

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

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

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, thoraxchirurg,
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 thoraxchirurg 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 waarvoor zij pre-operatief al Inderal gebruikte.

2.3 Patiënte is op 13 mei 2003 voor de beoogde hartoperatie opgenomen in het E. Diezelfde dag is patiënte geopereerd aan de hartafwijking.

2.4 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.

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

3. De klacht

Klager verwijt de arts dat deze – bekend met het gebruik van Inderal – onvoldoende heeft geanticipeerd op de mogelijke effecten van Inderal tijdens de operatie van patiënte. Klager verwijt de arts voorts dat deze de anesthesist onvoldoende heeft geïnformeerd over de effecten van Inderal tijdens de operatie en de anesthesist onvoldoende heeft gewezen op de noodzaak om tijdens de operatie continu te monitoren. 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 en de anesthesist 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 om hierop te anticiperen 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, dit is een vorm van een EEG monitoring die een indicatie geeft van de mate van sedatie. Cerebrale oximetrie bestond in 2003 nog niet in het G. De middelen heeft de anesthesist direct toegediend toen zich de eerste tekenen van een bloeddrukdaling voordeden, te weten op het moment dat registratie stokte.

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 thoraxchirurg. In die hoedanigheid was hij belast met de indicatiestelling en de uitvoering van de operatie die normaal en vlot verlopen is met chirurgisch technisch een goed resultaat. 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 cardioanesthesist zijn toebedeeld. Zo ook in casu. De cardioanesthesiste, die ruime ervaring had met het geven van anesthesie tijdens de operatie die patiënte onderging, heeft bij de eerste tekenen van bloeddrukdaling direct de daartoe van te voren klaar gelegde medicatie,

o.a. Fenylefrine, en vaatvullende middelen toegediend en derhalve adequaat en lege artis gehandeld. Het College is van oordeel dat de arts hierin geen enkel verwijt treft.

5.3 Ook het verwijt van klager, dat de arts de anesthesiste onvoldoende heeft geïnformeerd over de effecten van Inderal tijdens de operatie en de anesthesiste onvoldoende heeft gewezen op de noodzaak om tijdens de operatie continu te monitoren, treft geen doel. Bij patiënte was op basis van ernstige cyanotic spells een indicatie om direct bij aankomst in Nederland te starten met Inderal medicatie.

De cardioanesthesiste, die zoals hiervoor beschreven als ervaren deskundige op zeer regelmatige basis anesthesie geeft bij deze ingrepen, was bekend met het feit dat patiënte Inderal slikte met alle mogelijke complicaties van dien. Er werden derhalve bij patiënte voorzorgsmaatregelen getroffen om adequaat te kunnen reageren op per-operatieve bloeddrukdalingen. De arts hoefde de cardioanesthesiste derhalve niet nog expliciet te wijzen op de effecten van de Inderal medicatie, die algemeen bekend zijn binnen deze beroepsgroep.

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 er vlak voor het aansluiten van patiënte op de hart-longmachine sprake van een dermate lage waarde dat deze niet kon worden uitgelezen. Dit is mogelijk het gevolg van een meetfout of een laag EEG signaal maar 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. Het college is ook met betrekking tot dit klachtonderdeel van mening dat de arts hierin geen enkel verwijt treft.

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 de patiënt van belang worden geacht.

Door de arts werd voorafgaand aan de ingreep van de minderjarige patiënte met de moeder van patiënte en een in Nederland wonend familielid van patiënte gesproken. De arts 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 die laatste categorie en is door de arts 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 arts heeft er derhalve niet voor gekozen de ouders de dag voor de operatie te confronteren met dramatische maar zeer zeldzame complicaties.

Deze handelswijze van de arts rechtvaardigt naar het oordeel van het College niet het verwijt van klager dat de arts complicaties niet met de ouders heeft besproken omdat corticale blindheid behoort tot de categorie zeer zeldzame complicaties met de hiervoor genoemde lage incidentie en hij de ouders wel heeft 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.

5.5 Het bovenstaande brengt met zich dat de arts niet buiten de grenzen van een redelijke beroepsuitoefening is getreden en dat hem geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. De klacht is daarom in zal 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.