

## CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2016.004

### CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2016.004 van:

A., anesthesioloog, werkzaam te B.,  
appellant, tevens verweerder in het incidenteel beroep, verweerder in eerste aanleg,  
gemachtigde: mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht,  
tegen

C., wonende te D., E., wonende te F., G., wonende te H.,  
I., wonende te J., verweerders in beroep, tevens incidenteel appellanten, klagers in  
eerste aanleg.

#### 1. Verloop van de procedure

A., E., G. en I. - hierna klagers - hebben op 4 december 2014 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen A. – hierna de anesthesioloog of appellant - een klacht ingediend. Bij beslissing van 24 november 2015, onder nummer 14/426, heeft dat College de klacht deels gegrond verklaard en de anesthesioloog voor het gegrond verklaarde deel de maatregel van waarschuwing opgelegd en publicatie gelast.

De anesthesioloog is van die beslissing voor zover gegrond verklaard, tijdig in beroep gekomen. Klagers hebben een verweerschrift in beroep ingediend en daarbij tevens incidenteel beroep ingesteld. De anesthesioloog heeft hierop gereageerd met een verweerschrift in het incidenteel beroep.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 4 oktober 2016, waar zijn verschenen C., E., en I., en de anesthesioloog, bijgestaan door zijn gemachtigde,

mr. Nunes voornoemd. Tevens was ter zitting aanwezig K., zus respectievelijk dochter van klagers. Klaagster G. is met kennisgeving niet ter terechtzitting verschenen.

Partijen hebben pleitnotities overgelegd.

#### 2. Beslissing in eerste aanleg

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

#### “ 2. De feiten

*Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:*

2.1. *Klagers zijn de kinderen, respectievelijk echtgenote van de heer L., geboren in 1950, hierna patiënt te noemen. Patiënt was bekend met een navelbreuk, die hij zelf reponeerde. Op vrijdag 8 maart 2013 had patiënt erg moeten braken (het braaksel rook naar ontlasting). Hij heeft zijn navelbreuk moeten reponeren. Na het terugduwen daarvan bleken de klachten voorbij. Op zondag*

10 maart 2013 kreeg patiënt aan het begin van de avond hevige buikklachten. Hij is per ambulance naar het M. te B. vervoerd.

2.2. Patiënt is gepresenteerd op de SEH en door de dienstdoende arts op de SEH (zaak 14/424, verder ook te noemen: de ANIOS) gezien en beoordeeld. Op het SEH-formulier is onder meer het volgende genoteerd:

“Conclusie:

Opname, observatie buikpijnklachten, verdenking beginnende ileus dd klachten bij navelbreuk dd beginnende pancreatitis. Ureum en Hb passen niet bij heftige hoge tractus digestivus bloeding. NPO, maagsonde, 3 liter infuus. Morgen lab herhalen.”

2.3. Patiënt is tot 23.00 uur op de SEH geweest en is ter observatie opgenomen op de verpleegafdeling chirurgie. In de ochtend van 11 maart 2013, om 05.00 uur, is patiënt in een diepe septische shock aangetroffen door de nachtverpleegkundige. Patiënt is vervolgens naar de afdeling Intensive Care (IC) overgebracht voor stabilisatie.

2.4. Bij CT-onderzoek, verricht om 07.00 uur, is geconstateerd dat sprake was van een dunne darmperforatie bij een beklemde navelbreuk. Het operatieverslag vermeldt daartoe het volgende:

“Conclusie: beklemde navelbreuk met focale dunne darmperforatie zoals bovenomschreven. Ascites in alle kwadranten. Geen bloeding. Geen aanwijzing voor ischemie. Mogelijk infiltraat dorsobasaal rechter onderkwab.”

2.5. Patiënt is om 09.06 uur met spoed geopereerd (laparotomie). Het aangedane stuk darm ter hoogte van de navelbreuk is verwijderd en er is een side-to-side anastomose gemaakt. Het verslag vermeldt het volgende:

“Het stukje dunne darm ligt net thv de navelbreuk, het beeld met de striemen op de darmlis en de haemorrhagie lijkt het meest te passen bij een perforatie agv een beklemde navelbreuk.”

2.6. Patiënt is na de operatie opgenomen op de afdeling IC, alwaar hij korte tijd later een sepsis met multi-orgaan falen ontwikkelde. Intensivist N. verklaart bij brief van 28 september 2015 over de beademing op de IC:

“(…) De beademing was moeizaam door het vele vocht in de longen en thoraxwand (door capillairlekkage bij de ernstige septische shock) en tevens door de hoge buikdruk. De beademingsinstellingen waren als volgt: ademminuutvolume 20 liter, hoge beademingsfrequentie 35-40 x met kleine teugen, zogenaamde “protective lung ventilation”, zuurstoffractie Fio2 80%, daarbij nauwelijks intrinsieke PEEP, maar wel hoge beademingsdrukken). (…)”

2.7. In de ochtend van 13 maart 2013 is door intensivist N. chirurg O. besloten tot een tweede operatie (relaparotomie). De beademing van patiënt werd op dat moment ernstig bemoeilijkt omdat hij inmiddels ernstig oedemateus was. Verweerder, die 25 jaar ervaring als anesthesioloog heeft en sedert 2007 verbonden is aan het M., was op dat moment de dienstdoende anesthesioloog op de OK. Verweerder heeft tijdens de second look operatie het beademingsbeleid aangepast. Patiënt kreeg op de IC en tijdens transport naar OK 30 x 500 ml FiO2 100% en PEEP 20 mbar hetgeen door verweerder bij de overdracht naar de operatiekamer is ingesteld op 12 x 500 ml met 20mbar PEEP. In de operatiekamer was geen ‘point of care’ apparatuur aanwezig om ter plaatse de bloedgassen te kunnen meten.

2.8. De operatie is om 09.43 uur gestart. Bij de operatie is vier liter troebel vocht afgezogen. De anastomose bleek niet te lekken. De circulatie van het distale ileumdeel was evenwel dubieus. De buik is na spoeling gesloten.

2.9. *Patiënt kreeg direct na de operatie om 10.30 uur bij het overtilen van de operatietafel naar het bed een hartstilstand en is na een onsuccesvolle reanimatie om 10.53 uur overleden.*

2.10. *De Raad van Bestuur heeft op basis van artikel 4a Kwaliteitswet zorginstellingen op 20 maart 2013 een calamiteitenmelding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Een calamiteitencommissie heeft vervolgens onderzoek verricht, hetgeen heeft geresulteerd in een eerste onderzoeksrapport gedateerd 5 juli 2013. In dit calamiteitenrapport staat met betrekking tot de second look operatie onder meer:*

*“(...) Het IC beloop erna was gecompliceerd. Er ontwikkelde zich een diepe sepsis met Multi orgaan falen waarna patiënt, na overleg met de familie, waarbij gewezen werd op de risico's op 13-3 opnieuw naar de OK is gegaan voor een second-look relaparotomie in verband met verdenking van een ongoing sepsis. De anesthesist die patiënt tijdens deze ingreep zou gaan begeleiden geeft aan dat er sprake is van een ASA 5 patiënt. Waarmee aangegeven werd dat het hier een zeer zieke patiënt betrof, waarbij zelfs het transport van de IC naar de OK een risico in zich droeg.*

*(...) Tijdens de operatie werd zo min mogelijk narcose gegeven. Patiënt kreeg 100% O2 teneinde hem zo stabiel mogelijk te houden. Peroperatief ontstond atriumfibrilleren, waarop hij digoxine i.v. kreeg. Bij het overtilen van de OK tafel naar het bed kwam de patiënt in een reanimatie setting terecht die hij niet heeft overleefd.*

*Uit het gesprek met de commissie met de anesthesist is gebleken dat de monitoring op de OK verschilt van die van de IC. Het zou beter zijn als de apparatuur op beide locaties gelijk zou zijn en er op de OK ook een “point of care” zou worden gebruikt. In de toenmalige situatie zou dit voor het verdere beloop en de reanimatiesetting evenwel geen verschil hebben uitgemaakt. De commissie heeft derhalve geen aanleiding gevonden om hier nader onderzoek naar te doen. (...)”*

2.11. *Het eerste calamiteitenrapport is door de IGZ als onvoldoende beoordeeld, waarna een tweede onderzoek heeft plaatsgevonden – zulks met hulp van twee calamiteitenonderzoekers van het P. – en opnieuw een rapport is opgesteld gedateerd 2 december 2013. Dit rapport is voldoende beoordeeld (ziekenhuis heeft voldoende onderzocht en verbetermaatregelen genomen). In dit rapport staat met betrekking tot de relaparotomie:*

*“(...) Op 13 maart 2013 om 05.45 uur blijkt dat nog steeds sprake is van een persistente shock, hyperlactatemie en nu ook diffuus intravasale stolling (...). Patiënt bleef vullingsbehoefstig, was moeilijk te beademen en had een oplopend lactaat van 7,0 naar 11,4. Er waren verder aanwijzingen voor een abdominaal compartiment syndroom. Er volgt overleg tussen de intensivist en chirurg, waarbij gesproken wordt over een relaparotomie. Gezien de conditie van de patiënt en het ontbreken van noodzakelijke bewakings- en beademingsapparatuur is het veilig verrichten van een CT abdomen niet mogelijk.*

*(...) De familie besluit –ondanks de aanwezige risico's – akkoord te gaan met de voorgestelde operatie.*

*Uit de gesprekken met de anesthesist (...) is naar voren gekomen dat patiënt geclassificeerd werd als een ASA 5 patiënt. (...) De circulatie van de patiënt was immers instabiel met een hoge dosering inotropie. Tijdens het transport kon met behulp van de in het ziekenhuis beschikbare beademingsapparatuur een Fio2 van maximaal 0,8 (80%) bereikt worden.*

*(...)*

*Om 09.15 werd begonnen met de relaparotomie. Patiënt bleef beademd worden met een PEEP van 20mm.Fio2 1,0, RR 94/50 mm Hg; pols 122/min. (...)*

*Tijdens de operatie was de saturatie niet goed te meten ten gevolge van een gemarmoerde huid door zeer ernstige capillaire vasoconstrictie. Patiënt kreeg tijdens de operatie 100% O2 teneinde hem zo stabiel mogelijk te houden.*

*(...)*

*De commissie concludeert dat er tijdens het verblijf op de IC (na de eerste operatie) sprake was van een ernstig zieke patiënt, die slechts met veel vocht, hoge dosering inotropie en maximale beademingsvoorwaarden in leven te houden was. De tweede operatie lijkt vooral voort te komen uit een “rug tegen de muur” gedachte. (...)*

*2.12. IGZ heeft op 13 mei 2014 de melding als afgehandeld geoordeeld en heeft het volgende aan de Raad van Bestuur geschreven:*

*“De inspectie concludeert op grond van uw onderzoek dat de aangelegenheid waarop de melding betrekking heeft, inmiddels zorgvuldig is onderzocht en dat voldoende verbetermaatregelen zijn genomen. De inspectie is van mening dat u als bestuurder zicht heeft op wat er speelt in uw ziekenhuis en dat u voldoende maatregelen treft om de patiëntenzorg te verbeteren. Om die reden ziet de inspectie nu geen aanleiding tot aanvullende (bestuursrechtelijke) maatregelen. Mocht uit de audit van de SEH blijken dat er sprake is van structurele tekortkomingen, dan kan de inspectie alsnog besluiten om maatregelen te treffen. De voortgang van de verbetermaatregelen en de uitkomst van de audit zal worden vervolgd door de accounthouder van uw ziekenhuis.”*

*2.13. Op 9 april 2013 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen klagers, de SEH verpleegkundige, de verpleegkundige van de afdeling chirurgie, de ANIOS en de chirurg waarmee het observatiebeleid is afgestemd. Op 2 mei 2013 hebben klagers gesproken met leden van de calamiteitencommissie. Een tweede gesprek met de arts van de SEH en voornoemde chirurg heeft plaatsgevonden op 22 mei 2013.*

*Op 9 september 2013 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen klagers en de Raad van Bestuur. Een vervolggesprek met de Raad van Bestuur vond plaats op 2 oktober 2013. Een gesprek met verweerder heeft plaatsgevonden op 16 december 2013.*

### **3. De klacht en het standpunt van klagers**

*De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:*

- 1. geen zorg heeft gedragen voor een adequate beademing tijdens de operatie van 13 maart 2013. Patiënt werd op de IC beademd onder specifieke en noodzakelijke beademingsvoorwaarden (hoge peep-drukken en beademingsfrequentie). De beademing is bij het overzetten van de IC naar de OK door verweerder ingesteld van 30 x 500 ml O2 op de IC naar 12 x 500 ml, derhalve een reductie van 60% van het totale ademvolume per minuut. Uit de registratielijst blijkt dat er ook onvoldoende PEEP is gegeven;*
- 2. ten onrechte geen melding heeft gemaakt van een incident c.q. calamiteit ten tijde van de second look operatie;*
- 3. zich na de tweede operatie ten onrechte niet direct bij de familie heeft gemeld en dat hij ten onrechte geen openheid van zaken heeft gegeven.*

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

*Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder nader ingegaan.*

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

*5.1 Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om 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. In het tuchtrecht is persoonlijke verwijtbaarheid uitgangspunt.

5.2 Verweerder heeft aangevoerd dat hij niet is tekortgeschoten in zijn zorgplicht, nu een betere beademing tijdens de operatie onder de gegeven omstandigheden niet mogelijk was en dat de door hem gekozen beademingsinstellingen om die redenen verdedigbaar waren.

5.3 Gebleken is dat patiënt zeer moeilijk te beademen was door onder meer het vele vocht in zijn longen en in de thoraxwand, alsmede de hoge buikdruk. Op de IC werd beademd met een ademinuutvolume van 15-20 liter, met een hoge beademingsfrequentie, met kleine teugen en onder hoge druk. Tijdens de operatie is patiënt tot aan de reanimatie beademd met 6 liter ademinuutvolume (12/min, patiënt > 100 kg), in tegenstelling tot de eerder ingestelde 15-20 liter. Anders dan verweerder aanvoert, acht het college het niet aannemelijk dat dit gezien de omstandigheden de best haalbare instelling was. Verweerder is er immers (ook) in geslaagd bij overdracht op de OK met de drukgestuurde beademing het teugvolume (Vt) op 500 te brengen. Na het openen van de buik was dit volume zelfs 900. Onder deze omstandigheden had verweerder de frequentie van de beademingsinstelling moeten opvoeren. Dit had naar het oordeel van het college ook met de tijdens de operatie gebruikte apparatuur gekund. Hoewel het gezien de omstandigheden te billijken is dat verweerder niet dezelfde waardes kon halen als op de IC, had hij naar het oordeel van het college wel meer moeten doen om de optimale waardes te benaderen. Tevens had verweerder tijdens de operatie door bloedgasanalyse via het laboratorium kunnen constateren dat patiënt onvoldoende adequaat werd beademd. Zo hij dat had gedaan, had verweerder bij deze constatering actie kunnen ondernemen, zoals bijvoorbeeld het laten overbrengen van de beademingsapparatuur van de IC, zonodig bediend door een intensivist. Door na te laten zich meer in te spannen om de optimale waardes te benaderen, heeft verweerder niet de zorg betracht die onder de gegeven omstandigheden van een redelijk bekwaam beroepsbeoefenaar had mogen worden verwacht. In zoverre slaagt klachtonderdeel 1.

5.4 Door de suboptimale beademing tijdens de operatie zal een CO<sub>2</sub> opeenstapeling in het bloed van patiënt zijn ontstaan. De laatst gemeten bloedgaswaarden zijn daarvoor naar het oordeel van het college echter onvoldoende representatief aangezien de waarden berusten op bloedmonsters afgenomen in de reanimatiefase. Wat de invloed van de suboptimale beademing tijdens de operatie is geweest op patiënt is, gelet op zijn al zeer slechte conditie, onduidelijk. Het college kan aldus niet vaststellen dat patiënt als gevolg van de suboptimale beademing is overleden. Het was aan de Raad van Bestuur van het ziekenhuis en niet aan verweerder, om te bepalen of zich hier een (meldingsplichtige) calamiteit heeft voorgedaan. Namens het gehele behandelteam is het overlijden van patiënt als calamiteit gemeld, waarna een onderzoek is gestart. Niet gebleken is dat verweerder bij dat onderzoek niet open is geweest tegen de calamiteitencommissie. Klachtonderdeel 2 is daarmee ongegrond.

5.5 Klachtonderdeel 3 faalt ook nu niet is gebleken van onwil van verweerder om met klagers in gesprek te gaan. Verweerder heeft immers toegelicht dat hij aan intensivist N. had doorgegeven bereid te zijn de familie over het verloop van de operatie in te lichten, maar dat de behandelaars na het overlijden van patiënt hebben besproken dat de contacten met de familie in eerste instantie zouden lopen via de chirurg en intensivist N. Volgens verweerder hebben de behandelaars bij navraag door hem laten weten dat de familie op dat moment geen vragen voor hem had. Op 16 december 2013 heeft hij met de familie gesproken.

5.6. *Gelet op al het voorgaande is de conclusie dat de klacht voor wat betreft onderdeel 1 gegrond is. Verweerder heeft in zoverre gehandeld in strijd met de zorg die hij op grond van artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg had behoren te betrachten. Bij de vraag welke maatregel passend is, kent het college betekenis toe aan het feit dat verweerder werd geconfronteerd met een ernstig zieke patiënt, die reeds zeer moeilijk te beademen bleek en dat verweerder - zoals hij zelf tijdens de openbare behandeling heeft aangevoerd - in zijn carrière niet eerder met een dergelijke situatie is geconfronteerd. Verweerder is verder door de dienstdoende chirurg en behandelende intensivist niet betrokken bij het besluit over te gaan tot een second look operatie en de intensivist en chirurg hebben daarover geen voorbespreking met verweerder gehouden. Het spreekt voor verweerder dat hij gedurende de gehele operatie bij patiënt is gebleven en daarvoor zijn overige (OK)werkzaamheden heeft stil gelegd of overgedragen. Het college neemt ten slotte in aanmerking dat verweerder zich thans voor het eerst voor het college moet verantwoorden. Het geheel overziend acht het college hier de maatregel van een waarschuwing passend”.*

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

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

4. Beoordeling van het beroep

*Principaal beroep*

4.1 Appellant is in principaal beroep gekomen tegen de gegrondverklaring van de klacht dat hij geen zorg heeft gedragen voor adequate beademing tijdens de second look operatie van 13 maart 2013 (klachtonderdeel 1). Volgens appellant heeft het Regionaal Tuchtcollege een (veel) te strenge maatstaf aangelegd bij de beoordeling van het professionele handelen van appellant. Het principaal beroep strekt ertoe dat dit klachtonderdeel alsnog ongegrond wordt verklaard en dat de maatregel van waarschuwing komt te vervallen. Klagers hebben hiertegen verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van dit beroep.

*Incidenteel beroep*

4.2 In het incidenteel beroep zijn klagers opgekomen tegen de ongegrondverklaring van het verwijt dat appellant ten onrechte geen melding heeft gemaakt van een incident cq. calamiteit ten tijde van de second look operatie (klachtonderdeel 2) en het verwijt dat appellant zich na de second look operatie ten onrechte niet direct bij de familie heeft gemeld en ten onrechte geen openheid van zaken heeft gegeven (klachtonderdeel 3). Klagers hebben de klachtonderdelen in beroep nader toegelicht. Het incidenteel beroep strekt ertoe dat de klachtonderdelen alsnog gegrond worden verklaard. Appellant heeft in het incidenteel beroep verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege overweegt als volgt.

*Maatstaf*

4.4 Het Centraal Tuchtcollege stelt voorop dat het bij tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om 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.

*Overdracht en beademing (klachtonderdeel 1)*

4.5 Wat betreft de klacht dat appelland geen zorg heeft gedragen voor adequate beademing tijdens de second look operatie van 13 maart 2013 overweegt het Centraal Tuchtcollege als volgt.

4.6 Appelland is voor het eerst bij de behandeling van patiënt betrokken toen de chirurg patiënt op 13 maart 2013 tussen 8.00 uur en 8.30 uur bij hem, als dienstdoende anesthesioloog, aanmeldde voor een relaparotomie ('second look') operatie. De chirurg heeft appelland daarbij geïnformeerd dat het ging om een patiënt van de Intensive Care afdeling (IC) die persisterend septisch was na een eerdere laparotomie vanwege een dunne darmperforatie en dat patiënt was ingeschat als ASA-klasse V (een zwaar zieke patiënt waarvan men niet verwacht dat hij nog 24 uur zal overleven, met of zonder ingreep). De indicatie voor de operatie was eerder die ochtend gesteld door de chirurg en de intensivist. Appelland was daar niet bij betrokken. De intensivist heeft voorafgaand aan de operatie telefonisch contact opgenomen met appelland waarbij hij bloedgaswaarden heeft doorgegeven. Patiënt is vervolgens door de intensivist van de IC naar de OK overgebracht. Het transport van de IC naar het OK-complex heeft ongeveer 15 minuten geduurd. Om 9.15 uur volgde de feitelijke overdracht van patiënt bij de deuren van het OK-complex. De intensivist heeft appelland toen nader geïnformeerd en heeft appelland ook een uittreksel van de IC gegevens verstrekt. De patiënt was om 9.18 uur in de operatiekamer, het tijdstip van de incisie was 9:42 uur en de operatie is geëindigd om 10:05 uur. Bij het overtilen van patiënt van de operatietafel naar het bed is een circulatiestoornis opgetreden met een hartstilstand, waarna patiënt 30 minuten is gereanimeerd. Patiënt is om 10:53 uur overleden.

4.7 Het Centraal Tuchtcollege stelt voorop dat appelland als anesthesioloog een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft voor het leveren van verantwoorde zorg aan zijn patiënten. Appelland is een ervaren anesthesioloog (25 jaar in het vak) en vanaf 2007 (op dat moment 6 jaar) verbonden aan het M.. Appelland wist dat patiënt onder extreme beademingscondities beademd werd en dat hij op de OK aangewezen was op een 20 jaar oud narcosetoestel dat beduidend beperkter was in ventilatiemogelijkheden dan de apparatuur op de IC. Appelland had dan ook kunnen weten dat patiënt op de OK niet onder dezelfde condities kon worden beademd als op de IC en dat dit mogelijk tot problemen zou kunnen leiden. Dit had appelland ertoe moeten brengen de patiënt zelf te gaan beoordelen op de IC alvorens toestemming te geven de patiënt naar de OK te brengen.

4.8 Appelland heeft in dit verband aangevoerd dat hij door de intensivist op diverse punten (waaronder de actuele bloedgaswaarden) onjuist dan wel onvolledig is geïnformeerd, waardoor hij op het verkeerde been is gezet, en dat hij de meeste patiëntinformatie pas vlak voor de operatie tegelijkertijd met patiënt (bij de deuren van het OK-complex) overgedragen heeft gekregen toen hij niet anders kon dan patiënt op de OK te accepteren. Het Centraal Tuchtcollege merkt hierover op dat appelland weliswaar moet kunnen vertrouwen op de juistheid en volledigheid van de door zijn collega's verstrekte patiëntinformatie, alsook de tijdige aanlevering daarvan, maar dat appelland daarin als anesthesioloog ook een eigen verantwoordelijkheid heeft en dat hij zich hierin niet (te) afhankelijk mag opstellen. Als appelland de patiënt zelf was gaan beoordelen had hij kunnen voorstellen om de operatie op de IC te laten plaatsvinden, de patiënt was immers in een eerder stadium al te instabiel bevonden om naar de CT scan te brengen.

4.9 Het Centraal Tuchtcollege heeft oog voor het feit dat in het onderhavige geval de aanmelding van patiënt voor de operatie, de overdracht en de operatie elkaar snel hebben opgevolgd, waardoor appelland als dienstdoend anesthesioloog met de verantwoordelijkheid over twee OK's en alle acute verrichtingen in het ziekenhuis weinig tijd

heeft gehad om zich te informeren of om patiënt zelf op de IC-afdeling te zien. Desalniettemin acht het Centraal Tuchtcollege dat in het onderhavige geval een gemiste kans, niet alleen uit het oogpunt van zorgvuldige onderlinge afstemming tussen collega's, maar ook omdat de chirurg en de intensivist (longarts) niet de gespecialiseerde anesthesiologische vakkennis van appellant bezitten. Derhalve kunnen deze argumenten niet afdoen aan de slotsom dat appellant de patiënt zelf had moeten beoordelen op de IC alvorens toestemming te geven de patiënt naar de OK te brengen.

4.10 Met bovenstaand handelen heeft appellant het over zichzelf afgeroepen dat hij pas bij de deur van de OK met de patiënt werd geconfronteerd en toen niet anders kon dan de operatie doorgang te laten vinden.

4.11 Ter zake van de beademing van patiënt ten tijde van de operatie is het Centraal Tuchtcollege op grond van de stukken en het verhandelde ter terechtzitting tot de conclusie gekomen dat de beademing suboptimaal is geweest, waardoor er een CO<sub>2</sub> opstapeling in het bloed heeft kunnen ontstaan. Anders dan het Regionaal Tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege ervan overtuigd dat appellant - gegeven de (verder) verslechterde toestand van patiënt na het transport van IC naar de OK en het feit dat appellant op de OK was aangewezen op eerder genoemd narcosetoestel van 20 jaar oud waarmee onmogelijk dezelfde instellingen konden worden bereikt als op de IC - voor patiënt de op dat moment best haalbare beademingsinstellingen heeft gerealiseerd. Kort gezegd, appellant heeft op de OK moeten roeien met de riemen die hij had en is daarbij naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. De in dit verband door klagers opgeworpen suggestie dat verweerder tijdens de operatie de actuele bloedgaswaarde van patiënt had moeten opvragen en beademingsapparatuur van de IC naar de OK had moeten laten overbrengen, miskent dat van appellant op dat moment slagvaardig optreden werd verwacht en stuit voorts af op het feit dat tegen de tijd dat de labuitslagen terug zouden komen (20 minuten) en de apparatuur ter plaatse zou zijn (15 minuten) de second look operatie al (bijna) zou zijn afgerond.

#### *Calamiteitenmelding (klachtonderdeel 2)*

4.12 Wat betreft de klacht dat appellant ten onrechte geen melding heeft gemaakt van een incident c.q. calamiteit ten tijde van de second look operatie overweegt het Centraal Tuchtcollege als volgt.

4.13 Ingevolge artikel 4a van de Kwaliteitswet zorginstellingen is een zorgaanbieder verplicht een calamiteit te melden. Onder calamiteit wordt verstaan een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid. Van artsen die werkzaam zijn in een ziekenhuis mag worden verwacht dat zij incidenten en calamiteiten melden aan de raad van bestuur van het ziekenhuis. Bij een incident als het onderhavige, waarbij meerdere behandelaars waren betrokken, geldt dit voor het gehele team, waaronder dus ook appellant. In het onderhavige geval is namens het gehele behandelteam het overlijden van patiënt als calamiteit aan de raad van bestuur gemeld, waarna er een onderzoek is ingesteld waarbij de aan patiënt verleende zorg integraal is onderzocht. Dit onderzoek heeft geleid tot een tweetal rapportages d.d. 23 juni 2013 en d.d. 2 december 2013. Vaststaat dat de calamiteitencommissie ook met appellant heeft gesproken. Het Centraal Tuchtcollege heeft geen aanwijzingen dat appellant aan dat onderzoek niet zijn volledige medewerking heeft verleend.

4.14 Appellant kan niet worden verweten dat hij naast de hierboven genoemde melding, niet ook nog zelfstandig (rechtstreeks) een calamiteitenmelding aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft gedaan. Dit is ingevolge de Kwaliteitswet zorginstellingen geen verplichting die op een individuele arts rust, maar op de zorgaanbieder. Dat de



calamiteitencommissie zich in het tweede calamiteitenrapport niet specifiek heeft uitgelaten over de toegepaste anesthesie en beademing bij de 'second look' operatie maakt dat oordeel niet anders.

4.15 Het voorgaande betekent dat het Centraal Tuchtcollege evenals het Regionaal Tuchtcollege van oordeel is dat appellant op dit punt geen (tuchtrechtelijk) verwijt treft. Het Centraal Tuchtcollege overweegt in dit verband nog dat het appellant vrij staat om, zoals door klagers is betoogd, zelfstandig aan de raad van bestuur voorstellen tot verbetering (van de apparatuur op de operatiekamers) te doen.

*Verweerders houding richting de familie van patiënt (klachtonderdeel 3)*

4.16 Wat betreft het verwijt dat appellant zich na de second look operatie ten onrechte niet direct bij de familie heeft gemeld en dat hij ten onrechte geen openheid van zaken heeft gegeven overweegt het Centraal Tuchtcollege als volgt.

4.17 Ingeval van een incident als het onderhavige, waarbij meerdere behandelaars bij de behandeling van een patiënt betrokken zijn geweest, is het geenszins ongebruikelijk dat een van de (hoofd)behandelaars als contactpersoon en centraal aanspreekpunt voor de familie optreedt. In het onderhavige geval was afgesproken dat de hoofdbehandelaar en de intensivist deze taak op zich zouden nemen en dat de andere behandelaars, waaronder appellant, een nadere toelichting zouden geven als klagers daarom zouden verzoeken. Dat appellant zich na de operatie van 13 maart 2013 niet direct bij klagers heeft gemeld, kan verweerder dan ook niet tuchtrechtelijk worden aangerekend.

4.18 Ook overigens is het Centraal Tuchtcollege niet gebleken dat appellant een gesprek met klagers zou hebben afgehouden of geen openheid van zaken zou hebben gegeven. Appellant heeft begin december 2013 (via een klachtenfunctionaris van het ziekenhuis) van een medewerker van de polikliniek anesthesie vernomen dat klagers behoefte hadden aan een gesprek met hem. Appellant heeft daarop direct actie ondernomen. Het gesprek heeft plaatsgevonden op 6 december 2013. Niet is gebleken dat appellant al eerder op de hoogte is geweest van het schriftelijke verzoek van klagers aan de raad van bestuur (brief d.d. 30 oktober 2013) om een gesprek met appellant of wist van de 'afwachtende' reactie van de raad van bestuur daarop bij brief van 7 november 2013, inhoudende dat zij eerst het tweede calamiteitenrapport (d.d. 2 december 2013) wilde afwachten alvorens een gesprek met appellant te organiseren. Het Centraal Tuchtcollege kan zich voorstellen dat klagers het gesprek met appellant graag in een eerder stadium hadden gehad, immers het heeft pas plaatsgevonden nadat de twee calamiteitenrapportages reeds waren uitgebracht, maar daarvan kan appellant geen persoonlijk (tuchtrechtelijk) verwijt worden gemaakt.

*In het principaal beroep*

4.19 Het voorgaande leidt ertoe dat het Centraal Tuchtcollege evenals het Regionaal Tuchtcollege de klacht over de beademing (klachtonderdeel 1) gegrond acht, zij het op deels andere gronden. Het principaal beroep wordt daarom verworpen.

*In het incidenteel beroep*

4.20 Het Centraal Tuchtcollege acht evenals het Regionaal Tuchtcollege de klacht over de calamiteitenmelding (klachtonderdeel 2) en de klacht over verweerders houding richting de familie van patiënt (klachtonderdeel 3) ongegrond. Dit betekent dat ook het incidenteel beroep wordt verworpen.

4.21 Het Centraal Tuchtcollege acht evenals het Regionaal Tuchtcollege de maatregel van waarschuwing passend en geboden, zodat deze maatregel gehandhaafd blijft. Dit betekent dat de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege in stand dient te blijven, zij het op deels andere gronden en dat zowel het principaal beroep als het incidenteel beroep wordt verworpen.

4.22 Om redenen ontleend aan het algemeen belang zal het Centraal Tuchtcollege bepalen dat onderhavige beslissing op na te noemen wijze wordt bekendgemaakt.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

*In het principaal beroep*

Verwerpt het beroep

*In het incidenteel beroep:*

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, Gezondheidszorgjurisprudentie, Medisch Contact en Tijdschrift voor Anesthesiologie met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: mr. A.D.R.M. Boumans, voorzitter, mr. T.W.H.E.

Schmitz en mr. Prakke-Nieuwenhuizen, leden juristen en prof.dr. F.J.P.M. Huygen en

dr.J.S. Pöll, leden beroepsgenoten en mr. D. Brommer, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting

van 17 november 2016. Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.