

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2010-006a

**Datum uitspraak: 5 juli 2011**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

**A**,  
wonende te B,  
klager,

tegen:

**C**, anesthesist,  
werkzaam te D,  
de persoon over wie geklaagd wordt,  
hierna te noemen de arts.

### **1. Het verloop van het geding**

Namens klager heeft mr. T.G.M. Gersjes, advocaat te Eindhoven een klaagschrift met bijlagen ingediend, dat is ontvangen op 8 januari 2010. Namens de arts heeft mr. W.R. Kastelein, advocaat te Utrecht, op de klacht gereageerd, waarna partijen hebben gerepliceerd, respectievelijk gedupliceerd. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de gelegenheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord. De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare zitting van 10 mei 2011. Klager en zijn advocaat mr. Gersjes voornoemd, zijn niet verschenen. De arts is verschenen en werd bijgestaan door mr. Kastelein voornoemd.

### **2. De feiten**

2.1 De arts is als anesthesiste werkzaam bij het E.

2.2 De dochter van klager, F, hierna te noemen patiënte, is bekend met een aangeboren hartafwijking, tetralogie van Fallot. De hartafwijking is gelegen in een ventrikelsseptumdefect (VSD), waardoor de twee hartkamers met elkaar verbonden zijn, in een vernauwing bij of net onder de pulmonaalklep (pulmonalisklep stenose), waardoor de uitstroom uit de rechter ventrikel wordt bemoeilijkt, in de ligging van de aorta over het septaal defect, in plaats van in de linker ventrikel (dit wordt ook wel een overrijdende aorta genoemd) en in de grotere mate van gespierdheid van de rechter ventrikel (hypertrofie van de rechter ventrikel). Het is bekend dat bij patiënten met deze hartafwijking cyanotic spells (een periode van hypoxemie ten gevolge van een verminderde uitstroom van bloed uit de rechter ventrikel naar de arteria pulmonalis en een verergering van de

rechts-links shunt over het VSD) en hemodynamische instabiliteit kunnen voorkomen. Ook patiënte was bekend met cyanotic spells.

2.3 In april 2003 kwam patiënte naar Nederland. Op 11 april 2003 werd zij poliklinisch gezien door de kindercardioloog van het E die een medicamenteuze behandeling voorschreef van 3xddd 4 milligram Inderal, waarna de cyanotic spells verdwenen. Patiënte werd voorbereid op een operatie in het E.

2.4 Patiënte is op 13 mei 2003 geopereerd aan de hartafwijking in het E.

2.5 Tijdens de operatie is sprake geweest van een bloeddrukdaling en een periode van zuurstoftekort. Hierdoor is neurologische schade opgetreden. Bij patiënte is sinds de operatie sprake van corticale blindheid. Patiënte is daardoor vrijwel blind aan beide ogen.

2.6 Ruim twee maanden na de operatie is patiënte teruggekeerd naar B.

### **3. De klacht**

Klager verwijt de arts dat deze onvoldoende rekening heeft gehouden met de mogelijke effecten van het gebruik van Inderal. Voorts verwijt klager de arts dat er niet continu is ge-

monitord tijdens de operatie. Bij repliek heeft klager nog gesteld dat hij van te voren niet op de hoogte is gesteld van de mogelijke complicaties.

### **4. Het standpunt van de arts**

Het was de arts bekend dat patiënte een risico liep op een bloeddrukdaling. In verband met de wetenschap dat de meest riskante periode voor het optreden van een cyanotic spell de inleiding van de anesthesie en de periode van chirurgische manipulatie is, is van tevoren verschillende medicatie klaargelegd. Voorts is er sprake geweest van een continue monitoring volgens de professionele standaard van 2003; de bloeddruk werd gemonitord via een canule ingebracht in de slagader. Bovendien is er sprake geweest van monitoring met behulp van een zogenaamde BIS monitor. Cerebrale oximetrie bestond in 2003 nog niet in het G. Op het moment dat de arts zag dat er geen registratie plaatsvond, hetgeen een teken was voor een bloeddrukdaling, heeft de arts de medicatie toegediend.

De arts betwist tot slot dat de ouders van patiënte niet goed zijn geïnformeerd. Er is aangegeven dat de kans op overlijden of een ernstige complicatie 2% is. Dit is niet nader gespecificeerd vanwege het scala aan mogelijke complicaties.

### **5. De beoordeling**

5.1 Klager wordt als vader van de minderjarige patiënte als rechtsreeks belanghebbende als bedoeld in artikel 65 Wet BIG aangemerkt.

5.2 Bij de beoordeling van de onderhavige klachten stelt het College vast dat het ging om een zeer gecompliceerde ingreep waarbij in de pre-, per en postoperatieve fase onder meer een kindercardioloog, een thoraxchirurg, een anesthesioloog en een intensivist betrokken waren met ieder een eigen rol en verantwoordelijkheid. De arts is bij de behandeling van patiënte betrokken geweest als anesthesiste. In die hoedanigheid was zij belast met het geven van de anesthesie tijdens de operatie en de controle, de bewaking en de ondersteuning van de vitale functies van patiënte gedurende de operatie die normaal en vlot verlopen is met chirurgisch technisch een goed resultaat.

Vast staat dat patiënte na aankomst in Nederland op basis van een valide indicatie door de kindercardioloog ter bestrijding van ernstige cyanotic spells met succes werd behandeld middels Inderal medicatie.

Wat betreft klachtonderdeel 1 is het College van oordeel dat de primaire taak om te anticiperen op de mogelijke effecten van de Inderal medicatie tijdens de operatie

aan de arts zijn toebedeeld. Zo ook in casu. De arts, die ruime ervaring had met het geven van anesthesie tijdens de operatie die patiënte onderging, was als geen ander op de hoogte van de mogelijke complicaties van Inderal gebruik, waaronder bloeddruk-daling.

Bij patiënte werden derhalve door de arts voorzorgsmaatregelen getroffen waarbij bij de eerste tekenen van een bloeddrukdaling direct ingegrepen kon worden met de vooraf klaargelegde medicatie die o.a. bestond uit Fenylefrine en vaatvullende middelen. Uit het medisch dossier en uitleg van de arts ter zitting van de uitdraai van de monitoring tijdens de operatie werd duidelijk dat de arts op zogenaamde “dippen” in de bloeddruk van patiënte meteen had gereageerd middels het toedienen van een adequate dosis Fenylefrine. Ook werd de hypotensie die ontstond bij het vrijprepareren vlak voor de perfusie, mogelijk op basis van een cyanotic spell, door de arts direct met vaatvullende middelen en dopamine behandeld.

In tegenstelling tot hetgeen klager naar voren brengt is het College van oordeel dat de arts adequaat heeft gehandeld en haar hierin geen enkel verwijt treft.

5.3 Ook het verwijt van klager, dat er niet continu is gemonitord tijdens de operatie, treft geen doel.

Uit hetgeen de arts ter zitting naar voren heeft gebracht blijkt dat tijdens de hele operatie alle vormen van continue en discontinue monitoring volgens de toen heersende richtlijnen standaard aangesloten zijn geweest bij patiënte. Tevens werd als extra vorm van monitoring bij deze patiënte het sedatie niveau continu gemonitord met behulp van een BIS monitor. Wel was vlak voor het aansluiten van patiënte op de hart-longmachine de BIS registratie, door de medisch adviseur van klager in zijn advies (bijlage 2 van het klaagschrift) foutief geduid als monitor voor de doorbloeding van de hersenen, niet leesbaar. Dit is mogelijk het gevolg van een meetfout of een laag EEG signaal, een alarm voor de arts waarop zij onmiddellijk ingreep, maar dit geeft niet aan dat de monitoring werd gestaakt. Integendeel de monitoring stickers werden meteen na de inleiding op het hoofd van patiënte geplakt en pas na afloop van de ingreep verwijderd.

Na lezing van het voorafgaande komt het College tot de conclusie dat het door klager in repliek bijgevoegde operatieverslag met daarin de zinsnede van de arts: “tijdens BIS registratie aantal minuten geen (cerebrale perfusie) geregistreerd” in tegenstelling tot hetgeen klager aanvoert niet betekent dat de monitoring op enig moment tijdens de operatie is gestaakt. Voor het College is het derhalve voldoende aannemelijk geworden dat er gedurende de gehele operatie permanent is gemonitord door de arts en op het moment dat de BIS registratie uitviel als gevolg van een dermate lage waarde dat deze niet kon worden uitgelezen, de arts hier adequaat op heeft gereageerd.

5.4 Met betrekking tot het verwijt dat klager door de arts niet op de hoogte is gesteld van de mogelijke complicaties merkt het College het volgende op.

Als uitgangspunt geldt, dat op de arts de plicht rust voorafgaand aan de ingreep informatie te verstrekken over de redelijkerwijs te verwachten gevolgen van de behandeling, alsmede over de risico's en complicaties die voor patiënt van belang worden geacht. De arts heeft ter zitting naar voren gebracht dat het in het multidisciplinaire team van het E vaste afspraak is dat voor een operaties zoals uitgevoerd bij patiënte, de thoraxchirurg met de familie spreekt over de hiervoor beschreven zaken. Na onderlinge afstemming binnen het team van het E werd zoals gewoonlijk ook in casu besloten de thoraxchirurg voorafgaand aan de ingreep van de minderjarige patiënte met de moeder van patiënte te laten spreken. De thoraxchirurg heeft naar voren gebracht dat er in zijn algemeenheid 2% kans is op overlijden of een zeer ernstige complicatie die hij niet

nader heeft gespecificeerd omdat deze ernstige en niet-voorzienbare afwijkingen betreft met een incidentie van minder dan 1%. De corticale blindheid van patiënte valt onder de laatste categorie en is door de thoraxchirurg niet expliciet besproken met de ouders van patiënte. Dit kan echter niet los gezien worden van de absolute dringende indicatie die voor de operatie van patiënte bestond. Zonder operatief ingrijpen was de kans op overlijden van patiënte te verwachten binnen enkele maanden tot enkele jaren. Dit impliceert dat de risico's van niet opereren vele malen hoger waren dan de risico's van de operatie. De facto was niet opereren geen optie. De thoraxchirurg heeft er derhalve niet voor gekozen de ouders de dag voor de operatie te confronteren met de dramatische maar zeer zeldzame complicaties maar heeft ze wel ingelicht over de redelijkerwijs te verwachten gevolgen, risico's en complicaties om toestemming te verkrijgen voor de operatie van patiënte die eigenlijk geen uitstel duldde. De hiervoor geschetste gang van zaken ontmoet geen bedenkingen bij het College en kan daarom de arts niet worden verweten.

5.5 Het bovenstaande brengt met zich mee dat de arts niet buiten de grenzen van een redelijke beroepsuitoefening is getreden en dat haar geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. De klacht is daarom in al zijn onderdelen ongegrond.

## **6. De beslissing**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage beslist als volgt:

wijst de klacht af.

Deze beslissing is gegeven door: mr. M.A.F. Tan-de Sonnaville, voorzitter, mr. R.P. Wijne, lid-jurist, dr. I. Dawson, dr. R.W. Koster en P.C.L.A. Lambregts, leden-artsen, bijgestaan door mr. G.G.M.L. Huntjens, secretaris en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 5 juli 2011.

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, voorzover de klacht is afgewezen, of voorzover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aangelegenheid 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 's-Gravenhage, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.