van de procedure

C. - hierna klager - heeft op 18 juli 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen A. - hierna de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 19 juli 2018, onder nummer 181/2017, heeft dat College klachtonderdeel 8 gegrond verklaard en aan de arts de maatregel van berisping opgelegd. Voor het overige is de klacht in al zijn onderdelen afgewezen. De arts is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. Klager heeft een verweerschrift in beroep ingediend, en daarbij is tevens incidenteel beroep ingesteld. De arts heeft vervolgens een verweerschrift in het incidenteel beroep ingediend.
De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 8 oktober 2019, waar zijn verschenen klager, bijgestaan door mr. Sindram, en de arts, bijgestaan door mr. Nunes. De zaak is over en weer bepleit. Beide gemachtigden hebben dat gedaan aan de hand van pleitnotities die zij aan het Centraal Tuchtcollege hebben overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.
2. “DE FEITEN
Op grond van de stukken en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.
De klacht heeft betrekking op de echtgenote van klager, E., hierna patiënte, geboren in 1960 en overleden op 11 maart 2017.
Verweerder is werkzaam in het F.-Ziekenhuis te B., hierna het ziekenhuis.
Patiënte werd eerder, in 1999, in het ziekenhuis behandeld door een andere vaatchirurg voor een arteriële afsluiting in het linkerbeen door middel van urokinase.
In 2000 werd patiënte in een ander ziekenhuis behandeld voor een juxtarenaal abdominaal aneurysma. Tijdens deze ingreep is met een open procedure een klassieke aorta-buisprothese ingehecht.
In verband met pijnklachten in de buik en blaasontstekingen werd op 9 januari 2017 een echo gemaakt. Hierbij werd een toevalsbevinding gedaan van een aneurysmatische verwijding distaal van de aortabuisprothese, waarop patiënte door haar huisarts werd verwezen naar het ziekenhuis. Zij werd op 23 januari 2017 poliklinisch gezien door verweerder. Bij de bezoeken op de polikliniek werd patiënte vergezeld door klager, haar

echtgenoot. Aansluitend aan dit eerste poliklinische consult werd een CTA (CT-angiografie) verricht, waarbij proximaal (direct onder de nierslagaderen en distaal) een naadaneurysma aan het licht kwam van respectievelijk 72 en 43 mm. Daarnaast bleek dat de linker nierslagader gecomprimeerd werd door het proximale naadaneurysma.
Op 25 januari 2017 zijn in een volgend consult door verweerder de gegevens van de CTA poliklinisch besproken met patiënte.
Op 31 januari 2017 is de CTA besproken in het Multi Disciplinair Overleg (MDO).
Er werd, na uitvoerig overleg met meerdere fabrikanten van endovasculair prothesemateriaal, besloten tot het inbrengen van een Nellix-prothese in de bestaande buisprothese en 4 chimney's naar de viscerale vaten en naar de nierslagaderen.
Op 1 februari 2017 vond het derde poliklinische consult plaats bij verweerder.
Op 22 februari 2017 vond ter voorbereiding op de operatie een stenting van de linker nierslagader plaats.
Op 9 maart 2017 vond de operatie plaats met verweerder als eerste operateur. Verweerder had drie jaar ervaring met de uitgevoerde procedure en voerde deze uit in teamverband met een ervaren vaatchirurg en een ervaren interventieradioloog.
Onder verrichtingen vermeldt het verslag: "endovasculaire uitschakeling door middel van een C-Tag Chimney en Nellix Chimney sandwich techniek". Samengevat werd na het vrijleggen van de liesslagaders en de slagader van de linkerarm eerst via de armslagader twee Viabahn-stents ingebracht in twee darmslagaderen. Vanuit de lies werd vervolgens een Gore-aortastent ingebracht. Onder röntgencontrole werden deze drie stents ontplooid en nageballoneerd zonder dat er sprake was van taillering. Vervolgens werden door de aortastent wederom vanuit de armslagaders twee V12-stents in beide nierslagaders geplaatst en vanuit beide liezen twee Nellixstents. Bij controle angiografie in twee richtingen werden een goede positionering, ontplooiing en doorgankelijkheid van de stents gezien en exclusie van de aneurysmata.
Verweerder heeft aan klager de geslaagde en vlotte operatie doorgebeld.
Patiënte arriveerde om 14.23 uur op de verkoeverkamer. De anesthesist is daar, als gebruikelijk, de hoofdbehandelaar. Om 14.28 uur werd een VAS- of NRS-score (eigen opgave van de ervaren pijn) genoteerd van drie.
In opdracht van de anesthesist werd labonderzoek van het bloed uitgevoerd. Om 14.56 uur werd een lactaatwaarde van 3.1 gemeten.
Verweerder zag patiënte rond 15.00 uur op de verkoeverkamer. Op de recovery werd om 15.08 uur genoteerd: "[naam verweerder] geweest. buikpijn neemt toe controles stabiel buik soepel. Hb controle om 18 uur. gevoel in linker arm neemt toe, echter hand is nog verdoofd. (..) ".
Om 15.58 uur was de pijnscore zeven, om 16.41 uur was deze vier.
Verweerder heeft het ziekenhuis aan het einde van die middag verlaten. Hij had geen avond- en nachtdienst van maandag 6 tot en met zondag 12 maart 2017.
Patiënte arriveerde om 17.00 uur op de Medium Care afdeling. De intensivist is daar de hoofdbehandelaar.
Om 17.37 uur werd een pijnscore genoteerd van 9. Rond 18.00 uur werd patiënte beoordeeld door een aios chirurgie. Deze noteerde onder meer:
"Bij aankomst MC pijn in de buik en in de rug. Zit in de rechter flank. Bij aanwijzen pijn in de buik rechts naast de navel. Geen koorts, goede hemodynamiek zonder ondersteuning. Abd: P+,WT, slanke buik, drukpijn rechts naast de navel echter diepe palpatie mogelijk. Oogt niet geprikkeld of acuut Geen flankpijn. Nu arterieel bloedgas met lactaat, eerder 3.1. Indien persisterend hoog lactaat en pijn MDL voor scopie bij verdenking darmischaemie. Aan dienstdoende collega [G., RTC] overgedragen. "

De aios chirurgie heeft opdracht tot lactaatmeting gegeven rond 18.14 uur. Uit achteraf onderzochte logginggegevens van het laboratorium blijkt dat de meting om 18.36 uur is uitgevoerd maar dat het resultaat hiervan - om onduidelijk gebleven redenen veel later dan gebruikelijk - om 19.58 uur beschikbaar was. De MC-verpleegkundige heeft meteen hierop G. gebeld die op dat moment betrokken was bij een spoedoperatie. Deze is uitgestapt uit deze operatie en heeft patiënte om 20.10 uur onderzocht.
Het verpleegkundig dossier vermeldt over die middag, voor zover van belang:
"Mevr kwam om 17.00 uur op de afdeling. (..) Neuro: adequaat, veel pijnklachten in re onderbuik, kreeg morfine. 18 uur beoordeeld door chirurg, lab afgenomen. Bleef pijnklachten houden, kreeg iom arts 2x 2.5 mg morfine extra. lactaat 20 uur bekend, 7.9. chirurg gebeld, kwam mevr. beoordelen. Kreeg scopie + ging voor CTA. Nog geen uitslag gehoord. (..)
Om 20.43 uur noteerde G.:
"Uitslag van lactaat komt vertraagd binnen: Lactaat 7.9.
Patiënte opnieuw beoordeeld. Pijnlijke onderbuik, voelt zich verder redelijk. (..) Geen ontlasting gehad sinds OK. LO/Abdomen soepel, palpatie verhoogt pijnklachten niet, niet geprikkeld. (..) Conclusie: 1. Buikpijnklacht. DD ischemie vanuit occlusie AMS, truncus, Toch AMI? Overleg [RTG: namen dienstdoende gastro-enterologisch chirurg en verweerder]: Scopie verrichten door MDL, indien afwijkingen, diagnostische laparoscopie, indien geen afwijkingen CTA. N.B. Overwegen verrichten diagnostische laparoscopie indien nog geen goede verklaring na aanvullende diagnostiek? (..) Controle lactaat over 2 uur."
Om 22.15 uur werd een sigmoïdscopie uitgevoerd door de MDL-arts. Gekeken werd tot in het colon transversum tot 70 cm. Over het traject van 50-35 werd blijkens het verslag "milde bleekheid van de mucosa gezien met verdwenen vaattekening. Verder geen tekenen van ischemie."
Om 23.25 uur werd een lactaat gemeten van 10.6. Om 23.30 uur vond een CTA plaats. Genoteerd is in het patiëntendossier: "Compressie en occlusie van de stent in de AMS, coeliaca. Tevens occlusie rechternier stent. Suggestie van darmischemie, gezien achterblijvende colon aankleuring met dilatatie. >[RTG: afkorting naam verweerder] op de hoogte, belt zelf met int. Radioloog."
Verweerder heeft patiënte daarop in de nacht van 9 op 10 maart 2017 samen met collega's geopereerd via laparotomie. Ten gevolge van de afsluitingen was er sprake van een ischemisch rechtercolon en dunnedarm, een necrotische galblaas en een slecht doorbloede lever en maag. Een dubbele bypass werd aangelegd van de art. iliaca naar de art. mesenterica superior en art. hepatica. Tevens werden de galblaas en het rechterdeel van de dikke darm verwijderd.
Op 10 maart 2017 nam verweerder ook deel aan de geplande zogenaamde "second look operatie". Het verslag vermeldt over de verrichtingen: "bypass is open, geen transmurale darmischemie. Matig gestelde lever. Inhechten eindstandig ileostoma rechts onder."
Bij patiënte ontwikkelde zich vervolgens een multi orgaanfalen. Toen verweerder telefonisch niet bereikbaar was, werd in de nacht van 10 op 11 maart 2017 de dienstdoende vaatchirurg (in H.) geconsulteerd. In collegiaal overleg werd een heroperatie niet zinvol geacht. In de loop van de nacht ontwikkelde patiënte een septische shock waarna om 8.47 uur besloten werd tot abstineren. Op 11 maart 2017 om 12.29 uur is patiënte overleden.
De intensivist op de IC heeft het overlijden besproken met de familie, genoteerd dat er geen obductie zou plaatsvinden en een verklaring van natuurlijk overlijden afgegeven.

Verweerder heeft het overlijden gemeld bij het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft het overlijden niet gemeld bij de Inspectie omdat de casus niet werd beschouwd als calamiteit.
Op 30 mei 2017 is een rapportage intern hoogrisicomelding (VIM-rapport) opgesteld door derden. De conclusie luidt, voor zover van belang: "Het overlijden van patiënte is een complicatie van het occluderen van de stent in de truncus coeliacus en de arteria mesenterica superior, waardoor een ischemisch colon is ontstaan, wat uiteindelijk heeft geleid tot een onomkeerbaar multi-orgaanfalen. (..) Voorafgaand aan de operatie is vastgesteld dat de omvang van de aorta passend was voor de uitgekozen stent. Achteraf wordt vermoed dat de stent door uitwendige mechanische druk is geoccludeerd. (..) Obductie heeft niet plaatsgevonden waardoor verder onderzoek naar de oorzaak niet heeft kunnen plaatsvinden. Deze complicatie is dus niet voorzien. Risico's zijn voorafgaand aan de OK met patiënte besproken en de patiënt was akkoord. (..) Dit is niet vastgelegd in het EPD (of elders). Deze kleine tekortkoming heeft geen causaal verband met het ontstane letsel. De postoperatieve opvang op de MC en IC zijn passend bij de situatie verlopen. Waar ruimte voor discussie is ontstaan, is de tijd die de diagnostiek van het ischemisch colon heeft gekost. Diagnostiek heeft volgens geldende afspraken plaats gehad met een bewust en in overleg gekozen volgorde: d.w.z. eerst scopie en daarna CT-scan. In het specifieke geval van deze melding zou het achterwege laten van de colonscopie eerder hebben geleid tot een re-operatie , waarmee mogelijk het darmweefsel minder schade zou hebben opgelopen. Het is niet vast te stellen of dit invloed zou hebben gehad op het beloop. (..) Het multi orgaan falen is volgens richtlijn en afspraken behandeld op MC en IC."
Blijkens de op 31 maart 2017 in EZIS ingevoerde gegevens is de casus van patiënte op 17 maart 2017 besproken in de reguliere complicatiebespreking. Op 10 april 2017 is de casus in de plenaire necrologiebespreking gepresenteerd.
Op 12 september 2017 is er (namens klager) een melding van het overlijden van patiënte gedaan bij de Inspectie. Genoemde rapportage van intern onderzoek is aan de Inspectie gezonden en er zijn aanvullende vragen door het ziekenhuis beantwoord. Ook het bedrijf dat het materiaal heeft geleverd heeft nog gereageerd op de melding. Bij brief van 14 februari 2018 heeft de Inspectie aan de voorzitter van de raad van bestuur van het ziekenhuis laten weten dat "hetgeen patiënte is overkomen geen betrekking heeft gehad op de kwaliteit van zorg". De Inspectie zag geen aanleiding voor nader onderzoek en heeft de melding gesloten.
Bij rapport van 15 maart 2018 heeft vaatchirurg I. op verzoek van verweerder zijn visie op de casus van patiënte gegeven. Zijn conclusie luidt - verkort weergegeven - dat de voor de naadaneurysmata geïndiceerde operatie volgens plan was uitgevoerd. De stentgrafs naar de truncus coeliacus en a mesenterica superior waren niet goed ontplooid dan wel secundair gecollabeerd, terwijl dat tijdens de operatie niet herkend is. Ook zijns inziens leken deze stents op angiografie goed te functioneren. Een evidente oorzaak voor het ook dicht gaan zitten van de stentgraft naar de rechter nierslagader is uit de status en de beeldvorming voor hem niet duidelijk geworden. Postoperatief is er zijns inziens voldoende aandacht geweest voor de buikklachten van patiënte. De verontrustende labuitslagen zijn te lang onbekend gebleven. De coloscopie heeft geleid tot vertraging maar was op dat moment verdedigbaar. Daarna is adequaat gehandeld door te opereren. Helaas was dit voor patiënte te laat.
3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT
Klager verwijt verweerder - zakelijk weergegeven - dat hij:
1. onvoldoende informatie heeft verschaft omtrent de risico's van de ingreep;

2. onvoldoende ervaring had met deze operaties, althans geen informatie heeft verschaft omtrent zijn eigen ervaring daarmee;
3. de operatie heeft doorgezet ondanks de bedenkingen van klager;
4. de toenemende pijnklachten in combinatie met het verhoogde lactaat om 14.56 uur heeft genegeerd en daarmee een fatale delay heeft laten ontstaan in de behandeling;
5. in strijd met protocol en toenemende pijnklachten, die medicamenteus werden onderdrukt, drie uur heeft laten verlopen voor het prikken van het volgende lactaat en vervolgens weer twee uur voordat de uitslag bekend was;
6. de pijnklachten met medicatie heeft bestreden in plaats van erop te reageren;
7. patiënte heeft overgedragen ondanks verdenking darmischemie en levensbedreigende toestand;
8. telefonisch heeft ingestemd met een coloscopie om 22.15 uur terwijl een CTA aangewezen was, waarmee nog meer kostbare tijd verloren is gegaan;
9. onbereikbaar was in de nacht van 11 maart 2017;
10. heeft toegelaten dat de doodsoorzaak als "natuurlijk" is aangemeld;
11. geen obductie heeft aangevraagd;
12. VIM-onderzoek heeft gebruikt om zijn fouten te verdoezelen;
13. heeft verzuimd om deze casus te bespreken in een complicatie- of overlijdensbespreking;
14. In strijd met artikel 11 lid 1 onder a WKKGZ heeft verzuimd om de casus te melden bij de IGZ, althans in strijd daarmee heeft toegelaten dat dit niet is gebeurd.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij het overlijden van patiënte betreurt maar dat hij heeft gehandeld zoals van een redelijk bekwaam beroepsbeoefenaar in de gegeven omstandigheden verwacht mocht worden.
Zijn argumenten worden hierna in de overwegingen meegenomen. Na het overlijden heeft verweerder drie gesprekken gevoerd met klager in bijzijn van een familielid. Deze zijn met zijn toestemming opgenomen. Ook een collega heeft nog met klager gesproken.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1
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 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.

5.2 de klachtonderdelen 1 en 3
Alhoewel de poliklinische aantekeningen niet zijn overgelegd, moet op basis van het rapport naar aanleiding van de VIM-melding en van een brief van de raad van bestuur van het ziekenhuis aan de Inspectie van 20 december 2017 ervan worden uitgegaan dat verweerder geen aantekening heeft gemaakt in het dossier van het informed consent. Dit is, om goede redenen, wel vereist. Het nalaten daarvan heeft in dit geval echter

geen tuchtrechtelijke gevolgen omdat de klacht hier expliciet niet op ziet. Los van het formele vereiste van aantekening van het informed consent, kan ook op andere wijze aannemelijk worden dat hiervan sprake was. In dat kader overweegt het college het volgende. Vast staat dat verweerder patiënte (en klager) in drie consulten stapsgewijs heeft betrokken bij zijn diagnostisch proces. Op basis van hetgeen partijen in deze procedure hebben gesteld en van de overgelegde geluidopnames van de gevoerde nagesprekken staat vast, dat patiënte geen open procedure wilde in verband met slechte ervaringen in 2000, dat verweerder tekeningen heeft laten zien, dat klager kritisch was op de voorgestelde aanpak, dat de kans op overlijden is genoemd en dat patiënte hier rekening mee hield. Al met al acht het college het aannemelijk dat verweerder patiënte voldoende heeft geïnformeerd en dat zij op basis daarvan haar toestemming heeft gegeven. Er was sprake van een bijzondere en ingewikkelde procedure die per definitie niet in grote aantallen wordt uitgevoerd, maar dat maakt de ingreep (anders dan klager stelt) niet experimenteel. Gelet op de bedreigingen in diverse arteriën bij klaagster was het verdedigbaar dat verweerder de nadien uitgevoerde ingreep voorstelde en dat hij daarbij is voorbijgegaan aan eventuele bedenkingen daarbij van klager. Uiteindelijk is de kans op de complicatie die zich hier heeft voorgedaan, waarvan de exacte oorzaak overigens nog steeds niet zeker is, zo gering dat verweerder patiënte daar niet concreet op hoefde te wijzen. Deze klachtonderdelen zijn dus ongegrond.

5.3 klachtonderdeel 2

Op basis van hetgeen verweerder heeft gesteld en overgelegd ten aanzien van zijn ervaring met gecompliceerde vaatchirurgische operaties, alsmede van het rapport van I., kan ervan worden uitgegaan dat hij voldoende ervaring had met een operatie als hier aan de orde. Daarbij dient bedacht te worden dat deze specifieke ingreep weliswaar bijzonder en ingewikkeld was, maar dat de daarbij toegepaste technieken op zichzelf niet anders zijn dan bij andere, vaker voorkomende vaatoperaties.

5.4 klachtonderdeel 4

Dit klachtonderdeel gaat eraan voorbij dat patiënte na de operatie op de verkoeverkamer verbleef onder verantwoordelijkheid van de anesthesist en dat onder diens verantwoordelijkheid de lactaatbepaling is aangevraagd. Het staat niet vast dat verweerder op de hoogte is gesteld van de lactaatbepaling en hij hoefde zich daar ook niet eigener beweging van op de hoogte te stellen. Bij een verontrustend resultaat was het aan de afdeling om actie te ondernemen, waaronder eventueel het raadplegen van verweerder. Overigens is het college met verweerder van oordeel dat een lactaat van 3.1 kon passen bij de ingreep en op zichzelf niet verontrustend was. Verweerder kwam rond 15.00 uur bij patiënte langs om haar te beoordelen en het op dat moment in zijn ogen goede resultaat van de operatie aan haar te melden. De pijn, die naar aangenomen moet worden op dat moment nog niet ernstig was en in de buik gelokaliseerd, kon eveneens worden geduid als gevolg van de ingreep. Ook dit klachtonderdeel is dus ongegrond.

5.5 De klachtonderdelen 5, 6, 7, 9, 10 en 11.

Het college wijst erop dat verweerder na de operatie op een beperkt aantal momenten bij patiënte betrokken is geweest: toen hij de geslaagde operatie met patiënte besprak, toen hij thuis gebeld werd door G., toen hij heeft deelgenomen aan de heroperatie van patiënte en tenslotte toen hij deelnam aan de second look-operatie. Daarbuiten was verweerder niet betrokken bij patiënte en viel zij onder de verantwoordelijkheid van andere specialisten. Hun handelen of nalaten kan niet in tuchtrechtelijke zin verweerder worden aangerekend. Dit geldt voor het beleid op de afdeling Medium Care, de overdracht op 9 maart 2017 om 16.00 uur, het feit dat men verweerder om een of andere reden niet kon bereiken in de nacht van 10 op 11 maart 2017 (verweerder had toen

immers geen dienst en hoefde niet te allen tijde bereikbaar te zijn), het bespreken door de intensivist van het overlijden en de mogelijkheid van obductie met de familie en diens kwalificeren van het overlijden als natuurlijk. Niet of onvoldoende is toegelicht en evenmin is gebleken waarom verweerder, ondanks het feit dat hij niet betrokken was, toch de tuchtrechtelijke verwijten vallen te maken als genoemd in de bovengenoemde klachtonderdelen. Deze klachtonderdelen zijn dus eveneens ongegrond.

5.6 Klachtonderdeel 8

In het overleg tussen G. en verweerder op 9 maart 2017 om 20.15 uur is ervoor gekozen om eerst een sigmoïdscopie uit te voeren en daarna eventueel een CTA. Het college kan zich niet vinden in de onderbouwing van deze keuze. Er was sprake van een verhoogd lactaat, maar daarnaast was vooral de voortdurende pijn, soms minder maar soms ook zeer ernstig, het eerste en in die fase in feite het enige symptoom dat kon duiden op een zich ontwikkelende ischemie. De kans op overlijden is zeer hoog als er daadwerkelijk sprake van darmischemie en het tijdsverloop heeft grote invloed op de overlevingskansen. Daarom moet een darmischemie met de grootst mogelijke spoed worden aangetoond danwel uitgesloten. Het starten met een sigmoïdscopie, al dan niet op basis van werkafspraken, is verdedigbaar als standaardaanpak na infrarenale aortachirurgie waarbij het laatste deel van de dikke darm en het sigmoïd mogelijk bedreigd worden. Als echter een postoperatieve obstructie van de chimneystents in de Truncus Coeliacus en de Arteria Mesenterica Superior tot de mogelijkheden behoort, zal ischemie van de dunne darm, de lever, de galblaas en de pancreas kunnen optreden. Dan is het niet logisch eerst het sigmoïd te onderzoeken (dat ook van bloed wordt voorzien vanuit de aorta/iliaca interna) omdat bij een occlusie van de genoemde arteriën niet de bloedvoorziening naar dit deel van het colon, maar naar de dunne darm wordt belemmerd. Een CTA kan ook sneller worden uitgevoerd dan een sigmoïdscopie, waarvoor immers in de avonduren een MDL-arts met een team in het ziekenhuis moet komen. Daarnaast geeft een CTA, anders dan door verweerder gesteld, ook informatie over de doorbloeding van de vaatwand en heeft het voorts als voordeel boven een sigmoïdscopie dat meteen ook de ligging, de vorm en de doorgankelijkheid van de stents kunnen worden beoordeeld. Een CTA was reeds in 2010 het onderzoek van eerste keus (zie Diagnostic Accuracy of Multidetector CT in Acute Mesenteric Eschemia, Jan Menke, MD, Radiology, volume 256. Number 1 – July 2010). Gegeven de zeer bedreigde situatie wogen deze voordelen van een CTA alleszins op tegen een verhoogde stralingsbelasting en contrastbelasting voor de nieren, dit laatste zeker gezien de pre- en postoperatief acceptabele nierfunctie. Kortom, dit klachtonderdeel is gegrond.

5.7 Klachtonderdeel 12

Niet valt in te zien dat verweerder het VIM-onderzoek heeft gebruikt om zijn fouten te verdoezelen. Niet bestreden is dat het onderzoek is uitgevoerd door een niet bij de casus betrokken lid van de onderzoekscommissie. De gegevens in het onderzoeksrapport zijn overgenomen uit het medisch dossier. Dit verder niet onderbouwde klachtonderdeel is derhalve niet gegrond.

5.8 Klachtonderdeel 13

Verweerder heeft als reactie op dit klachtonderdeel concreet aangegeven op welke data de casus is besproken. Klager is hier niet op teruggekomen. Derhalve ontbreekt feitelijke grondslag voor dit klachtonderdeel en is het dus eveneens ongegrond.

5.9 Klachtonderdeel 14

Verweerder heeft het gelijk aan zijde waar hij in zijn reactie op dit klachtonderdeel naar voren brengt dat het aan de zorgaanbieder, het ziekenhuis, en niet aan hem was om eventueel een melding te doen bij de Inspectie. Dit klachtonderdeel slaagt dus evenmin.

5.10 De maatregel

Op de gegrondheid van klachtonderdeel 8 dient een maatregel te volgen. Bij de bepaling hiervan is van belang dat er bij het overleg tussen G. en verweerder verdenking was op een ischemie, dat een ischemie spoedig tot de dood kan leiden en dat dit dus met de grootst mogelijke spoed moet worden aangetoond of uitgesloten. Verder is van belang dat verweerder als betrokken operateur geacht moet worden bij uitstek op de hoogte te zijn geweest van de details van de operatie en als ervaren en deskundig vaatchirurg zich had moeten realiseren dat een sigmoïdscopie, zeker in verhouding tot een CTA, bij een status na een eerdere aortabuisprothese onvoldoende nuttige informatie zou opleveren en slechts tot kostbaar tijdsverlies zou leiden. Hier komt bij dat verweerder zijn beslissing tot in de zitting is blijven verdedigen en het college niet de indruk heeft gegeven dat het beleid in het ziekenhuis voldoende is aangepast. Tegen deze achtergrond kan geen lichtere maatregel dan een berisping worden opgelegd."

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hiervoor onder "2. De feiten" zijn weergegeven.

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 is dat debat voortgezet.

4.2 In beroep is de arts opgekomen tegen de gegrondverklaring van klachtonderdeel 8 en de daarop gegronde maatregel.

Het beroep strekt ertoe dat dit klachtonderdeel alsnog ongegrond wordt verklaard. Klager heeft ten aanzien van dit principaal beroep verweer gevoerd en geconcludeerd tot de verwerping daarvan.

4.3 In incidenteel beroep is klager opgekomen tegen de ongegrondverklaring van de klachtonderdelen 1, 4 en 11. Het incidenteel beroep strekt ertoe dat deze klachtonderdelen alsnog gegrond worden verklaard. De arts heeft ten aanzien van dit incidenteel beroep gemotiveerd verweer gevoerd, primair geconcludeerd tot niet-ontvankelijkverklaring van klager in dit beroep, en subsidiair geconcludeerd tot verwerping van dit beroep.

Beoordeling

4.4 Het voorgaande betekent dat in beroep alleen de klachtonderdelen 1, 4, 8 en 11 aan het oordeel van het Centraal Tuchtcollege zijn onderworpen. Bij de beoordeling daarvan stelt het Centraal Tuchtcollege, met het Regionaal Tuchtcollege, voorop 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 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.

Principaal beroep

4.5 Anders dan het Regionaal Tuchtcollege acht het Centraal Tuchtcollege klachtonderdeel 8 ongegrond. De stentplaatsing bij patiënte op 9 maart 2017 verliep vlot en was aanvankelijk volledig geslaagd. Dit volgt ook uit een controle-angiogram. De buikpijn die nadien bij patiënte ontstond en de om 14.56 uur gemeten lactaatwaarde van 3.1 konden passen bij de ingreep en waren op zichzelf niet verontrustend. Later bleek de lactaatwaarde sterk verhoogd naar 7.9. Dit kan verschillende oorzaken hebben. In genoemde omstandigheden kan worden gedacht aan een obstructie van de geplaatste stents, maar ook aan een dikke darm ischemie (onvoldoende doorbloeding van de dikke darm). Voor het vaststellen van een obstructie van de stents is een CTA de geschikte en adequate onderzoeksmethode. Voor het vaststellen van een dikke darm ischemie is dat het uitvoeren van een sigmoïdscopie. Mede vanwege de volledig geslaagde ingreep en het fraaie resultaat daarvan zoals dat was te zien bij de controle angiografie, is in overleg tussen G. en de arts op 9 maart 2017 om 20.15 uur ervoor gekozen om eerst een sigmoïdscopie uit te voeren en daarna eventueel een CTA. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege was die keuze, gelet op de feiten en omstandigheden op dat moment, verdedigbaar. Dat achteraf is gebleken dat deze keuze tot kostbaar tijdsverlies heeft geleid, maakt niet dat daarmee die keuze onjuist is en daarmee tuchtrechtelijk onder de maat is geweest.

4.6 Dit betekent dat het principaal beroep van de arts slaagt.

Incidenteel beroep

4.7 Het verweer dat is gericht tegen de ontvankelijkheid van klager in het door hem ingestelde incidenteel beroep faalt.

Vooropgesteld zij dat het enkele feit dat klager het door hem aanvankelijk ingestelde principaal beroep heeft ingetrokken, niet maakt dat hem niet (meer) het recht toekomt om in het door de arts ingestelde principaal beroep op zijn beurt incidenteel beroep in te stellen. Het Centraal Tuchtcollege overweegt voorts en ten overvloede dat het, gelet op de feiten en omstandigheden van dit geval, volkomen begrijpelijk is dat klager op deze manier heeft gehandeld. Immers, door een misverstand was de gemachtigde van klager niet op de hoogte van het door de arts ingestelde beroep. Om een dubbele procedure te voorkomen heeft de gemachtigde van klager vervolgens in overleg met de secretaris van het Centraal Tuchtcollege het door klager ingestelde beroep ingetrokken. Daarbij heeft hij zich het recht voorbehouden verweer te voeren tegen het door de arts ingestelde beroep en incidenteel te appelleren voor zover de klachten in eerste aanleg zijn afgewezen.

4.8 Met betrekking tot de klachtonderdelen 1, 4 en 11 onderschrijft het Centraal Tuchtcollege de juistheid van de overwegingen van het Regionaal Tuchtcollege, zoals deze zijn weergegeven in de bestreden beslissing onder 5.2, 5.4 en 5.5. Het Centraal Tuchtcollege neemt deze overwegingen over en maakte deze tot de zijne. Ten aanzien van klachtonderdeel 4 merkt het Centraal Tuchtcollege nog op dat de om 14.59 uur gemeten lactaatwaarde van 3.1, zoals reeds hierboven overwogen, kon passen bij de ingreep, en niet zodanig hoog was dat op dat moment actie moest worden ondernomen.

4.9 Het voorgaande betekent dat de klachtonderdelen 1, 4 en 11 ongegrond zijn en dat het incidenteel beroep van klager faalt.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

in het principaal beroep:

vernietigt de beslissing waarvan beroep en opnieuw rechtdoende in beroep:

verklaart klachtonderdeel 8 alsnog ongegrond (hetgeen meebrengt dat de in eerste aanleg opgelegde maatregel komt te vervallen);
in het incidenteel beroep:
verwerpt het beroep.
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.