

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 254/2008, 069/2009

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 18 november 2010 naar aanleiding van de op respectievelijk 2 december 2008 en 6 april 2009 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klachten van

A en B, beiden in de hoedanigheid van Inspecteur voor de Gezondheidszorg, werkzaam te Amsterdam,

en

C, D en E, wonende te F,

bijgestaan door mr. J.M. Beer, advocaat te Amsterdam,

k l a g e r s

-tegen-

G, KNO-arts, werkzaam te F,

bijgestaan door mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

A en B (verder ook de IGZ te noemen) en klagers C, D en E (verder ook de familie te noemen) hebben elk afzonderlijk een klaagschrift met bijlagen ingediend. Verweerder heeft verweerschriften ingediend, met bijlagen. Partijen hebben vervolgens gerepliceerd, de familie met bijlagen, en gedupliceerd. Beiden hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 8 oktober 2010, alwaar de IGZ, de familie en verweerder zijn verschenen, de familie en verweerder bijgestaan door hun gemachtigden. Ter zitting zijn de klachten van de IGZ en de familie tegen verweerder gevoegd en voorts gelijktijdig behandeld met die van de familie tegen H en I (070/2009 en 071/2009).

In de klachtzaken tegen verweerder zijn als deskundigen onder ede gehoord prof. dr. K. Graamans (op verzoek van de

IGZ) en prof. dr. G.J. Hordijk (op verzoek van verweerder in beide klachtzaken tegen hem).

2. DE FEITEN

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

De klacht richt zich op de medische behandeling die mevrouw J, overleden op 18 mei 2006 op 54-jarige leeftijd, heeft ondergaan. Klagers C, D en E zijn respectievelijk echtgenoot, dochter en zoon van patiënte.

Verweerder heeft op 17 mei 2006 een sinus sanatie uitgevoerd bij patiënte, een regelmatig voorkomende ingreep van gemiddelde zwaarte onder algehele narcose waarbij de neusbijholten worden schoongemaakt. De anesthesie werd verzorgd door H, een anesthesioloog afkomstig uit Zuid-Afrika die van 1 mei 2006 tot 3 juni 2006 geclausuleerd (onder supervisie) als arts stond ingeschreven in het BIG-register ten behoeve van waarneming. In het inschrijvingsbesluit stond dat het niveau van H gelijkwaardig was aan dat van een dergelijke beroepsbeoefenaar in Nederland, en dat supervisie in dat geval inhield dat werd kennisgemaakt met de Nederlandse regelgeving, het Nederlandse zorgstelsel, de medische ethiek alhier e.d. I was destijds voorzitter van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis waar de ingreep plaatsvond en was toen BIG-geregistreerd als basisarts.

Patiënte was in behandeling bij de longarts voor COPD en longemfyseem. Zij leed aan een chronische rhinosinusitis (CRS), een conservatieve behandeling hielp niet voldoende. Op een CT-scan bleken aanwijzingen voor een sinusitis maxillaris, ethmoïdalis, sfenoïdalis en frontalis rechts, maar ook voor afwijkingen links. De longarts verwees patiënte naar

de KNO-arts. Zij was oorspronkelijk patiënte bij K, doch kwam op enig moment in verband met diens vakantie bij verweerder terecht en bleef toen bij hem. De poliklinische status bevat (moeilijk leesbare) aantekeningen van verweerder betreffende consulten op 31 maart, 3 april, 4 april, 10 april, 2 mei en 15 mei 2006. Op laatstgenoemde datum noteert hij onder meer *“sanatie in narc. H 2x drain in max 1x drain in front.”* Partijen zijn het erover eens dat verweerder met patiënte en klager C, haar echtgenoot, een gesprek heeft gehad over de voorgenomen ingreep, doch daarvan heeft hij geen aantekening gemaakt in het medisch dossier.

Op de dag van de ingreep, 17 mei 2006, ging patiënte om ongeveer 13:45 uur onder narcose. Verweerder startte de ingreep door vanaf de buitenzijde de sinus frontalis (de voorhoofdsholte) aan de linkerkant te openen (bij de wenkbrauw aan de binnenzijde van het oog). Verweerder noteerde in het operatieverslag: *“(Hajec’s zijn niet aanwezig!)”* Hij heeft met een beitel een opening gemaakt en deze verruimd, waarna hij verdikt slijmvlies uit deze voorhoofdsholte heeft verwijderd en opgestuurd voor pathologisch onderzoek. Vervolgens werd het septum geopend naar de rechter sinus frontalis en deze gesaneerd. Hierna heeft verweerder via de neus (met hoofdlamp, niet endoscopisch) de aanwezige holte tussen neus en oogkas (de sinus ethmoidales, zeefbeenholte) opengemaakt en deze met een Blakesley uitgeruimd. Daarna heeft verweerder, vermoedelijk rond 15:15 uur, beiderzijds de sinus sphenoidalis (de wiggebeensholte) geopend waarbij de randen werden afgevlakt met een shaver met gebogen handvat. Hij noteerde hierover: *“(alleen gebogen beschikbaar!)”* Vervolgens noteerde hij: *“Plots bloeden uit li sphenoid, na zuigen -> reden onduidelijk, niet reactie op manipulatie! -> gestopt met Surgigel”*. Daarna is de kaakholte (de sinus maxillaris) opengemaakt en is beiderzijds een drain aangebracht. Tijdens de ingreep heeft patiënte even een bradycardie (verlaagde hartslag) gehad, waarvoor atropine is gegeven.

Om 15:45 uur werd de anesthesie beëindigd. Toen patiënte -na enige tijd- zelfstandig ging ademen werd zij om ongeveer 16:00 uur, nog niet bij kennis, naar de verkoeverkamer overgebracht. Verweerder noteerde intussen de operatie in de poliklinische status en schreef het operatieverslag uit. Voorts is hij een paar keer bij patiënte in de verkoeverkamer langs geweest. Daar werd verweerder gewaar dat bij patiënte een gering pupilverschil bestond. Hij beoordeelde dit gegeven,

alsmede het feit dat patiënte nog niet bij kennis was, als niet zorgwekkend. De arts die de anesthesie had verzorgd volgde hem daarin. Verweerder heeft hierop het ziekenhuis verlaten voor een bijeenkomst van KNO-artsen in het academisch ziekenhuis zo'n 60 km verderop gelegen. H heeft rond 16:30 uur de anesthesiologische zorg overgedragen aan de anesthesioloog L.

De laatste heeft, omdat patiënte maar niet bijkwam, verweerder (met de auto onderweg naar het academisch ziekenhuis) telefonisch op de hoogte gesteld en vervolgens de neuroloog gewaarschuwd en overplaatsing naar de IC geregeld. Een om 17:52 uur gemaakte CT-scan vertoonde een uitgebreide arachnoïdale bloeding. De familie was inmiddels gebeld en in het ziekenhuis gekomen. Patiënte werd, mede na telefonisch overleg met verweerder en op zijn beurt door verweerder met het academisch ziekenhuis waarin hij zojuist was gearriveerd, overgeplaatst naar dat ziekenhuis. Verweerder, die op dat moment meende dat patiënte nog wel bij kennis zou komen, heeft daar nog met de familie gesproken toen die was gearriveerd. Daarna werd hij de slechte prognose gewaar na een nieuwe CT-scan. Patiënte is de volgende morgen om 11:04 uur overleden. Het overlijden werd als niet-natuurlijke dood aangemerkt. Bij gerechtelijke schedelobductie is gebleken dat er sprake was van een breuk van het dak van het zeeffbeen aan de linkerkant met een vrije verbinding van de neusholte naar de schedelholte. De aangetroffen afwijkingen kunnen volgens de patholoog passen bij een poging tot FESS (functional endoscopic sinus surgery) waarbij een "fausse route" is gecreëerd tussen de neusbijholten en de intracraniale ruimte, gezien de lucht in het neurocranium (deel van de schedel waar de hersenen zich bevinden). Mogelijk is hierbij een groot vat geraakt, gezien de grote hoeveelheid bloed intracranieel.

Er is in het ziekenhuis een onderzoek verricht door de MIP-commissie, waarbij met verschillende betrokkenen is gesproken. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft onderzoek gedaan, waarbij verschillende betrokkenen zijn gehoord. De politie heeft een uitvoerig onderzoek verricht waarbij verweerder en de familie, alsmede vele overige betrokkenen in beide ziekenhuizen, zijn gehoord. De Officier van Justitie heeft op basis hiervan besloten verweerder niet te vervolgen omdat een niet-strafrechtelijk ingrijpen de voorkeur verdiende. De familie heeft hiertegen een klacht ingediend bij het gerechts-

hof te Arnhem, nevenzittingsplaats Leeuwarden. Dit heeft bij beslissing van 13 juli 2009 de vervolging van verweerder ter zake van dood door schuld bevolen en de Officier van Justitie gelast een gerechtelijk vooronderzoek te vorderen. In dit gerechtelijk vooronderzoek heeft

dr. C.J. Brenkman, KNO-arts, op verzoek van de rechter-commissaris een deskundigenbericht opgesteld. De raadsvrouw van het ziekenhuis heeft aan prof. Graamans gevraagd een deskundigenbericht op te stellen. Nadien heeft zij prof. Hordijk gevraagd mede op basis van nieuwe informatie (het obductierapport dat vrijgegeven was) een deskundigenbericht uit te brengen. Vervolgens is prof. Graamans gevraagd hierop te reageren. Nadien heeft prof. Graamans nog een aanvullend oordeel gegeven. Ook prof. Hordijk heeft nog aanvullend gerapporteerd.

Bij brief van 21 mei 2006 heeft klager C aan de Raad van Bestuur van het ziekenhuis gevraagd om een kopie van het medisch dossier en een kopie van de verslaglegging van het intern onderzoek. Het ziekenhuis hield vervolgens wel contact met hem, maar hij ontving niet het medisch dossier. Vervolgens heeft de raadsman van de familie bij brief van 22 juni 2007 dit verzoek herhaald. Bij brief van 2 juli 2007 heeft I hem een kopie van het medisch dossier en een CD-rom toegezonden, waarbij hij echter heeft geweigerd de onderzoeksgegevens van de MIP-commissie over te leggen omdat deze als vertrouwelijk werden beschouwd. Bij brief van 6 augustus 2007 heeft de raadsman van de familie aan I nogmaals om de stukken met betrekking tot de MIP-melding gevraagd en om een uitgetypte versie van het operatieverslag. Bij brief van 3 september 2007 heeft hij dit verzoek herhaald en nog om andere stukken gevraagd. I heeft hem vervolgens de diverse stukken waar om werd gevraagd toegezonden, behalve die met betrekking tot de MIP-melding. Vervolgens hebben klagers het ziekenhuis betrokken in kort geding met als gevolg dat de voorzieningenrechter in de rechtbank Zwolle-Lelystad op 20 december 2007 het ziekenhuis heeft veroordeeld aan klagers afschriften te verschaffen van alle verslagen van de gesprekken die zijn gevoerd met de betrokkenen, genoemd in het evaluatierapport in het kader van het door het ziekenhuis gehouden interne onderzoek. De familie had inmiddels ook medewerking gegeven aan berichtgeving in de media (kranten en televisie).

Bij brief van 23 maart 2009 heeft de toenmalige voorzitter van de Raad van Bestuur onder meer aan de raadsman van de familie bericht dat de Raad van Bestuur op de hoogte was van de geclausuleerde inschrijving van H, dat hij onder supervisie stond van de anesthesiologen M (voorzitter van de vakgroep) en N (diens plaatsvervanger) en dat geen documentatie beschikbaar was over de wijze waarop is omgegaan met de bevoegdheidsbeperking van H.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGERS EN DE KLACHT

De klachten van respectievelijk de IGZ en de familie luiden - zakelijk weergegeven- als volgt:

De klachten van de IGZ:

preoperatief

a. Verweerder heeft onvoldoende aantekeningen in het dossier gemaakt waardoor de

overwegingen die tot de operatie hebben geleid niet kenbaar zijn voor derden.

b. Hij heeft noch de aard van de ingreep, noch welke bijholtes zouden worden geopereerd

genoteerd in het dossier.

c. Hij heeft niet in het dossier genoteerd of de alternatieven met patiënte zijn besproken, noch

de mogelijke complicaties. De echtgenoot ontkent dat dit is gebeurd.

d. Hij heeft niet gecontroleerd of het juiste instrumentarium aanwezig was voor de operatie.

e. Hij heeft geen bericht aan de huisarts gestuurd, noch aan medebehandelaars.

peroperatief

f. Verweerder heeft gekozen voor een vorm van opereren die destijds niet meer state of the art

was.

g. Hij was onbekwaam om de operatie uit te voeren, omdat hij de benadering van de

voorhoofdsholte van buitenaf naar eigen zeggen slechts eenmaal per jaar uitvoerde.

postoperatief

h. Hij heeft ten onrechte het door hem en anderen geconstateerde pupilverschil niet als

verontrustend beschouwd, waardoor mogelijk uitstel is ontstaan om nog in te grijpen.

i. De nazorg naar de familie is ernstig tekortgeschoten, er is geen contact meer geweest.

De klachten van de familie:

a. De manier van opereren van verweerder (uitwendig in plaats van endosanaal) werd anno

2006 onder vakgenoten als obsoleet gekenmerkt. Bovendien is de veroorzaakte

beschadiging kennelijk het gevolg van een kennelijk onvoldoende zorgvuldige uitvoering

van de ingreep, althans van gebruik van niet of minder geschikt instrumentarium.

b. Hij is ernstig tekortgeschoten in de nazorg. In de verkoe-verkamer wist hij dat er tijdens de

operatie een bloeding was geweest, dat patiënte niet wakker werd en dat er sprake was van

een pupilverschil. Hij had tegen die achtergrond geen geruststellende woorden mogen

spreken en niet zonder KNO-overdracht het ziekenhuis mogen verlaten.

c. Verweerder is ernstig tekortgeschoten in de verslaglegging door een veel te summier

operatieverslag te schrijven en te verzuimen aan de huisarts verslag te doen van het verloop

van de behandeling.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij op een aantal punten wel wat steken heeft laten vallen, te weten het niet-noteren van het informed consent, het niet-informeren over het risico op een intracraniële bloeding en het niet verzenden van een brief aan de huisarts en de medebehandelaars over de voorgenomen ingreep en van een brief aan de huisarts over de uitgevoerde ingreep, zij het dat toen het dossier in beslag was genomen door justitie. Hij heeft verzocht, voor het geval de klachten op onderdelen gegrond zijn, geen maatregel op te leggen vanwege de geringe ernst van de verzuimen en vanwege het feit dat hij zeer zwaar heeft geleden onder alle onderzoeken hetgeen heeft geleid tot zijn vervroegde pensionering. Op het gevoerde verweer wordt voor het overige zo nodig hierna ingegaan.

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.

Het college heeft de verschillende klachtonderdelen als hieronder aangegeven gecombineerd en overweegt te dien aanzien het volgende.

Het informed consent

5.2

Vast staat dat verweerder niet in het dossier heeft genoteerd dat hij met patiënte de alternatieven voor en de risico's van de voorgenomen ingreep heeft besproken. De echtgenoot, die naar verweerder erkent bij het gesprek over de ingreep aanwezig moet zijn geweest, ontkent dat op risico's en alternatieven is gewezen. Verweerder heeft te kennen gegeven dat hij hier altijd wel over praat met een patiënt maar het zich in concreto niet kan herinneren.

Gelet op het belang van een dergelijke voorlichting over een weliswaar regelmatig voorkomende maar desalniettemin ingrijpende en niet van risico's ontblote ingreep, is het ontbreken van een aantekening ter zake in het dossier tuchtrechtelijk verwijtbaar. Een deugdelijke voorlichting over risico's van en alternatieven voor de voorgenomen ingreep is voorts van zodanig belang, dat het ontbreken van een aantekening hierover in het medisch dossier als consequentie moet hebben dat het er in deze procedure voor moet worden gehouden dat die voorlichting niet heeft plaatsgevonden. Bovendien

heeft verweerder te kennen gegeven dat hij wel altijd vermeldt dat beschadiging van de reukzenuw of van de oogkas kan optreden, maar dat hij geen melding maakt van het risico op een intracraniële bloeding. Met de deskundigen is het college van oordeel dat, nu de kans hierop weliswaar zeer gering is maar de gevolgen zeer ernstig kunnen zijn, het noodzakelijk is ook te wijzen op het risico van beschadigingen in de regio van de schedelbasis. Anders dan verweerder heeft aangevoerd mocht hij er niet op vertrouwen dat K, die patiënte al eens op de OK-lijst had geplaatst, haar voldoende had geïnformeerd omdat ook daarvan geen notitie is gemaakt in het dossier. Op dit onderdeel zijn tuchtrechtelijke verwijten aan verweerder op hun plaats.

De dossiervorming en de berichten aan de huisarts/medebehandelaars

5.3

De aantekeningen van verweerder in het dossier zijn summier en slecht leesbaar. Maar het college beoordeelt deze, op de zojuist genoemde uitzondering na, als niet ongebruikelijk in het veld en kan deze daarom niet als beneden de maat beoordelen. Er dient voor te worden gewaakt het dossier, met de wetenschap van de dramatische afloop achteraf, onder een vergrootglas te leggen en anders te beoordelen dan te doen gebruikelijk bij een KNO-dossier dat primair is bedoeld voor de continuïteit van de zorgverlening. Anders dan de deskundige Graamans maar met de deskundige Hordijk is het college van oordeel dat de indicatie voor de ingreep voldoende uit het dossier blijkt en dat het dus niet strikt vereist was voor verweerder dit nog eens te noteren. Ook wat het operatieverslag betreft oordeelt het college, met de deskundige Hordijk, dat dit redelijk helder en niet beknopter dan te doen gebruikelijk de gang van zaken bij de ingreep weergeeft. Verweerder heeft hierbij niet nagelaten het optreden van een (ongebruikelijke) bloeding, die overigens gemakkelijk te stelpen was, en het tot twee keer toe ontbreken van gewenste instrumenten te noteren. Het college volgt de deskundigen niet in hun oordeel dat de aard van de voorgenomen ingreep niet voldoende expliciet is genoteerd. Een uitgebreidere vermelding had weliswaar de voorkeur verdiend, maar de vermelding “sanatie in narcose” omvat de voorgenomen ingreep, is in al zijn beknoptheid niet ongebruikelijk in een perifere ziekenhuis en was voor andere betrokkenen bij de behandeling

toereikend, mede gelet op het feit dat ter zitting is gebleken dat tevoren met het OK-personeel de voorgenomen operaties zijn besproken.

5.4

Verweerder heeft aangegeven dat hij normaal wel een brief aan huisarts en medebehandelaars stuurt voorafgaande aan een ingreep, maar dat dit er in dit geval gezien het korte tijdsverloop tussen de beslissing om dat te doen en de ingreep zelf bij is ingeschoten. Het college acht een brief over de voorgenomen ingreep wel noodzakelijk voor de dossiervorming van de huisarts en medebehandelaars. Het feit dat verweerder naar eigen zeggen de longarts wel mondeling heeft geïnformeerd kan hieraan niet afdoen. Tuchtrechtelijk is dit nalaten wel verwijtbaar. Als dit op zichzelf zou staan zou het wellicht niet hoeven te leiden tot een maatregel, maar in het onderhavige geval draagt dit wel bij aan het opleggen van een maatregel omdat het gevoegd moet worden bij andere, overigens ernstiger, verzuimen. Wat de brief achteraf aan de huisarts betreft, geldt eveneens dat dit noodzakelijk is - verweerder betwist dit ook niet- maar het college acht het ontbreken van deze brief gelet op de turbulente omstandigheden waarbij verweerdere handelen van alle kanten onderwerp van onderzoek was en het dossier justitieel in beslag was genomen, niet verwijtbaar.

De uitgevoerde ingreep en de bekwaamheid van verweerder

5.5

Verweerder heeft onbetwist aangevoerd dat hij het endonasale gedeelte van de ingreep zo'n tienmaal per jaar uitvoerde en het openen van buitenaf van de sinus frontalis gemiddeld eenmaal per jaar. Vooral dat laatste achten klagers zo weinig dat zij verweerder daartoe niet bekwaam achten. Het college is het daarmee, met beide deskundigen, niet eens. Bedacht dient te worden dat een dergelijke ingreep in de praktijk van een KNO-arts beduidend minder vaak voorkomt dan het endonasale gedeelte. Voorts dient niet alleen gelet te worden

op de vraag hoe vaak per jaar verweerder de desbetreffende ingreep uitvoerde, maar ook op zijn ervaring als geheel. Het gaat hier om een zeer ervaren KNO-arts en zeker dan rechtvaardigt een frequentie van eenmaal per jaar niet de conclusie dat hij als onvoldoende bekwaam is te beoordelen.

5.6

Anders dan klagers stellen, heeft geen van beide deskundigen geoordeeld dat de techniek van een sanatie van de voorhoofdsholte van buitenaf anno 2006 niet meer aanvaardbaar was te achten. Deskundige Graamans, die in het algemeen en ook op dit onderdeel het meest kritisch is geweest, heeft dit gedeelte van de ingreep anno 2006 gedateerd, betrekkelijk obsoleet en niet meer in de rede liggend genoemd, maar heeft aangegeven hiermee geen waardeoordeel te willen uitspreken. De raadsman van de familie heeft weliswaar erop gewezen dat volgens het leerboek 'Keel-, neus en oorheelkunde' van Huizing en Hordijk de uitwendige benadering van de sinus frontalis vrijwel verlaten is, maar het college moet erop wijzen dat het enkele feit dat dit aan aankomende artsen wordt bijgebracht, niet wegneemt dat deze techniek door de bestaande generatie van KNO-artsen nog regelmatig wordt gebruikt, ook voor sinus sanatie, zoals de deskundige Hordijk ook heeft aangegeven. Het past dan niet ter zake van het toepassen van een dergelijke techniek een tuchtrechtelijk verwijt te maken. Anders dan de IGZ heeft aangegeven, is aan het rapport 'Neusbijholtechirurgie' uit 2002 van dr. Brenkman geen argument te ontleen dat tot een ander oordeel noopt, waarbij het college er nog op wijst dat dr. Brenkman in zijn rapportage over deze zaak tot het oordeel is gekomen dat verweerder volgens de professionele standaard heeft gehandeld.

Iets anders is dat een meer functionele aanpak van de rhinosinusitisproblematiek door verweerder de voorkeur van het college en van de deskundigen had gehad, maar ook dat neemt niet weg dat de aanpak van verweerder wel verdedigbaar was, nog daargelaten dat hiertegen geen klacht is gericht.

De deskundige Graamans heeft er nog op gewezen dat het uiterst ongebruikelijk is om, zoals in casu, de linker sinus frontalis te openen terwijl de rechter sinus diende te worden

gesaneerd. Het college is van oordeel dat dit toch wat minder ongebruikelijk was en in dit geval verdedigbaar omdat, zoals verweerder heeft aangegeven en op de CT-scan was te zien, de linker sinus frontalis veel groter was dan de rechter.

5.7

De IGZ heeft er, in verband met het klachtonderdeel dat verweerder niet voorafgaand aan de operatie het instrumentarium heeft gecontroleerd, op gewezen dat zij in 2007 een rapport het daglicht heeft doen verschijnen, geheten 'Standaardisatie onmisbaar in het operatieve proces' en dat daarin controle van het instrumentarium door de operateur voorafgaand aan de ingreep als onmisbare stap wordt genoemd. Dat betekent voor deze problematiek naar het oordeel van het college echter niet dat dit in 2006 algemeen gangbare praktijk was. Alhoewel verweerder wel verantwoordelijk was voor de operatie en het gebruikte instrumentarium, mocht hij destijds na de voorafgaande bespreking met het operatiepersoneel aannemen dat hij voorafgaand aan de ingreep zou worden gewaarschuwd als er een of meer instrumenten zouden ontbreken. Het was dan aan hem om te besluiten of de ingreep doorgang zou vinden, zoals hij in casu tijdens de ingreep heeft gedaan en heeft mogen doen.

5.8

Het college stelt vast dat er geen aanwijzing is dat de bij de door verweerder uitgevoerde ingreep opgetreden beschadiging van de schedelbasis is veroorzaakt door een aan verweerder te verwijten fout. Het vindt beide deskundigen hierbij aan zijn zijde. In zijn algemeenheid is het nu eenmaal zo dat een dergelijke ingreep - in een ingewikkeld en onoverzichtelijk gebied dat vlak bij de hersenen ligt en hier en daar zeer kwetsbaar is, zoals in casu het dak van het zeebeen - risico's met zich brengt die bij een deugdelijke uitvoering door een oordeelkundige KNO-arts niet altijd zijn te vermijden. De in de literatuur vermelde incidentie van de hier aan de orde zijnde beschadiging, meestal overigens met minder dramatisch gevolg, wijst daar ook op. Voor het overige is noch uit de verklaringen van de operatieassistenten noch elders uit het dossier, ook niet uit de bloeding zelf, af te leiden dat bij de ingreep een fout is gemaakt. Er is dus sprake van een complicatie. Dit is, anders dan de familie meent, geen verhullend woord maar een gangbare manier om een ongewenst,

onbedoeld maar niet verwijtbaar gevolg van een ingreep aan te duiden.

de nazorg

5.9

Lang is met de deskundigen gesproken over de vraag of verweerder na afloop van de ingreep anders had moeten handelen dan hij heeft gedaan. Daarbij wordt vooropgesteld dat niet exact vaststaat hoe laat verweerder voor het laatst bij patiënte in de verkoeverkamer is geweest. Dit maakt het op zichzelf al lastig om te kunnen komen tot een tuchtrechtelijk verwijt, zoals klagers wensen. Bekend is wel dat (de pomp van) de narcose om 15:45 uur is gestopt en dat patiënte om 16:00 uur is aangekomen in de verkoeverkamer. Zo rond dat moment pleegt een patiënte bij een ingreep als de onderhavige bij kennis te komen, maar het is bekend dat dit ook langer kan duren. Het college houdt het ervoor dat verweerder patiënte om ongeveer 16:15 uur voor het laatst heeft gezien. Op dat moment was er sprake van een patiënte die na ongeveer een half uur nog niet bij kennis was, met een pupilverschil dat (nu er geen aanwijzing bestaat van het tegendeel) gering was en een bloeding tijdens de ingreep die eenvoudig te stelpen was. Het college betreft hierbij echter ook de omstandigheid waarop de deskundige Hordijk heeft gewezen, namelijk dat zich tijdens de ingreep in feite geen waarneembare omstandigheid had voorgedaan, ook niet de bloeding, die aanleiding moest vormen voor verweerder om te veronderstellen dat zich tijdens de ingreep een complicatie had voorgedaan in het hersengebied. De deskundige Graamans heeft uiteindelijk ter zitting aangegeven dat het op de rand van verdedigbaar is als met inachtneming van alle eerder genoemde omstandigheden 30 minuten na het stoppen van de anesthesie nog geen actie wordt ondernomen, maar dat verweerder bij vertrek wel had mogen aangegeven dat hij gewaarschuwd wilde worden als het nog een kwartier voortduurde dat patiënte niet bij kennis kwam. Deskundige Hordijk heeft aangegeven dat hij het wel kon billijken, juist omdat verweerder mocht menen dat de ingreep ongestoord was verlopen, dat hij niet binnen een half uur nadere actie heeft ondernomen. Het college volgt, mede gelet op het feit dat niet precies vaststaat hoe laat verweerder patiënte voor het laatst heeft gezien, beide deskundigen in hun oordeel dat niet tuchtrechtelijk aan verweerder is te verwijten dat hij niet voor zijn ver-

trek nadere actie heeft ondernomen (in de regel in de vorm van een spoedconsult van de dienstdoende neuroloog). Maar het feit dat patiënte na een half uur nog niet bijkwam en een (naar moet worden aangenomen gering) pupilverschil vertoonde, had voor verweerder wel aanleiding moeten zijn om patiënte over te dragen aan een KNO-arts ter plekke of om tenminste duidelijke instructies achter te laten wat te doen als het bijkomen te lang zou duren, in plaats van te vertrekken en patiënte achter te laten bij H. Het enkele feit dat verweerder steeds bereikbaar is geweest, is in de gegeven omstandigheden als onvoldoende aan te merken. Op dit punt is de klacht dus gegrond. Overigens is hiermee niet gezegd dat het overlijden van patiënte dan had kunnen worden voorkomen, gelet op de -naar achteraf is vastgesteld- bloeding zoals die tijdens de ingreep was ontstaan.

5.10

In het verlengde van het voorgaande geldt dat ook het feit dat de familie in het ziekenhuis waar de ingreep is verricht onvoldoende is opgevangen aan verweerder te verwijten. Hij had bij zijn vertrek de continuïteit van de zorg beter moeten regelen.

de maatregel

5.11

Het college concludeert dat -hoezeer er ook begrip is voor de gevoelens van de familie- de zwaarste verwijten aan verweerder, te weten dat hij onbekwaam een achterhaalde operatietechniek heeft toegepast en daarbij een fout heeft gemaakt waardoor patiënte is overleden, niet gegrond zijn. Wel zijn verwijtbaar het ontbreken van een brief aan huisarts en medebehandelaars voorafgaand aan de ingreep, de ontbrekende voorlichting van patiënte over de risico's van de voorgenomen ingreep en het noteren daarvan en bovenal het ontbreken van voldoende nazorg. Dit kan niet zonder maatregel blijven. Bij de bepaling van de maatregel houdt het college er rekening mee, enerzijds dat er sprake is van meerdere tekortkomingen doch anderzijds dat verweerder zwaar heeft geleden onder het feit dat hij naast deze tuchtrechtelijke

procedure te maken heeft gekregen met een interne onderzoekscommissie, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en een strafrechtelijk onderzoek, alsmede dat hij de praktijk inmiddels heeft neergelegd.

Alles overziend legt het tuchtcollege aan verweerder een waarschuwing op.

6. DE BESLISSING

Het college waarschuwt verweerder!

Aldus gedaan in raadkamer door mr. A.L. Smit, voorzitter, mr. E.W. de Groot, lid-jurist, dr. P.P.G. van Benthem, dr. A.T. van Rheineck Leyssius en dr. R.B. van Leeuwen, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 18 november 2010 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aan gelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.