

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2010-189

Datum uitspraak: 13 december 2011

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

A,
wonende te B,
klaagster,

tegen:

C, chirurg,
wonende te D
de persoon over wie wordt geklaagd,
hierna te noemen de arts.

1. Het verloop van het geding

Het klaagschrift is ontvangen op 28 september 2010. Mr. V.C.A.A.V. Daniëls, werkzaam bij de Stichting VvAA rechtsbijstand te Utrecht, heeft namens de arts een verweerschrift ingediend, waarna repliek en dupliek hebben plaatsgevonden. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de gelegenheid om in het vooronderzoek te worden gehoord. De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare zitting van 18 oktober 2011. Partijen zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Klaagster werd bijgestaan door E, verbonden aan F. De arts werd bijgestaan door mr. Daniëls. Beide partijen hebben pleitnotities overgelegd.

2. De feiten

De klacht heeft betrekking op de behandeling van de zuster van klaagster, G, hierna te noemen patiënte.

Patiënte is op 3 november 2007 via de Spoedeisende Hulp opgenomen in het H op de afdeling neurologie in verband met krachtverlies in de linker lichaamshelft en slik- en spraakstoornissen. Drie weken tevoren was zij gezien in het I met een TIA, spraakstoornissen en een afhangelende mondhoek. Op 4 november 2007 kreeg patiënte epileptische aanvallen en werd zij overgeplaatst naar de afdeling Intensive Care (IC). Kunstmatige beademing was nodig. Hiertoe werd patiënte door de mond geïntubeerd. Na enkele dagen werd tevergeefs geprobeerd patiënte van de beademing af te halen. Zij verslikte zich veel en extubeerde zichzelf. De tube moest opnieuw worden ingebracht. Patiënte had koorts en ontwikkelde een longontsteking.

De IC in het H was destijds niet toegerust op langdurige beademing van patiënten.

In het multidisciplinair overleg van de behandelende specialisten (MDO), waar ook een chirurg aanwezig was, werd op 12 november 2007 besloten bij patiënte een tracheostoma te plaatsen. De operatie werd toegevoegd aan het operatie programma van de arts op 14 november 2007.

De arts heeft patiënte op die dag voor het eerst gezien. Patiënte was dik en had een zeer dikke nek. De arts heeft de tracheotomie uitgevoerd met gebruik van een standaard tube, die hij met vleugeltjes in het weefsel van de hals heeft gefixeerd. De volgende dag is de arts met vakantie gegaan.

Op de vierde dag na de operatie ontstond een wondinfectie. De wond is op 19 november 2007 door een collega chirurg geopend. Patiënte ging verder achteruit en werd instabiel. Op 20 november 2007 is zij overgeplaatst naar het I, waar de tube is vervangen. Patiënte is op 27 maart 2008 overleden.

3. De klacht

Klaagster verwijt de arts het volgende.

1. De arts heeft voorafgaand aan de ingreep niet overlegd met de verantwoordelijke arts. Er was geen sprake van een levensbedreigende situatie, de behandeling had kunnen worden uitgesteld totdat een langere canule zou zijn besteld. De arts had, toen hij zag hoe dik de nek was, moeten besluiten de operatie niet uit te voeren, gezien de risico's die aan de operatie waren verbonden en ook omdat hij de volgende dag met vakantie ging.

2. De arts was niet bekwaam. Hij heeft gezegd de methode 18 jaar geleden te hebben geleerd van zijn opleider en deze vijf tot tien keer te hebben uitgevoerd. Op een ander moment heeft hij gezegd dat hij de operatie tientallen keren heeft gedaan. De arts is dus onbetrouwbaar in de informatie die hij geeft over het aantal keren dat hij de operatie heeft uitgevoerd.

4. Het standpunt van de arts

De arts heeft verweer gevoerd. dat voor zover nodig hierna zal worden besproken.

5. De beoordeling

5.1. Uit het medisch dossier blijkt dat de beslissing tot het uitvoeren van een tracheotomie is genomen in het multidisciplinair overleg van 12 november 2007, waar de behandelend neuroloog, de anaesthesist en een chirurg aanwezig waren. Het voornemen is ook besproken met een zuster van patiënte, die met de operatie heeft ingestemd. Er waren goede redenen om bij patiënte een tracheostoma te plaatsen. Patiënte werd al tien dagen beademd door middel van intubatie. Dit is schadelijk voor de stembanden. Patiënte verslikte zich vaak. Dit wordt nog erger als de stembanden en het strottenklepje beschadigd raken. Het verslikken leidt ertoe dat longontstekingen ontstaan. Patiënte had zich al eens geëxtubeerd. Ook dat is schadelijk voor de stembanden. Bovendien bestond de vrees dat het extubereren zich zou kunnen herhalen en dat een nieuwe intubatie, die de twee eerdere keren erg moeilijk was geweest, niet meer zou lukken. Uitstel van de operatie was daarom niet gewenst.

De arts heeft patiënte weliswaar pas op 14 november 2007 voor het eerst gezien, maar hij was door de collega chirurg die het MDO heeft bijgewoond, ingelicht over het postuur van patiënte en in het bijzonder de zeer dikke nek. De arts heeft een weloverwogen en naar het oordeel van het College verantwoorde keuze gemaakt door de operatie uit te voeren zoals hij heeft gedaan. De dikke nek maakte dat een speciale techniek moest worden toegepast om de tube te fixeren. Een vaste richtlijn hoe dat moet gebeuren bestaat niet. Aan het gebruik van een langere dan de normale tube was het risico ver-

bonden dat de tube door zijn lengte onvoldoende stabiel zou kunnen worden gefixeerd met het risico dat de tube bij los schieten onvoldoende snel opnieuw kon worden ingebracht. Het was belangrijk dat de tube goed werd vastgezet. De arts heeft de tube vastgehecht in het halsweefsel om het risico van losraken zoveel mogelijk te voorkomen. Dit was een verantwoorde afweging.

5.2. De arts heeft verklaard dat hij als chirurg tientallen keren een tracheostoma heeft geplaatst en dat hij de methode van fixatie in het halsweefsel, die hij tijdens zijn opleiding heeft geleerd maar veel minder vaak nodig is, enkele malen eerder heeft toegepast. De arts had daarmee voldoende ervaring om de operatie verantwoord uit te voeren. Dat na de operatie een wondinfectie is ontstaan betekent niet dat de arts een fout heeft gemaakt. Uit het verpleegkundig verslag blijkt dat de arts de verpleegkundigen uitleg heeft gegeven over de gebruikte techniek en hen heeft geïnstrueerd hoe de wond van patiënte en het stoma moesten worden verzorgd. Wondinfectie is bij een tracheotomie een voorkomende complicatie door de aanwezigheid van sputum, vocht en lichaamsvreemd materiaal dat in de wond kan lekken, zeker indien er een situatie ontstaat zoals bij deze patiënte.

5.3. De klacht dat de arts onbetrouwbare of onjuiste informatie heeft gegeven berust op een misverstand. Dit punt is onder 5.2. voldoende weerlegd.

Uit het voorgaande volgt dat de klacht niet gegrond is. De klacht zal dan ook worden afgewezen.

6. De beslissing

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

wijst de klacht af.

Deze beslissing is gegeven door: mr. P.A. Offers, voorzitter, mr. C.C. Dedel-van Walbeek, lid-jurist, drs. M. Bakker, prof. Dr. J.H. van Bockel en dr. B. van Ek, leden-artsen, bijgestaan door mr. V.J. Schelfhout-van Deventer, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 13 december 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.