

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 314-2011

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 17 mei 2013 naar aanleiding van de op 27 december 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a g e r

-tegen-

C, anesthesioloog, werkzaam te D,
gemachtigde mr. S.F. Tiems, advocaat te Utrecht,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlage;
- de repliek met de bijlage;
- de dupliek;
- het medisch dossier;
- de brief van klager met bijlagen, binnengekomen op 18 september 2012;
- de brief van de gemachtigde van verweerder met bijlage, binnengekomen op 2 april 2013.

Partijen hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 5 april 2013, alwaar zijn verschenen klager, bijgestaan door zijn echtgenote, en verweerder, bijgestaan door zijn gemachtigde. Tevens is ter zitting als getuige H gehoord.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken waaronder het medisch dossier en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

2.1. De klacht heeft betrekking op de zorg die door verweerder tijdens zijn na te noemen dienst is verleend aan mevrouw E, geboren 28 mei 1937 en overleden op 7 september 2007 (verder 'patiënte'). Klager is haar zoon en vertegenwoordigt de naaste familie. Verweerder had op 18 juli 2007 vanaf 17.00 uur tot 19 juli 2007 om 7.45 uur dienst als anesthesioloog op de intensive care afdeling (verder 'de IC-afdeling') van het F, waar patiënte toen verbleef. Verweerder vervulde tevens de functie van intensivist waarvoor hij evenwel geen specifieke opleiding heeft genoten, maar hij volgde wel ter zake relevante symposia. Daarnaast werd in het team van intensivisten allerlei casuïstiek besproken. Verweerder was reeds verscheidene jaren werkzaam op de betreffende IC-afdeling.

2.2. Bij patiënte was sinds langere tijd sprake van mobiliteitsstoornissen en hoofdpijnklachten. Bij haar werd een cerebellair meningeoom, een tumor in de kleine hersenen gediagnosticeerd. Op de ochtend van 18 juli 2007 werd patiënte hieraan door een neurochirurg geopereerd waarbij een craniotomie werd uitgevoerd. Na deze operatie werd patiënte rond 15.30 uur opgenomen op de IC-afdeling van het ziekenhuis. Patiënte werd aldaar door de dienstdoende arts-assistent, de dienstdoende intensivist en verpleegkundigen behandeld en verzorgd. Bij opname op de IC-afdeling werd patiënte nog gesedeerd met propofol. Er werd een pupilverschil vastgesteld. Besloten werd om de ontwikkelingen af te wachten en ervoor te zorgen dat de hersenen onder de meest ideale omstandigheden konden "genezen" van de ingreep. Het pupilverschil was bij de volgende controle om 16.00 uur genormaliseerd. Afsproken werd dat de sedatie gestopt zou worden zodra patiënte weer op temperatuur was.

2.3. Om 17.00 uur nam verweerder de dienst op de IC-afdeling over. Patiënte was rond 18.00 uur weer op temperatuur en daarom werd de sedatie gestopt. Vervolgens bleek dat patiënte niet goed wakker werd. Ook enkele uren na het staken van de sedatie, om 22.45 uur, werd patiënte niet wakker. Dit werd als een onverwacht postoperatief beloop opgemerkt. Tegelijkertijd had patiënt een te laag natriumgehalte waarvan verondersteld werd dat dit mogelijk een rol kon spelen bij het niet wakker worden. Rond 0.00 uur vond een overleg tussen de dienstdoende arts-assistent, de ter zitting gehoorde getuige, en verweerder plaats over het beleid ten aanzien van de te lage natriumspiegel van patiënte. De behandeling in die nacht was gericht op het bijstellen van de te lage natriumconcentratie en het normaliseren van de vitale functies. In die avond en nacht is binnen het behandelteam ter sprake gekomen de dienstdoende neurochirurg te consulteren of een CT-scan van de hersenen uit te laten voeren om operatiegerelateerde complicaties zoals een nabloeding of oedeemvorming uit te sluiten dan wel aan te tonen. Deze suggesties zijn niet gevolgd en het beleid bleef gericht op het bijstellen van het te lage zoutgehalte. De dienst van verweerder op de IC-afdeling eindigde de volgende ochtend om 7.45 uur.

2.4. Ook toen, op de ochtend van 19 juli 2007, werd patiënte niet wakker. De internist-intensivist die de dienst van verweerder had overgenomen, besloot een CT-scan te laten maken. Uit deze CT-scan, die gemaakt werd om 8.05 uur, bleek een nabloeding in het operatiegebied. In afwachting van de hersteloperatie daalde het serumnatrium verder.

Patiënte werd aan het einde van de ochtend geopereerd door de neurochirurg. Bij deze operatie werden bloedstolsels verwijderd. Na deze operatie werd patiënte rond 14.00 uur opnieuw overgebracht naar de IC-afdeling alwaar werd besloten het natrium te corrigeren met een infusie die een hoge concentratie zout bevatte. Patiënte werd om 19.00 uur wakker. Op 20 juli 2007 om 02.27 uur was de natriumwaarde weer normaal. Van deze gebeurtenissen werd verweerder pas dagen later op de hoogte gesteld.

2.5. In de weken hierop volgend ontstonden complicaties. Ondanks ingezette behandelingen verslechterde de neurologische toestand van patiënte en werd zij steeds minder aanspreekbaar. In overleg met de familie van patiënte werd op 5 september 2007 besloten om de behandeling van patiënte te staken, waarna zij op 7 september 2007 overleed. Er werd geen obductie uitgevoerd.

2.6. Naar aanleiding van het overlijden van patiënte heeft klager op 24 oktober 2007 een klacht ingediend bij de klachtencommissie van het ziekenhuis. Op 10 juni 2008 werd de klacht, voor zover deze de aan verweerder verweten nalatigheid en ondeskundigheid betrof, ongegrond verklaard. Voor zover de klacht het verwijt aan verweerder betrof dat deze geen contact met de familie had gezocht, was de klachtencommissie van mening dat zij daarover geen oordeel kon geven. De klachtencommissie adviseerde om de neurochirurgen en de intensivisten duidelijke afspraken te laten maken over het te voeren beleid na een hersenoperatie, indien een patiënt niet binnen redelijke termijn wakker wordt. Tevens is door het ziekenhuis, begin 2009, een intern calamiteitenonderzoek (SIRE) uitgevoerd waarvan het college via klager een samenvatting heeft ontvangen. Het ziekenhuis bleek niet bereid het volledige verslag te openbaren.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij patiënte niet de postoperatieve zorg heeft gegeven die zij mocht verwachten bij opname op de IC-afdeling en dat verweerder daarmee haar kansen op herstel heeft verkleind. Meer in het bijzonder wordt geklaagd dat verweerder:

1. als verantwoordelijke voor de postoperatieve zorg van patiënte nalatig is geweest in zijn handelen door geen alternatieve verklaringen voor het persisterend coma te bespreken, na te zoeken, af te wegen en uit te sluiten, bijvoorbeeld door het maken van een CT-scan,
2. geen hulp van de dienstdoende neurochirurg heeft ingeroepen, ook niet na alarmsignalen hierover van het verplegend personeel en de arts assistent, en
3. niet over voldoende kennis beschikte om als verantwoordelijk intensivist te kunnen waken over de zorg aan patiënte.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij ten opzichte van patiënte de zorg heeft verleend die hij behoorde te verlenen. Hij heeft op 18 en 19 juli 2007 niet onzorgvuldig gehandeld door ervan af te zien een neurochirurg te consulteren of een CT-scan te maken. Hij had voldoende kennis en kunde om op 18 en 19 juli 2007 als verantwoordelijke intensivist op de IC te werken. Verweerder heeft de klacht gemotiveerd bestreden en verzoekt het college om de klacht in alle onderdelen af te wijzen als ongegrond.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1 Het college stelt voorop dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen niet erom gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2 Het college stelt voorts voorop dat de klacht betrekking heeft op het handelen van verweerder in de avond-/nachtdienst van 18 juli op 19 juli 2007. De klacht heeft dus een in de tijd beperkt bereik. Hoewel dat uiteraard niet wegneemt dat de afloop van de ziekenhuisopname van patiënte buitengewoon tragisch is, betekent dit wel dat de tuchtrechtelijke toetsing van het handelen van verweerder moet plaatsvinden in het licht van wat hem in die avond en nacht bekend was en bekend kon zijn.

5.3. Het derde klachtonderdeel is ongegrond. Mede op grond van de schriftelijke verklaring van G, gevoegd bij de brief van de gemachtigde van verweerder van 2 april 2013, is genoegzaam komen vast te staan dat de kennis en kunde van verweerder aan de daaraan destijds gestelde eisen voldeden.

5.4. Op grond van het ter zitting verhandelde kan aan de feitelijke toedracht nog het volgende worden toegevoegd.

5.4.1. Op de IC-afdeling was ten tijde van het verblijf van patiënte aldaar niet altijd gegarandeerd een intensivist aanwezig. Verweerder is fysiek in het ziekenhuis aanwezig geweest vanaf aanvang van de dienst tot ongeveer 2.00/2.30 uur 's nachts. Toen is hij naar zijn woning vertrokken, die op een afstand van ongeveer 3 kilometer van het ziekenhuis is gelegen; hij was telefonisch bereikbaar en op afroep beschikbaar. Verweerder wist zich ter zitting niet te herinneren of hij bij aanvang van zijn dienst heeft gesproken met de neurochirurg die patiënte had geopereerd en evenmin of hij zijn overdracht verkreeg van de dienstdoende intensivist van overdag. Vaststaat dat de neurochirurg zowel in de avond als in de nacht niet zelf patiënte op de IC-afdeling heeft bezocht dan wel zelf telefonisch contact met de afdeling heeft opgenomen om zich op de hoogte te laten stellen van de toestand van patiënte. Hoewel verweerder zich gezien het tijdsverloop niet alles tot in detail kon herinneren, wist hij ter zitting nog wel dat patiënte die nacht niet wakker was, dat haar EMV-score laag was, dat het natriumgehalte in het bloed 124 mmol/l was en dat haar hemodynamische toestand stabiel was. Verweerder heeft zich toen afgevraagd wat de achtergrond ervan was dat patiënte niet wakker was. In de differentiaaldiagnose overwoog verweerder dat sprake kon zijn van:

- Oedeemvorming in de hersenen;
- Nawerking van de sedatie;
- Hypothermie, deze was er echter niet meer, daarom was de sedatie gestaakt;
- Een bloeding in de hersenen.

5.4.2 Desgevraagd gaf verweerder ter zitting te kennen dat het natriumgehalte, in tegenstelling tot de indruk die in de stukken wordt gewekt, door hem juist niet zo van

belang werd geacht als oorzaak voor het niet ontwaken van patiënte. Vaststaat dat in elk geval bij de dienstoverdracht van de arts-assistenten om 23.00 uur verweerder met beide arts-assistenten een ronde heeft gelopen waarbij ook patiënte is besproken. Door onder meer de getuige, destijds één van beide arts-assistenten, is voorgesteld om bij patiënte een CT-scan van de hersenen te maken, nu zij uren na de operatie nog niet was ontwaakt. Volgens de getuige is ook later in de nacht nogmaals (telefonisch) contact gezocht met verweerder om het beleid rond patiënte te bespreken en heeft hij daarbij andermaal het maken van een CT-scan gesuggereerd. Verweerder kon zich niet herinneren dat er later in de nacht telefonisch contact met hem is opgenomen. Verweerder heeft naar eigen zeggen tijdens zijn fysieke aanwezigheid op de IC-afdeling steeds afgewogen dat patiënte weliswaar onverklaarbaar lang een lage EMV-score had, maar dat dit bij een laag natriumgehalte in het bloed, in combinatie met propofol-sedatie niet vreemd was en dat verder sprake was van een normale fysiologische situatie. Naar zijn inschatting zou het bij oedeem in de hersenen niet zonder gevaar zijn om een CT-scan te maken omdat de afdeling radiologie een eind van de IC-afdeling af was. Verweerder achtte de nadelen van het maken van een CT-scan groter dan de voordelen, namelijk het uitsluiten van oedeem in de hersenen danwel een bloeding. Hij vond dat er geen tekenen waren die wezen op een uitgebreide bloeding; er was geen drukverhoging in de hersenen en de pupillen waren normaal. Ook waren er geen andere problemen. Verweerder besloot daarom de verdere ontwikkelingen af te wachten en vanwege de afwezigheid van sterk zout infuusvloeistof, een normaal zoutinfuus te geven om het natriumgehalte in het bloed langzaam omhoog te brengen tot ongeveer 134 mmol/l. Ook om 2.00 uur schatte verweerder in dat hij nog even tijd had om de ontwikkelingen af te wachten. Verweerder heeft niet overwogen om in de nacht contact op te nemen met de neurochirurg die de operatie heeft verricht. Desgevraagd verklaarde verweerder ter zitting dat de drempel om dat wel te doen hoog is, in aanmerking genomen dat de neurochirurg de volgende dag weer moet werken.

5.5. Ten aanzien van de lange duur van het coma overweegt het college dat het in uitzonderlijke gevallen mogelijk is dat een patiënt, ook na een kortwerkend middel als propofol, langer buiten bewustzijn blijft dan gebruikelijk. De normale ontwikkeling is dan wel dat het steeds beter gaat met een patiënt en dat diens EMV-score steeds iets zal stijgen. Nu er in het onderhavige geval in de toestand van patiënte niets veranderde en deze stijgende lijn niet optrad ziet het college dit als 'knik' in de ontwikkeling; de normale, te verwachten stijgende lijn trad niet op. Het college neemt aan dat op ten minste twee momenten in de nacht het maken van een CT-scan is overwogen en door verweerder is verworpen. Het is het college opgevallen dat verweerder, in tegenstelling tot wat hij eerder in de stukken verklaarde, ter zitting meldde niet te zijn uitgegaan van een te laag natriumgehalte in het bloed als oorzaak voor het niet ontwaken van patiënte, maar in zijn differentiaaldiagnose als meest voor de hand liggende verklaring hersenoedeem danwel een hersenbloeding opnam. Het college is van oordeel dat de enige manier waarop deze diagnose, dus zowel de aanwezigheid van hersenoedeem als een hersenbloeding, met zekerheid is te stellen het maken van een CT-scan is. Met het beleid om de ontwikkelingen af te wachten en voorlopig alleen het lage natriumgehalte te behandelen, onderzocht verweerder dus in ieder geval niet hetgeen volgens hemzelf de meest voor de hand liggende oorzaak van het voortdurende coma was. Dat neemt niet weg dat voor het inzetten van een op het verhogen van het zoutgehalte gericht beleid tot op zekere hoogte begrip kan worden opgebracht, ware het niet dat verweerder, als gezegd, ter zitting te kennen heeft gegeven dat het zoutgehalte van minder belang

was en dat de voortdurende comateuze toestand van patiënte een andere oorzaak moest hebben, zoals oedeem of een nabloeding.

5.6. Nu het beloop niet was zoals te verwachten, namelijk een stijgende EMV-score, lag het op de weg van verweerder om actie te ondernemen. Het college gaat ervan uit dat in elk geval om 23.00 uur in de avond en mogelijk al eerder, dus een aantal uren na het stoppen van de sedatie nadat patiënte op temperatuur was gekomen, er geen verklaring meer was waarom patiënte niet wakker werd. Op dat moment had verweerder een CT-scan moeten maken en/of contact met de (dienstdoende) neurochirurg moeten opnemen teneinde patiënte in de lijn van zijn differentiaaldiagnose te gaan behandelen. Hersenoedeem of een hersenbloeding zijn dermate ernstige complicaties dat de nadelen, die kunnen optreden tijdens het vervoer voor het maken van een CT-scan, naar het oordeel van het college niet opwegen tegen de voordelen, namelijk het kunnen uitvoeren van een behandeling gericht op de te stellen diagnose. Nu verweerder ook later in de nacht niet op zijn besluit om geen CT-scan te maken is teruggekomen en hij evenmin contact met de (dienstdoende) neurochirurg heeft opgenomen, is het college van oordeel dat verweerder niet overeenkomstig de hiervoor onder 5.1 bedoelde professionele standaard heeft gehandeld. Daarom zijn het eerste en het tweede klachtonderdeel gegrond.

5.7. Wat betreft de op te leggen maatregel neemt het college het volgende in aanmerking. Opvallend is dat de neurochirurg niet zelf bij de overdracht bij de aanvang van de dienst van verweerder aanwezig is geweest en zij zich ook niet later in de avond op de hoogte heeft gesteld van de toestand van patiënte, hetgeen toch gebruikelijk is na een zo grote en gecompliceerde operatie. Het college houdt er daarom rekening mee dat verweerder niet op de hoogte was van het op dat moment nog niet beschikbare operatieverslag waaruit blijkt dat er peroperatief al aanwijzingen waren dat de neurochirurg rekening hield met de vorming van hersenoedeem. Het lag op de weg van de neurochirurg om verweerder op adequate wijze te informeren over alle relevante gegevens betreffende patiënte. Tevens neemt het college in ogenschouw dat er ten tijde van de onderhavige casus op de IC-afdeling geen protocollaire afspraken waren over postoperatieve zorg na neurochirurgische ingrepen en hoe te handelen bij een onverwacht beloop. Het college volstaat dan ook met een waarschuwing en tekent daarbij aan dat een dergelijke maatregel ingevolge de memorie van toelichting, Kamerstukken II 1985/86, 19522, nr. 3, p. 76, een zakelijke terechtwijzing is die de onjuistheid van een handelwijze naar voren brengt zonder daarop een stempel van laakbaarheid te drukken.

6. DE BESLISSING

Het college waarschuwt verweerder.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. J.W. IJssink, voorzitter, mr. W.J.B. Cornelissen, lid-jurist, dr. P.J.G. Jörning, dr. A.T. van Rheineck Leyssius en prof. dr. J.A. Grotenhuis, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. C. Grijsen, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 17 mei 2013 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

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, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover 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 Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.