

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2011.310

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2011.310 van:

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

H., thoraxchirurg, 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 H. – hierna de thoraxchirurg – een klacht ingediend. Bij beslissing van 5 juli 2011, onder nummer 2010-006b heeft dat College de klacht afgewezen. Klager is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen.

De thoraxchirurg 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 thoraxchirurg – 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 thoraxchirurg 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 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 bloeddrukval 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 bloeddruk-daling. 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 bloeddruk-daling voordeden, te weten op het moment dat registratie stakte.

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 bloeddruk-daling 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 bloeddruk dalingen. 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.”*

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 thoraxchirurg heeft in zijn 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 thoraxchirurg 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 thoraxchirurg 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 Gezondheids-recht, 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.