

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: 1127e

**Uitspraak: 31 mei 2012**

**HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS-  
ZORG**

**TE EINDHOVEN**

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 15 juni 2011 binnengekomen klacht van:

A  
wonende te B  
klager  
gemachtigde mw. mr. I.J.L. Daemen te Maastricht

tegen:

C  
arts assistent  
werkzaam te B  
wonende te B  
verweerder  
gemachtigde mr. V.C.A.A.V. Daniels te Utrecht

**1. Het verloop van de procedure**

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift en de aanvulling daarop
- het verweerschrift
- de repliek
- de dupliek
- een schrijven van de gemachtigde van klager ontvangen op 10 april 2012.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

De klacht is ter openbare zitting van 23 april 2012 behandeld. Partijen waren, bijgestaan door hun gemachtigden, aanwezig. De standpunten van partijen zijn toegelicht, waarbij de gemachtigde van klager gebruik heeft gemaakt van een pleitnota, die is overgelegd. De door klager aangezegde getuigen D, E en F zijn gehoord. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld vragen aan de getuigen te stellen.

## **2. De feiten**

Op grond van de gedingstukken en de verklaringen ter zitting zijn de volgende feiten, voor zover te dezen van belang, voldoende komen vast te staan.

Klager is de vader van G, in april 2004 geboren met het syndroom van Löwe (oculo-cerebro-renaalsyndroom). G is meervoudig gehandicapt, woog in 2010 rond de 17 kilogram bij een lengte van 103 cm. In 2008 is bij G een PEG geplaatst, later vervangen door een Mic-Key katheter.

Op 18 november 2010 is door de kinderchirurg (hierna ook eerstgenoemde kinderchirurg te noemen) van het ziekenhuis, waar verweerder in opleiding was, na een periode van herhaaldelijke diaree in 2008 en 2009, de Mic-Key, omdat die onrustig oogde, weer vervangen door een PEG, waarna de bestaande opening gesloten is. Deze gastroscopische ingreep is zonder bijzonderheden verlopen.

Eenmaal terug op de recovery braakte G om 17.45 uur bloed. Door eerstgenoemde kinderchirurg is dat door spoelen met koud water behandeld. Nadat G weer stabiel beoordeeld was, heeft eerstgenoemde kinderchirurg zowel schriftelijk (middels notities in de medische status) als telefonisch zijn dienst overgedragen aan verweerder. Verweerder is door eerstgenoemde kinderchirurg geïnformeerd over de operatie, het eerder bloedbraken en de behandeling ervan en hem is de instructie gegeven bij hernieuwd bloedbraken van G onmiddellijk een laboratoriumonderzoek en een hersteloperatie te gelasten. Nadat eerstgenoemde kinderchirurg uitleg aan klager had gegeven over de verrichte ingrepen, is deze om 18.30 uur naar huis gegaan.

Rond 18.30 uur kreeg G een tweede episode van bloedbraken: uiteindelijk 7 keer. De verpleegkundige op de recoveryafdeling heeft, toen G de eerste keer bloedbraakte, de anesthesioloog gebeld, die op een van de twee in bedrijf zijnde OK's vaststond bij een patiënt en daar op dat moment niet gemist kon worden. De anesthesioloog heeft de instructie gegeven de dienstdoende arts-assistent te bellen. Omdat de verpleegkundige het handschrift van eerstgenoemde kinderchirurg in de medische status niet kon ontcijferen voor wat betreft de

naam van de dienstdoende arts-assistent, heeft zij rechtstreeks de als achterwacht voor kinderen dienstdoende chirurg thuis gebeld. Deze chirurg heeft rond 19.00 uur contact gelegd met eerstgenoemde kinderchirurg, door wie zij volledig is geïnformeerd over de behandelingen die hadden plaatsgevonden en is geïnstrueerd over welke handelingen gelet op het ontstane bloedbraken moesten worden verricht. Zij is vervolgens meteen naar het ziekenhuis gekomen om de gezondheidstoestand van G zelf te kunnen beoordelen.

Rond 19.00 uur heeft ook verweerder contact gehad met eerstgenoemde kinderchirurg, met wie hetzelfde besproken is als met de dienstdoende chirurg.

De dienstdoende chirurg heeft G na aankomst in het ziekenhuis op grond van de uitslagen van de bloedwaarden, de pols- en de bloeddruk en de capillaire refill, hemodynamisch stabiel beoordeeld, evenals de anesthesioloog, die op grond van dezelfde bevindingen die conclusie rond 18.45 uur had getrokken. Tevens heeft de anesthesioloog hemoglobine en stolling gecontroleerd en is er extra vulling gegeven. Voluven en packed cells zijn rond 19.00 uur gestart. Op de OK is een tweede packed cells gestart,

welke bij aankomst op de PICU nog niet helemaal was ingelopen. Al die tijd bleven de tensies rond de P20-50. Tussen 18.00 uur en 20.15 uur zijn telkens bloeddrukwaarden genoteerd variërend tussen de 100/50 en 70/40, met een zuurstofsaturatie van minimaal 97% en een polsfrequentie van tussen de 90 en 110/min.

De dienstdoende chirurg heeft na het besluit om tot een re-operatie over te gaan, om 19.30 uur het MDL-team daartoe bij elkaar geroepen. Dit team bestond uit de dienstdoend kinderarts MDL, een MDL-arts en een MDL-arts in opleiding.

Ook de dienstdoende kinderarts MDL heeft nog telefonisch contact met de eerstgenoemde kinderchirurg gehad, die vervolgens om 20.30 uur bij het ziekenhuis is aangekomen, om bij de tweede operatie aanwezig te zijn.

Die avond waren er twee OK's in bedrijf. De anesthesioloog, die op de hoogte was van de aard en de verwachte duur van de operaties (waaronder een naar verwachting kortdurende operatie, te weten: het draineren van een perianaal abces), heeft besloten geen derde OK bedrijfsklaar te laten maken. Het gebruiksklaar maken van een derde OK betekent geen uitbreiding van personeel, maar betekent dat de OK-verpleegkundigen niet over twee, maar over drie OK's worden verdeeld. Om die reden wordt uitsluitend in levensbedreigende situaties tot het in gebruik nemen van een derde OK overgegaan. De anesthesioloog heeft de gezondheidstoestand van G geen enkel moment als levensbedreigend beoordeeld.

Omdat een van beide operaties een half uur langer duurde dan verwacht, is G na het gereedmaken van de OK voor zijn operatie, niet om 20.30 uur, maar om 21.00 uur naar de

OK gebracht. Tijdens de operatie heeft men als bijzonderheid en oorzaak van het bloedbraken een oozende gastrotomie-wond aangetroffen, waarbij enkele endoclips zijn geplaatst. Na de operatie is G gebracht naar de PICU, alwaar zich geen complicaties meer hebben voorgedaan.

Gedurende de hele periode dat G op de recovery is geweest, heeft klager naast hem gezeten, en zelf het spuugbakje bij G gehanteerd. De dienstdoende chirurg, verweerder, de anesthesioloog, en de recovery-verpleegkundigen betrokken bij G, hebben klager - sommigen zelfs meerdere malen - op de hoogte gehouden van hun bevindingen en het plan van de re-operatie uiteengezet. Het was die avond zeer druk en onrustig op de recovery.

Vanaf 19 november 2010 hebben de artsen de eerstgenoemde kinderchirurg, de dienstdoende chirurg en de IC-arts met name, gesprekken met de ouder(s) gevoerd en uitleg gegeven over de gang van zaken op 18 november 2010.

### **3. Het standpunt van klager en de klacht**

Klager verwijt verweerder dat hij ernstig nalatig is geweest in het bieden van optimale zorg voor G doordat hij G ten onrechte hemodynamisch stabiel heeft beoordeeld, hetgeen tot een verkeerde prioriteitenanalyse heeft geleid. Per definitie is het al niet mogelijk dat iemand die een maagbloeding heeft gehad, hemodynamisch stabiel is. Er is sprake geweest van 7 keer bloedbraken en van hypotensie.

### **4. Het standpunt van verweerder**

Nadat verweerder om 18.15 uur door eerstgenoemde kinderchirurg op de hoogte was gebracht dat G bloed had gebraakt en dat zijn maag met ijswater was gespoeld, waarbij werd afgesproken dat bij opnieuw bloedbraken laboratoriumonderzoek diende te worden verricht en de dienstdoende MDL-arts ingelicht diende te worden om een gastroscopie te verrichten, heeft verweerder om 18.45 uur G op de recovery bezocht. G had toen

driemaal bloederig slijm met bijmenging van enkele stolsels gebraakt. Er was reeds extra infuusvulling gegeven door de anesthesioloog. De hemodynamiek van G was onder controle met een bloeddruk van 80/60 mmHg en een pols van 113 slagen per minuut. G had een saturatie van 98%. In overleg met de anesthesioloog werd besloten eenmaal packed cells toe te dienen. Rond die tijd was er geen sprake van een zodanige hemodynamische situatie dat onmiddellijk exploratie middels gastroscopie op de OK noodzakelijk was. Vervolgens heeft verweerder de dienstdoende chirurg gebeld, die al onderweg was en door de eerstgenoemde kinderchirurg op

de hoogte was gesteld van het behandelplan. Verweerder heeft ook de eerstgenoemde kinderchirurg op de hoogte gesteld. Verweerder heeft klager gesproken en de stand van zaken toegelicht. Daarna is hij naar de OK gegaan om een andere patiënt te opereren, waarna hij niet meer actief bij deze kwestie betrokken was. Van een onjuiste beoordeling en een verkeerde prioriteitenanalyse is naar de mening van verweerder geen sprake geweest.

Verweerder kan zich voorstellen dat het bloedbraken voor de ouders van G een zeer indrukwekkende en traumatische ervaring moet zijn geweest. Hij is evenwel van mening dat hij niet onzorgvuldig heeft gehandeld.

## **5. De overwegingen van het college**

Vast staat dat verweerder maar korte tijd bij de behandeling van G is betrokken. Om 18.45 uur heeft verweerder G, die toen nog geen 2 uur postoperatief was na een 1.5 uur durende ingreep, beoordeeld. G had toen drie keer bloed gebraakt. In dit kader merkt het college op dat er geen sprake was van een maagbloeding maar van een nabloeding. Bij de her-operatie werd een zogenaamde oozende wond aangetroffen. Nabloedingen betekenen niet per definitie dat er sprake is van een instabiele hemodynamische toestand. De vraag of iemand hemodynamisch stabiel is, hangt af van de vraag of met de genomen maatregelen de hemodynamische situatie stabiel gehouden kan worden.

Gelet op de objectief vaststaande gegevens, waaronder de vulling die had plaatsgevonden,

heeft verweerder naar het oordeel van het college kunnen komen tot de conclusie dat G rond die tijd hemodynamisch stabiel was. In de periode van 19.00 uur tot 19.30 uur zijn ook de anesthesioloog, de dienstdoende chirurg en de kinder MDL-arts tot de conclusie gekomen dat G toen hemodynamisch stabiel was althans niet zodanig hemodynamisch instabiel dat acuut tot operatie overgegaan diende te worden.

Er zijn naar het oordeel van het college overigens geen feiten en omstandigheden gebleken op grond waarvan geconcludeerd zou moeten worden dat verweerder een grove inschattingfout heeft gemaakt en daarmee nalatig is geweest in de vereiste zorg voor G.

Dit brengt mede dat de klacht ongegrond wordt bevonden.

## **6. De beslissing**

Het college:

- wijst de klacht af.

Aldus beslist door mr. P.G.Th. Lindeman-Verhaar, als voorzitter, mr. E.J.M. Walstock-Krens als lid-jurist, A. Pfaff, dr. O.J. Repelaer van Driel en F.G.A.J. Hakvoort-Cammel als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van mr. C.W.M. Hillenaar als secretaris en in het openbaar uitgesproken op 31 mei 2012 in aanwezigheid van de secretaris.