

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2011.309

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2011.309 van:

A., wonende te B., appellant, klager in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. T.G.M. Gersjes, advocaat te Eindhoven,
tegen

C., anesthesist, werkzaam te D., verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. W.R. Kastelein, advocaat te Utrecht.

1. Verloop van de procedure

A. – hierna klager – heeft bij brief, ingekomen op 8 januari 2010 bij het Regionaal Tuchtcollege te 's-Gravenhage tegen C. – hierna de anesthesist – een klacht ingediend. Bij beslissing van 5 juli 2011, onder nummer 2010-006a heeft dat College de klacht afgewezen. Klager is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen.

De anesthesist heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 26 juni 2012. Klager en de anesthesist – alsmede hun gemachtigden – zijn niet verschenen.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“2. De feiten

2.1 *De arts is als anesthesiste werkzaam bij het E.*

2.2 *De dochter van klager, F., geboren op 5 maart 2002, hierna te noemen patiënte, is bekend met een aangeboren hartafwijking, tetralogie van Fallot. De hartafwijking is gelegen in een ventrikelseptumdefect (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 3xdd 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 bloeddruk daling 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 gemonitord 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 bloeddrukdaling. 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.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep niet is bestreden.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1 In zijn (aanvullend) beroepschrift heeft klager zijn klacht – schriftelijk – herhaald en nader toegelicht en geconcludeerd tot gegrondverklaring van de klachten.

4.2 De anesthesist heeft in haar verweerschrift geconcludeerd dat alle grieven dienen te worden verworpen en de bestreden beslissing dient te worden bevestigd.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege heeft kennis genomen van het schriftelijk verzoek van klager een deskundige te benoemen die schriftelijk zal rapporteren. Het Centraal Tuchtcollege is echter niet gebleken van feiten of omstandigheden die met zich brengen dat het Centraal Tuchtcollege op grond van de stukken en het verhandelde ter terechtzitting onvoldoende zou zijn voorgelicht en acht een nader deskundigenrapport derhalve niet opportuun.

4.4 De behandeling van de zaak in hoger beroep heeft het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg, zodat het beroep moet worden verworpen.

4.5 Het Centraal Tuchtcollege voegt hieraan, zulks met het oog op het specifieke verwijt in hoger beroep dat de anesthesist aan (de vertegenwoordigers) van F. in het kader van het “informed consent” niets gezegd heeft over mogelijk optredende blindheid, het volgende toe.

Een arts moet de patiënt informeren over de normale, voorzienbare risico's van de behandeling. Hij hoeft niet op alle mogelijke risico's te wijzen. Welke risico's moeten worden genoemd zal afhangen van de omstandigheden van het geval. De aard van het risico (blijvend letsel of ongemak van voorbijgaande aard), de kans dat het risico zich verwezenlijkt (het incidentiepercentage) zijn daarbij belangrijke factoren.

De informatieplicht zal in omvang toenemen naarmate het gaat om medisch niet of minder noodzakelijke ingrepen. Voorts zal de informatieplicht zwaarder tellen naarmate de behandelmethoden minder conventioneel zijn.

Tegen deze achtergrond kan, zoals overeenstemt met de beoordeling door het Regionaal Tuchtcollege, niet gezegd worden dat de anesthesist bij de onweersproken dringendheid van het medisch ingrijpen en de daarvoor gekozen methode, het incidentiepercentage van 2 en de geringe kans op de verwezenlijking van het specifieke risico van blindheid, tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld door de moeder, als vertegenwoordiger van minderjarige patiënte (slechts) erop te wijzen dat 2% kans bestond op ernstige complicaties en/of overlijden.

4.6 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal de beslissing op na te melden wijze bekend worden gemaakt.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Medisch Contact en Gezondheidszorg Jurisprudentie, met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: mr. A.H.A. Scholten, voorzitter, mr. H.C. Cusell en mr. G.P.M. van den Dungen, leden-juristen en dr. G.J. Clevers en dr. J.S. Pöll, leden-beroepsgenoten en mr. R. Blokker, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 18 september 2012. Voorzitter w.g. Secretaris w.g.