16/268

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 25 juli 2016 binnengekomen klacht van:

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG,
kantoorhoudende te Utrecht,
k l a a g s t e r,
verder te noemen: IGZ,
vertegenwoordigd door:
drs. J. Haeck, senior inspecteur,
mr. I. de Groot, advocaat,

tegen

A,
longarts,
werkzaam te B,
v e r w e e r d e r,
gemachtigde: mr. T.A.M. van den Ende en mr. A.F.H. ten Brummelhuis, beiden advocaat te Zwolle.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van:
- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- de op 23 september 2016 binnengekomen brief van de gemachtigden van verweerder met de bijlage;
- de op binnengekomen op 8 november 2016 productie 19 behorende bij het verweerschrift;
- de op 10 januari 2017 binnengekomen brief van de gemachtigde van klaagster met als bijlage het rapport van de C d.d. 16 december 2016;
- de op 20 januari 2017 binnengekomen brief van de gemachtigden van verweerder met als bijlagen de producties 20-22 bij het verweerschrift;
- de op 24 januari 2017 binnengekomen brief van de gemachtigde van klaagster;
- de brief van de voorzitter van het college van 26 januari 2017 inhoudende dat productie 22 buiten beschouwing wordt gelaten.

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

De klacht is op een openbare zitting behandeld. Partijen waren aanwezig. Ter zitting werd de Inspectie vertegenwoordigd door drs. Haeck en mr. De Groot voornoemd, alsmede door mevrouw Y. van der Tuijn. Verweerder werd bijgestaan door zijn genoemde gemachtigden. Van de zijde van IGZ en verweerder is een toelichting gegeven aan de hand van pleitaantekeningen die aan het college en aan elkaar zijn overgelegd. Tevens was op verzoek van IGZ aanwezig de getuige-deskundige D, internist en hoofd van de afdeling Interne geneeskunde van het E en lid van de Raad van Bestuur van E. Op verzoek van verweerder was als getuige-deskundige aanwezig F, longarts en professor bij het G te H.

2. De feiten

2.1 Verweerder is sinds oktober 2001 in het BIG-register als longarts geregistreerd. Hij is als zodanig werkzaam in het I (verder: het ziekenhuis). Het ziekenhuis heeft vestigingen in J, B en K. Het hanteert een bilocatiemodel met een Spoedeisende Eerste Hulp (verder: SEH) op de locaties J en B. De locatie B heeft een Acute Opname Afdeling (verder: AOA), waar in beginsel alle patiënten opgenomen worden indien er een opname-indicatie is na SEH bezoek. Vanaf de AOA worden de patiënten binnen 48 uur overgeplaatst naar een specialistische verpleegafdeling. De verpleegafdeling longziekten is op locatie B. De meeste specialismen, zoals de longgeneeskunde en interne geneeskunde, houden poliklinisch spreekuur op alle locaties.

2.2 Verweerder was op 3 november 2014 de dienstdoende longarts voor onder andere de SEH J en hield spreekuur op de locatie B.

2.3 Op 3 november 2014 meldde patiënt, geboren november 1992, zich met zijn moeder om 12.36 uur op de SEH van locatie J.

2.4 In het verslag van de intake door de triageverpleegkundige is genoteerd dat patiënt last had van een gevoel van algehele malaise, benauwdheid en pijn aan schouders en armen. Verder is genoteerd: "triageschema: algehele malaise/zieke volwassene. Discriminator: Matige pijn. Triage: geel=binnen 60 min". Ook staat vermeld: *'(…) gister te zwaar getild, iemand verhuisd. Nu pijn; Toelichting: al enige tijd niet lekker. Was tophockeyer, gestopt rond 18e, daarna gewichtsverlies.'*

2.5 De triageverpleegkundige vond de situatie van patiënt zorgwekkend (er was sprake van een zogenoemd niet-pluisgevoel), waardoor patiënt relatief snel is gezien door de dienstdoende arts-assistent (arts-assistent 1). Deze arts-assistent werkte sinds juli 2014 als ANIOS (arts niet in opleiding tot specialist) interne geneeskunde bij het ziekenhuis. Tijdens haar inwerkperiode heeft de arts-assistent onder andere een cursus ECG-interpretatie gehad als onderdeel van het introductieprogramma voor nieuwe arts-assistenten.

2.6 Omdat patiënt niet door de huisarts was ingestuurd naar het ziekenhuis (het ging om een zogenaamde zelfverwijzing), werd hij aanvankelijk ingeschreven op naam van de dienstdoende internist.

2.7 Op initiatief van arts-assistent 1 is onder meer onderzoek verricht in de vorm van een oriënterend algemeen laboratoriumonderzoek, een arterieel bloedgas, een X-thorax en een ECG.

Het laboratoriumonderzoek toonde het volgende: CRP 63 mg/l, BSE 23 mm, Hb 6,5 mmol/l, MCV 80, IJzer 3,5 umol/l, leucocyten 9,9 x 10^E/l, Ureum 9.3 mmol/l, kreatinine 128umol/l

GFR > 60ml/min, Natrium 128 mmol/l, Kalium 5,2 mmol/l, Kreatinine 128 mmol/l, chloride 95 mmol/l D-dimeer 0.27 mg/l. Arteriële bloedgasanalyse: pH 7.39, pCO2 4,3 kPa, pO2 13,7 kPa . Act Bic 19,6 mmol/l, BE -4,8 mmol/l, O2 sat 0,99.

2.8 Op basis van de X-thorax bestond bij arts-assistent 1 het vermoeden dat sprake was van een partiële pneumothorax links (klaplong). Verweerder (longarts) werd naar aanleiding van deze bevinding vanaf dat moment aangemerkt als hoofdbehandelaar van patiënt, nadat in eerste instantie een internist (administratief) was aangewezen als hoofdbehandelaar. Geen van beide specialisten was op dat moment op de hoogte gebracht van de aanwezigheid van patiënt op de SEH van locatie J. Arts-assistent 1 heeft na haar onderzoek van patiënt telefonisch contact opgenomen met verweerder voor overleg. Verweerder, op dat moment werkzaam op locatie B, heeft de X-thorax op zijn scherm beoordeeld. Verweerder twijfelde aan het daadwerkelijk bestaan van een pneumothorax en heeft arts-assistent 1 gevraagd een tweede X-thorax te laten maken (in expiratie).

Arts-assistent 1 heeft ook het (door haar als normaal beoordeelde) ECG met verweerder besproken. Verweerder ging bij zijn beoordeling daarvan af op wat arts-assistent 1 beschreef, aangezien hij het ECG op afstand niet kon inzien. Op basis daarvan bestond voor hem geen aanleiding om een cardioloog in consult te roepen. Op het ECG was sprake van een incompleet RBTB patroon.

2.9 In verband met de afwijkende laboratoriumuitslagen heeft arts-assistent 1 op instructie van verweerder de internist in consult gevraagd. De internist heeft patiënt niet zelf gezien. Op basis van de klinische bevindingen van de arts-assistent en van de laboratoriumuitslagen heeft de internist geadviseerd een ruim (NaCl 0.9%) infuus te geven en de volgende dag aanvullend bloedonderzoek te doen, en dan eventueel een CT-thorax en een echo van het abdomen te laten maken. Arts-assistent 1 heeft hierop nogmaals contact opgenomen met verweerder waarna verweerder het door de internist en arts-assistent 1 bepaalde beleid tot opname voor verdere observatie en diagnostiek op de AOA B heeft overgenomen.

2.10 Arts-assistent 1 noteerde in een brief bestemd voor de huisarts:

'***Reden van komst:*** *Pijn bij ademhaling*

Voorgeschiedenis: *2010: Ziekte van Pheiffer*

Medicatie: *geen*

Anamnese: *Patiënt heeft sinds gisteravond ineens heel veel pijn van de thorax en de rug. Dit is met name erg bij bewegen en bij inademing, bij stilliggen gaat het wel. Hiernaast voelt patiënt zich eigenlijk al 2 jaar (sinds de Pfeiffer) niet lekker met toenemende vermoeidheid. Hierbij heeft hij ook een fors verminderde eetlust. Hiervoor sportte hij op hoog niveau, wat nu absoluut niet meer gaat. Kan alleen nog 2 dagen per week op een zorgboerderij werken. Intoxicaties: Roken-, alcohol-, drugs:- (met moeder erbij)*

Allergieën: *Niet bekend*

Sociaal: *Woont bij zijn ouders. Werkt 2 dagen per week op een zorgboerderij. Heeft het heel zwaar na de scheiding van zijn ouders gehad.*

Lichamelijk onderzoek: *Grauw uitziende, cachectische man. RR: 70/40 van 500 cc 97/49, P: 96, Sat: 98%, T:36,7*

Hart: normale harttonen, geen souffle

Longen: afgenomen ademgeruis links

Abdomen: Soepele buik, normale peristaltiek. Wisselende tympanie. Geen druk of loslaat-pijn.
Extremiteiten: Zeer mager.'
In de ontslagbrief aan de huisarts heeft arts-assistent 1 genoteerd:
*'**Conclusie:** het betreft een 21-jarige man, bekend met ziekte van Pheiffer, nu komend met algehele malaise en thoracale pijn*

1. *Pneumothorax links, conservatief beleid*
2. *Acute nierfunctiestoornis dd/ bij verminderde intake*
3. *Ijzergebreksanemie dd/ bij verminderde intake maligniteit?*

***Beleid:** Opname AOA longziekten. Niet duidelijke pneumothorax, indien niet verder opknap-pen morgen overweeg CT thorax.*
ICC interne tav elektrolystiirnissen en anemie
4/11 lab controle met cortisol spiegel +TSH
4/11 ICC dietiste voor verder inzicht op intake voedsel
4/11 echo abdomen tuv maligniteit
Indien geen duidelijke afwijking overweeg colonscopie
Medicatie: pijstilling
Infuusbeleid: 2 L NACL
Controles: 4 dd
Dieet: normaal
Tromboseprofylaxe: nee
***Hoofddiagnose:** Pneumothorax*
***(Relevante) nevendiagnose:** IJzergebreksanemie, nierfunctiestoornis*
***Opname:** acuut'*

2.11 Omstreeks 16.15 uur - vlak voordat patiënt per ambulance zou worden overgebracht van de SEH te J naar de afdeling AOA te B – is een tweede X-thorax (in expiratie) gemaakt. Deze X-thorax bevestigde het vermoeden van verweerder dat geen sprake was van een pneumothorax. De uitslag van de tweede X-thorax werd bekend toen patiënt per ambulance werd overgebracht naar B. Dat geen sprake was van een pneumothorax is niet in voornoem-de voorlopige ontslagbrief aan de huisarts genoteerd. Deze voorlopige ontslagbrief werd tevens gebruikt als overdracht naar de AOA en als medische status, en deze status is – te-zamen met de rest van het schriftelijke (papieren) medisch dossier – bij overplaatsing van patiënt van J naar B meegegeven met patiënt. Dit was toen de gebruikelijke werkwijze. De tweede X-thorax kon – evenals andere beeldmateriaal en laboratoriumuitslagen – wel op locatie B worden ingezien in het elektronische deel van het medisch dossier van patiënt.

2.12 Arts-assistent 1 heeft de dienstdoende arts-assistent longziekten in B op de hoogte gesteld van de komst van patiënt en van de uitslag van de tweede X-thorax. In het ge-spreksverslag dat is opgesteld naar aanleiding van een gesprek van arts-assistent 1 met IGZ d.d. 13 juli 2015 (in het kader van het door IGZ verrichte onderzoek – zie hierna 2.17) staat dat arts-assistent 1 telefonisch contact heeft opgenomen met de dienstdoende arts-assistent longziekten in B en heeft doorgegeven dat bij patiënt geen sprake was van een pneumotho-rax. In de (verpleegkundige) verslaglegging na overdracht van de patiënt aan de afdeling

AOA te B wordt gesproken over de diagnose pneumothorax en afwijkende laboratoriumwaarden onder andere anemie en electroliet- en nierfunctiestoornissen.

2.13 Patiënt is bij opname op de afdeling AOA in B omstreeks 16.45 uur niet gezien door voornoemde dienstdoende arts-assistent longziekten, en evenmin door verweerder. Uit de verpleegkundige anamnese die is afgenomen bij opname blijkt dat patiënt op dat moment hyperventileerde en zelf aangaf nerveus en angstig te zijn. De pijnscore was op dat moment 6 en patiënt was zwak ter been. Verder viel de verpleging op dat patiënt erg grauw zag.

2.14 Om 17.00 uur eindigde de dagdienst van de artsen. Patiënt is door de dienstdoende arts-assistent longziekten overgedragen aan de avonddienst. Bij deze mondelinge overdracht werd patiënt overgedragen als een patiënt met een mogelijke pneumothorax. Bij deze overdracht waren onder meer de dienstdoende internist en de dienstdoende arts-assistent aanwezig die die avond dienst had (arts-assistent 2). Verweerder was daarbij niet aanwezig, wat toen ook niet gebruikelijk was in het ziekenhuis. Hij is aan het eind van zijn dagdienst, tegen 17.00 uur, naar huis gegaan.

2.15 Gedurende de avond heeft de verpleging drie maal telefonisch contact opgenomen met de dienstdoende arts-assistent in de avonddienst (arts-assistent 2). Deze arts-assistent was sinds juni 2014 als ANIOS werkzaam bij het ziekenhuis. In eerste en tweede instantie is gebeld omdat patiënt erg angstig en benauwd was, waarbij patiënt, aldus de verpleegkundige, hyperventileerde. Arts-assistent 2 schreef telefonisch eerst 10 mg oxazepam voor en later nog 5 mg diazepam. Later op de avond werd een derde maal contact opgenomen met arts-assistent 2 omdat patiënt had overgegeven en last had van thoracale pijn waarvoor arts-assistent 2 telefonisch metoclopramide en piritramide heeft voorgeschreven. Arts-assistent 2 heeft patiënt gedurende de avond niet zelf gezien. In het verslag d.d. 13 juli 2015 van het gesprek van IGZ met arts-assistent 2 staat vermeld: *"De desbetreffende patient werd gemeld als patiënt met een mogelijke pneumothorax, zonder verdere problemen. (…) Arts assistent 2 had begrepen dat het geen acute situatie was en dat hij in principe niet meer langs hoefde om patiënt te zien. (…) Het was een mondelinge overdracht; de tweede longfoto en de uitslag daarop kwamen hierbij niet aan de orde."*

2.16 Vanwege de in de overdracht naar de nachtdienst door de verpleging geuite zorgen over patiënt, heeft de dienstdoende verpleegkundige in de nachtdienst met enige regelmaat bij patiënt gekeken. Om 3.15 uur was patiënt even wakker; hij leek op dat moment rustig en normaal te ademen. Omstreeks 4.30 uur werd patiënt levenloos aangetroffen, waarna patient langdurig maar tevergeefs is gereanimeerd. Uit obductie bleek bij patiënt sprake van een purulente peri- en epicarditis (ontsteking van het hartzakje en buitenste laag van het hart), tevens werd een subtiele disarray van de cardiomyocyten in het ventrikelseptum aangetroffen.

2.17 Verweerder heeft direct op 4 november 2014 bij de Raad van Bestuur van het ziekenhuis melding gemaakt van een mogelijke calamiteit, namelijk het onverwacht overlijden van patiënt. Na de uitslag van de obductie te hebben afgewacht, heeft de Raad van Bestuur besloten het overlijden van patiënt niet als calamiteit bij IGZ te melden. Via het Landelijk Meldpunt Zorg ontving IGZ op 28 januari 2015 een melding van de moeder van patiënt in verband met zijn behandeling en overlijden in het ziekenhuis. Op 29 januari 2015 ontving IGZ eveneens een melding van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis. Hierop hebben de

klachtencommissie van het ziekenhuis en de interne commissie Patiëntveiligheid (CPV) een onderzoek ingesteld. IGZ heeft zelfstandig onderzoek verricht en heeft in haar onderzoeksrapport d.d. maart 2016 diverse tekortkomingen in de zorg vastgesteld.

2.18 In juni 2016 is in opdracht van het ziekenhuis een onafhankelijke onderzoekscommissie samengesteld onder leiding van C (hierna C) die onderzoek heeft gedaan naar de gehele gang van zaken rondom het overlijden van patiënt. Het doel van dit onderzoek was het geven van openheid en het maximaal kunnen leren van deze tragische gebeurtenis. Op 19 december 2016 heeft de C haar definitieve rapport uitgebracht dat openbaar is gemaakt.

2.19 In de media heeft deze zaak en de rol van verweerder en van het ziekenhuis daarbij veel aandacht gekregen.

3. De klacht en het standpunt van IGZ

De klacht van IGZ houdt - zakelijk weergegeven - in dat verweerder is tekortgeschoten in de zorg jegens patiënt door:

(I) onvoldoende adequaat beleid te bepalen en vast te leggen na verwerping van de hoofddiagnose pneumothorax en door patiënt niet zelf te zien nadat hij was opgenomen op de afdeling AOA te B, gegeven de toestand waarop patiënt op de SEH verkeerde;

(II) als hoofdbehandelaar van patiënt onvoldoende verantwoordelijkheid te nemen en regie te voeren in de zorgverlening aan patiënt.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden.

Verweerder stelt zich op het standpunt dat hij het onderzoek van patiënt onder de gegeven omstandigheden over kon en mocht laten aan arts-assistent 1. Zij was voldoende ervaren en bekwaam. Verweerder heeft zich ervan vergewist dat arts-assistent 1 patiënt systematisch had onderzocht en mocht derhalve vertrouwen op haar bevindingen en beoordeling, inclusief haar beoordeling van het ECG. In nauw overleg en na consult van de superviserend internist is vervolgens het beleid uitgestippeld. Verweerder heeft derhalve wel degelijk voldoende regie gevoerd. Een dergelijke werkwijze met arts-assistenten is bovendien te doen gebruikelijk op de SEH's in Nederlandse ziekenhuizen.

Bovendien was niet evident dat de gezondheidssituatie van patiënt acuut en vitaal bedreigd was; geen van de betrokken hulpverleners op de SEH, tijdens de ambulancerit van J naar B en op de afdeling AOA, heeft een acuut niet-pluisgevoel gehad. De tussentijdse controles van de vitale functies op de SEH en de afdeling AOA waren steeds stabiel en gaven geen reden tot ongerustheid. In het ziekenhuis is het gebruikelijk dat de medisch specialist wordt gebeld door de arts-assistent of de verpleging als de klachten verergeren en/of er alarmsymptomen optreden, hetgeen in het onderhavige geval niet is gebeurd. Als dat al had gemoeten, kan verweerder niet worden verweten dat dit niet is gebeurd.

Verweerder had bij het zien van de eerste X-thorax twijfels over de diagnose pneumothorax, reden waarom een tweede X-thorax is gemaakt. Het in overleg met de dienstdoende internist afgesproken beleid had ook geen betrekking op een eventuele pneumothorax, maar op de afwijkende laboratoriumwaarden. Toen bleek dat inderdaad geen sprake was van een pneumothorax was er dus geen reden dit beleid aan te passen. Acuut levensbedreigende

zaken als longembolieën (normale D-dimeer), cardiale ischemie (niet op ECG zichtbaar) en een aortadissectie leken onwaarschijnlijk. Er werd afgesproken de volgende dag nader onderzoek te doen in de vorm van een CT-scan thorax met pre- en posthydratie; in verband met de aanwezige nierfunctiestoornissen werd deze scan niet direct gemaakt.
De uitslag van de tweede X-thorax is niet in de voorlopige ontslagbrief aan de huisarts (tevens dienstdoende als overdracht en medische status) terechtgekomen, dat had wel gemoeten. Verweerder is ervan uitgegaan dat arts-assistent 1 hiervoor zorg zou dragen. Overigens was de tweede X-thorax wel te raadplegen in het elektronisch toegankelijke deel van het medisch dossier van patiënt. Het was toen niet gebruikelijk dat elke patiënt die opgenomen werd vanaf een andere locatie en gezien was door een arts-assistent aldaar, nogmaals werd gezien door een arts(-assistent) op de AOA.
Het plotselinge overlijden van patiënt was voor niemand te voorzien. Ook als verweerder patiënt wel zelf had gezien, was het beloop hoogstwaarschijnlijk niet anders geweest, aldus verweerder.

5. De beoordeling

5.1. De klacht van IGZ komt er in de kern op neer dat verweerder als supervisor en hoofdbehandelaar is tekortgeschoten in de medische zorg voor patiënt. Het college toetst het professioneel handelen van verweerder tuchtrechtelijk, waardoor moeten worden beoordeeld of verweerder bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Daarbij wordt rekening gehouden met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klager klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard. Het gaat er niet om of het handelen door verweerder beter had gekund. Het behoort ook niet tot de taak van het college om de gevolgen van het handelen van verweerder te beoordelen, hoe tragisch het overlijden van patiënt ook is. Het college toetst slechts het handelen zelf aan de tuchtrechtelijke norm. Er zijn meerdere zorgverleners, artsen en verpleegkundigen, bij de zorg voor patiënt betrokken geweest. Het bilocatiemodel en de organisatie van de geleverde zorg spelen een belangrijke rol in deze casus. Bij het antwoord op de vraag of verweerder tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld in de zin van art. 47, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) staat echter het persoonlijk handelen van *verweerder* centraal.

5.2. In deze zaak kan niet worden vastgesteld dat patiënt is overleden aan een gemiste eenvoudige pericarditis. De belangrijkste bevindingen bij obductie zijn immers geweest: een purulente peri- en epicarditis (ontsteking van het hartzakje en buitenste laag van het hart), in het myocard (hartspierweefsel) verspreid subtiele interstitiële fibrose en verspreide microscopische haardjes "myocardial disarray"; 220 ml troebel pericardvocht, longoedeem beiderzijds; 650 ml pleuravocht. Er werd geen maligniteit gevonden. Bij bacteriologisch onderzoek van het pericardvocht werden enkele kolonies *Stenotrophomonas maltophilia* gekweekt waarvan de klinische betekenis onduidelijk is. Meer waarschijnlijk is er sprake geweest van contaminatie tijdens het afnemen van de kweken want *S. maltophilia* is een ubiquitaire laag-

pathogene bacterie die weliswaar bij immuungecompromitteerde patiënten tot een infectie kan leiden, maar waarbij pericarditis niet eerder is beschreven in de medische literatuur. Verder dient opgemerkt te worden dat patiënten met een pericarditis volgens de richtlijn pericarditis ("2015 ESC Guidelines fot the diagnosis and management of pericardial disease") niet standaard worden bewaakt of aan de monitor gelegd.

5.3. Het college stelt vast dat arts-assistent 1- in verband met de vermeende pneumothorax - met verweerder, die op dat moment als dienstdoende longarts optrad, heeft gebeld en de anamnese, haar bevindingen bij lichamelijk onderzoek, de laboratoriumuitslagen, de uitslag van de thoraxfoto en het ECG heeft besproken. Zij heeft haar niet-pluisgevoel met verweerder gedeeld. Verweerder twijfelde of sprake was van een pneumothorax en vroeg om een nieuwe foto in expiratiestand. Ook vroeg verweerder om de internist in consult te vragen. De arts-assistent heeft deze instructies gevolgd en heeft het advies van de internist gedeeld met verweerder. Zij heeft de uitslag van de tweede X-thorax doorgebeld aan verweerder en de arts-assistent van de AOA. In dit geval was de patiënt een zelfverwijzer en was hij bij triage op de SEH ingeschreven voor de interne geneeskunde, maar nam de arts-assistent de beslissing met de longarts te overleggen vanwege de mogelijke pneumothorax. Verweerder werd vanaf dat moment aangemerkt als hoofdbehandelaar, coördineerde vervolgens de gang van zaken (infuus, advies contact op te nemen met de internist, maken van de tweede thoraxfoto) en liet patiënt opnemen op de AOA ter verdere beoordeling en bepaling nader beleid. De internist is opgetreden als consulent; er is éénmaal met hem overlegd. Aangezien een pneumothorax en andere acute, ernstige long-gerelateerde aandoeningen inmiddels waren uitgesloten, is het aannemelijk dat de internist, indien de CT-scan van de thorax geen afwijkingen zou laten zien, het hoofdbehandelaarschap zou hebben overgenomen, gezien de aard en de ernst van de laboratoriumafwijkingen, de algemene malaise en het gewichtsverlies.

5.4. Verweerder is als medisch specialist degene die de medische eindverantwoordelijkheid draagt voor de zorgverlening aan de patiënt. In zijn algemeenheid geldt in de Nederlandse gezondheidszorg dat de A(N)IOS bevoegd is, mits bekwaam, tot het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg en als zodanig een eigen verantwoordelijkheid heeft. Deze moet, binnen de eigen grenzen, onder supervisie zelfstandig leren werken. Aanwijzingen met betrekking tot de zorgverlening – al dan niet in verband met de opleiding – worden gegeven door de opleider en overige behandeld (medisch) specialisten. Niet alleen de opleider, maar alle (medisch) specialisten die betrokken zijn bij de zorgverlening waaraan de A(N)IOS deelneemt, zijn verantwoordelijk voor goede supervisie bij de zorgverlening. De eigen verantwoordelijkheid van de arts in opleiding neemt toe naarmate de opleiding vordert. Als gevolg hiervan kan, wanneer de opleider overtuigd is van de bekwaamheid van de arts in opleiding, de supervisie in de eindfase van de opleiding meer op afstand plaatsvinden. De relatie tussen de supervisor en de arts-assistent wordt dus bepaald door het antwoord op de vraag of de supervisor de zorg voor een patiënt aan de arts-assistent kan overlaten. Dat hangt in hoofdzaak af van de mate waarin de arts-assistent op zijn taak is berekend en bekwaam kan worden geacht bepaalde beoordelingen te doen en

handelingen te verrichten. Tegelijk is het afhankelijk van de (vermeende) pathologie van de patiënt. Arts-assistent 1 was na het afronden van haar studie geneeskunde vier maanden als ANIOS interne geneeskunde werkzaam in het ziekenhuis, wat verweerder bekend was. Anders dan verweerder betoogt, kan zij daarmee echter niet worden aangemerkt als een ervaren arts.

5.5. Verweerder kan worden verweten dat hij, in zijn rol van superviserend specialist, de fysieke beoordeling van patiënt onder de gegeven omstandigheden volledig heeft overgelaten aan arts-assistent 1. Dat verweerder als supervisor niet op de locatie aanwezig was voor overleg, zelf spreekuur had en het ECG niet kon inzien, was een potentieel kwaliteits- en veiligheidsrisico. Voorts ging het om een jonge patiënt met onbegrepen thoracale pijnklachten, gewichtsverlies en uitgebreide onverklaarde laboratoriumafwijkingen (anemie, hyponatriaemie, nierfunctiestoornissen en een respiratoir gecorrigeerde metabole acidose) en een niet-pluisgevoel bij zowel de verpleging van de SEH als bij de arts-assistent. Het "meezien" door een specialist was temeer belangrijk omdat de diagnose pneumothorax werd verworpen na de tweede thoraxfoto. Zo verweerder niet in de gelegenheid was om patiënt zelf op de SEH te beoordelen, had hij zijn collega longarts op locatie J kunnen verzoeken dit te doen, of patiënt na aankomst op de AOA zelf kunnen beoordelen, of dit te vragen aan de dienstdoende collega longarts. Klachtonderdeel I kan in zoverre gegrond worden verklaard.

5.6. IGZ verwijt verweerder ook, onder II, dat hij als hoofdbehandelaar is tekortgeschoten. Volgens vaste rechtspraak (ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG1953) is de hoofdbehandelaar, naast de zorg die hij als zorgverlener ten opzichte van de patiënt en diens naaste betrekkingen heeft te betrachten, belast is met de regie van de behandeling van de patiënt. Die regie houdt onder meer in dat de hoofdbehandelaar:
1. ervoor zorg draagt dat de verrichtingen van allen die beroepshalve bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken op elkaar zijn afgestemd en gecoördineerd, in zoverre als een en ander vereist is voor een vakkundige en zorgvuldige behandeling van de patiënt en tijdens het gehele behandelingstraject voor hen allen het centrale aanspreekpunt is;
2. voor de patiënt en diens naaste betrekkingen ten aanzien van informatie over (het verloop van) de behandeling het centrale aanspreekpunt vormt.
De hoofdbehandelaar dient er onder meer - in overleg met de desbetreffende bij de behandeling betrokken zorgverleners – op toe te zien dat in alle fasen van het traject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen. De hoofdbehandelaar dient de patiënt en zijn naaste betrekkingen voldoende op de hoogte te houden van het beloop van de behandeling en hun vragen tijdig en adequaat te beantwoorden.

5.7. Aan verweerder kan worden toegegeven dat patiënt na het uitsluiten van de pneumothorax wellicht beter had kunnen worden overgenomen door de internist gezien de aanwezige afwijkingen in het laboratoriumonderzoek, waardoor hij niet - althans niet langer - de aangewezen hoofdbehandelaar was. Opvallend is ook dat de internist niet uit eigen beweging meer aandacht heeft besteed aan patiënt of het hoofdbehandelaarschap wilde overnemen

naar aanleiding van het aan hem gerichte consult, gezien de complexe laboratoriumafwijkingen en het gewichtsverlies. Een consulent heeft immers ook een eigen verantwoordelijkheid.

5.8. Het college stelt vast dat de zorg voor patiënt zich concentreerde op de eerste beoordeling op de SEH en zijn opname op de AOA, en zich daarmee dus in het beginstadium bevond. De volgende dag, op de AOA, zou nader worden bezien naar welke afdeling patiënt het beste zou kunnen worden overgeplaatst en bij welk specialisme het hoofdbehandelaarschap uiteindelijk dus terecht zou komen. Voornoemde criteria, die betrekking hebben op langduriger (complexere) zorg waarbij meerdere zorgverleners betrokken zijn, lenen zich hier niet voor onverkorte toepassing. Met betrekking tot de regiefuncties heeft verweerder gehandeld conform hetgeen van een hoofdbehandelaar in dit (begin)stadium verwacht mocht worden, althans kan het college niet vaststellen dat verweerder daarin tekort is geschoten.

5.9. Het college volgt IGZ ook niet in het verwijt dat verweerder onvoldoende instructies voor controle van de vitale functies heeft gegeven, nu deze uit het verpleegkundig dossier en de brief aan de huisarts blijken. Uit de verklaring van arts-assistent 1 bij IGZ blijkt bovendien dat zij de nieuwe informatie (geen pneumothorax) goed aan de arts-assistent van de AOA heeft overgedragen, zodat verweerder op dit punt geen verwijt valt te maken. Merkwaardig is dat de hoofddiagnose pneumothorax na opname van patiënt in B niet is bijgesteld. Waar het mis is gegaan, kan het college niet vaststellen, ook niet dat verweerder daarvan tuchtrechtelijk een verwijt kan worden gemaakt. Mogelijk dat de toen gebruikelijke werkwijze om de voorlopige ontslagbrief aan de huisarts tevens te gebruiken als overdracht en medische status daarbij een rol heeft gespeeld. Het is de verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren om te handelen als een goed hulpverlener, conform de professionele standaard (art. 7:453 BW). Maar het is de verantwoordelijkheid van de instelling om verantwoorde zorg te bieden en hierbij goede kwaliteitsafspraken en –systemen toe te passen, zoals het te gebruiken medisch dossier, de mogelijkheid een ECG in te zien, en de afstemming van overdracht en zorg (opnieuw zien door een arts) in geval van overplaatsing naar een andere locatie.

5.10. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. Verweerder heeft niet geïntervenieerd door patiënt, een jonge, zieke man met een onduidelijk klinisch beeld met evidente laboratoriumafwijkingen en een niet-pluisgevoel bij de SEH verpleegkundige en de relatief onervaren arts-assistent, zelf te zien of te laten beoordelen door een collega-specialist. Daarmee heeft hij gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens patiënt had behoren te betrachten.

De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend. Daarbij houdt het college rekening met het feit dat verweerder zich toetsbaar heeft opgesteld en hij zich niet eerder voor de tuchtrechter heeft moeten verantwoorden. Naar verweerder verklaard heeft, heeft hij van deze zaak geleerd en zijn in het ziekenhuis de nodige verbetermaatregelen getroffen.

Ook houdt het college rekening met de forse negatieve media-aandacht die verweerder heeft gekregen. Opvallend is dat alleen verweerder zich voor het college heeft moeten verantwoorden, terwijl in deze zaak verschillende andere zorgverleners, al dan niet in een bestuurlijke rol, bij de zorg voor patiënt waren betrokken en tegen wie geen tuchtklacht is ingediend. Uit de stukken en het verhandelde ter zitting blijkt dat minst genomen vraagtekens zijn te plaatsen bij meerdere aspecten van de zorg voor patiënt, zowel op de SEH J als na overdracht aan de locatie B, het systeem van dossiervoering, de overdracht aan arts-assistent 2 die daarmee van een onjuiste werkdiagnose uitging en die niet bij patiënt is gaan kijken ondanks het feit dat de verpleegkundige in de dienst van de betreffende arts-assistent drie keer heeft gebeld over de patiënt, alsmede het handelen van (arts)bestuurders ten aanzien van de organisatie van zorg. Dit kan verweerder niet worden verweten. Zoals ook door de C is vastgesteld, heeft in deze zaak het organisatiemodel van het ziekenhuis een belangrijke rol gespeeld. Het management van zorginstellingen is wettelijk eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Uit oogpunt van normstelling en kwaliteitsbevordering c.q. bewaking, acht het college het wenselijk dat IGZ niet een (te) strikt selectiebeleid hanteert waar het gaat om voorleggen van zaken aan de tuchtrechter. Door uitsluitend het handelen van verweerder ter toetsing voor te leggen, komt het college niet toe aan een integrale (tuchtrechtelijke) beoordeling van het medisch en bestuurlijk handelen in dezen. Aldus kan maar ten dele invulling worden geven aan het tuchtrecht als 'kwaliteitsinstrument van de gezondheidszorg'.
Hoewel verweerder in zijn supervisie is tekortgeschoten, gaat naar het oordeel van het college te ver om uitsluitend verweerder, als longarts, verantwoordelijk te houden voor het ontbreken van de goede zorg voor patiënt. Dat, los van het handelen door verweerder, in november 2014 niet was voldaan aan de voorwaarden voor goede patiëntenzorg in het ziekenhuis, is mede gelet op de inhoud van het rapport van de C genoegzaam gebleken. Rekening houdend met bovengenoemde kanttekeningen volstaat het college daarom met het opleggen van de maatregel van waarschuwing.

Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekendgemaakt.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht onder I deels gegrond;
- legt op de maatregel van waarschuwing;
- wijst de klacht voor het overige af.

Bepaalt voorts dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG
in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact, het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Gezondheidszorg Jurisprudentie ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus beslist door:
mr. A.A.A.M. Schreuder, voorzitter,
drs. J.I. van der Spoel, drs. J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens en dr. J.P. van der Sluijs, leden-beroepsgenoten,
mr. dr. A. Wilken, lid-jurist,
bijgestaan door mr. S.S. van Gijn, secretaris,
en in het openbaar uitgesproken op 21 maart 2017 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.
w.g. secretaris w.g. voorzitter