

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 15194

Uitspraak: 1 juni 2016

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

TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 4 december 2015 binnengekomen klacht van:

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

te Utrecht

klaagster

in de persoon van:

dr. A.C. de Bruijne-Dobben, senior inspecteur en

mr. J.M. Janson, senior inspecteur-jurist

alsmede ter zitting drs. S.M. Mulder, coördinerend specialistisch inspecteur

tegen:

[A]

anesthesioloog

werkzaam te [B]

verweerder

gemachtigde mr. W.R. Kastelein te Zwolle

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift
- het verweerschrift
- de brief met bijlagen ontvangen van klaagster op 11 april 2016
- de pleitnotities overgelegd door beide partijen.
- een (betere) kopie van de pagina "Instructie voor de patiënt" uit het patiëntendossier.

Na ontvangst van het verweerschrift heeft de secretaris de zaak naar een openbare zitting van het college verwezen.

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 20 april 2016 behandeld.

Namens klaagster waren de dames De Bruije, Janson en Mulder aanwezig. Verweerder werd bijgestaan door zijn gemachtigde. Ter zitting zijn de heer [C] als getuige en de heer [D] als deskundige (beiden uitgenodigd door verweerder) gehoord.

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende.

Op 22 april 2014 ontving klaagster een melding van een calamiteit die zich had voorgedaan in het ziekenhuis waar verweerder als anesthesioloog werkzaam is.

De melding betrof een patiënte (geboren in 1938) met pijnklachten van de rechterarm na een proximale humerusfractuur, aan wie de behandelend orthopeed had voorgesteld om een reversed schouderprothese rechts in te brengen. In verband met deze operatie vond op

3 februari 2014 een pre-operatieve screening plaats op de poli anesthesiologie. Patiënte werd als ASA 2 geclassificeerd. Patiënte had, behalve diabetes, een BMI van 43,6 waardoor er sprake was van morbide obesitas.

Op 4 april 2014 werd patiënte om 07.00 uur opgenomen. Voorafgaand aan de operatie hebben verweerder en zijn anesthesiemedewerker patiënte gezien en hebben zij samen met de orthopeed op de OK de time-out procedure gedaan. Omstreeks 07.50 uur kreeg patiënte een echogeleide plexusblokkade. Na de time-out procedure werd sedatie opgestart met een bolus propofol 100 mg waarna de intraveneuze propofolperfusor werd gestart op 3 mg/kg/hr.

Patiënte werd in strandstoelhouding op de operatietafel gepositioneerd. Het zicht op het gelaat van patiënte werd beperkt door een doek. Omdat de doek aan de linkerzijde open was, was het gelaat van patiënte enkel en profiel zichtbaar. De ventilatie van patiënte werd gecontroleerd middels visuele inspectie van de thorax- en buikexcursies en 1 maal per 15 minuten genoteerd (er was geen geautomatiseerde verslaglegging). De zuurstofsaturatie werd eveneens 1 maal per 15 minuten genoteerd en de bloeddruk en hartfrequentie 1 maal per 5 minuten.

Om 8.45 uur werd patiënte onrustig, hetgeen door de anesthesiemedewerker geduid werd als een reactie op een pijnprikkel. Na telefonisch overleg tussen verweerder en de anesthesie-medewerker gaf verweerder de opdracht om de propofolperfusor op te hogen naar 5 mg/kg/hr en om fentanyl 50 mcg intraveneus toe te dienen. Daarnaast werd paracetamol 1000 mg intraveneus toegediend.

Om 9.00 uur daalde de bloeddruk naar 90/55 mmHg waarvoor ephedrine 10 mg werd toegediend. Omdat verweerder via het raam van de OK-ruimte visueel contact met de anesthesiemedewerker had, liet deze medewerker door middel van oogcontact aan verweerder weten dat het goed ging met patiënte.

Om 9.15 uur ontstond een bradycardie en respiratoire insufficiëntie. Op telefonisch verzoek van de anesthesiemedewerker kwam verweerder direct en voerde een klinische inspectie uit. Patiënte bleek een grauwe gelaatskleur te hebben en ademde niet zelfstandig. Direct werd met reanimatie gestart. Omdat deze succesvol was, kon de operatie worden afgerond (wond sluiten). Na afloop van de operatie werd patiënte per ambulance naar de intensive care afdeling van een andere locatie van het ziekenhuis gebracht.

Op 8 april 2014 overleed patiënte. De familie gaf geen toestemming voor obductie.

Het ziekenhuis heeft onderzoek laten doen naar de calamiteit. De onderzoekscommissie kwam tot de conclusie:

“ De analyse van de calamiteit geeft, mede door het ontbreken van een obductie en relevante vitale waarden, geen eenduidig antwoord op de vraag naar het ontstaan van de hemodynamische instabiliteit en hypoxemie. Obductie zou mogelijk de oorzaak van de postanoxische encephalopathie hebben kunnen vaststellen. Mogelijke basisoorzaken c.q. hypothesen, voor het ontstaan van de hypoxie en hemodynamische instabiliteit, worden enerzijds ontkracht en anderzijds niet bekrachtigd door diagnostische bevindingen peroperatief en postoperatief tijdens het IC verblijf.

Hierdoor kan geen eenduidig antwoord worden geven op de onderzoeksvragen:

- Wat is de oorzaak van de peroperatieve hypoxemie en bradycardie?*
- Hoe lang heeft de perioperatieve hypoxemie geduurd?*
- Wat is de oorzaak van de hypoxische encephalopathie postreanimatie met letale afloop?”*

De onderzoekscommissie heeft vervolgens aanbevelingen gedaan. De Raad van Bestuur van het ziekenhuis heeft deze onderschreven en verbetermaatregelen ingezet.

Na ontvangst van het rapport van de onderzoekscommissie besloot klaagster een nader onderzoek in te stellen. Klaagster heeft van dit onderzoek een rapport uitgebracht met de conclusie dat verweerder in strijd met de zorg die hij ten opzichte van patiënte had behoren te betrachten, heeft gehandeld doordat hij patiënte heeft blootgesteld aan onnodige extra risico's.

3. Het standpunt van klaagster en de klacht

Klaagster verwijt verweerder dat hij is tekortgeschoten in de zorg jegens patiënte omdat zij door de handelwijze van verweerder is blootgesteld aan onnodige extra risico's.

Klaagster formuleert drie klachtonderdelen:

1) Verweerder heeft geen of althans onvoldoende specifieke instructies aan de anesthesiemedewerker gegeven met betrekking tot positionering, dosering van sedatie en analgesie en bewaking, terwijl het om een risicovolle patiënte ging.

Toelichting: verweerder heeft geen afspraken gemaakt met de anesthesiemedewerker om visueel en verbaal contact met patiënte te houden gedurende de operatie, terwijl de strandstoelhouwing waarin patiënte geplaatst was, grote fysiologische consequenties had die juist met extra zorgvuldigheid bewaakt dienen te worden. Dit eens te meer bij deze 75-jarige, morbide obese patiënte die was gesedeerd en een verminderde diafragmafunctie had ten gevolge van de toegediende plexusblokkade. Nergens wordt uit de medische status duidelijk dat verweerder de anesthesiemedewerker (peroperatief) duidelijke instructies heeft gegeven met betrekking tot de risico's voor deze patiënte.

2) Verweerder heeft onvoldoende invulling gegeven aan de eindverantwoordelijkheid door zich op het moment dat hij gealarmeerd werd, niet persoonlijk te vergewissen van de situatie van deze risicopatiënte, alsmede door na te laten de oorzaak van de onrust nader te (laten) onderzoeken.

Toelichting: verweerder heeft de veiligheids- en zorgvuldigheidsaspecten onvoldoende in acht genomen. Hij heeft zich niet persoonlijk vergewist van de toestand en het comfort van patiënte, ook niet nadat meer sedatie en pijnstilling noodzakelijk was in verband met onrust die niet nader uitgezocht werd noch is geduid. Verweerder heeft geen differentiaaldiagnose opgesteld, of laten opstellen, naar aanleiding van de ontstane onrust. Verweerder heeft toegestaan dat de anesthesiemedewerker met grote tussenpozen vitale parameters bij patiënte heeft gemeten en toegestaan dat deze zich niet voldoende van het welbevinden van de patiënte op de hoogte stelde. Zonder expliciete verificatie vertrouwde verweerder op het oordeel van de anesthesiemedewerker.

3) Verweerder heeft onvoldoende invulling gegeven aan zijn dossierverplichting. Toelichting: Verweerder heeft niets vastgelegd in het patiëntendossier over risico-inschatting met betrekking tot de leeftijd en de BMI van patiënte en de bijkomende operatierisico's. Het verwijt dat het informed consent in het medisch dossier ontbreekt, heeft klaagster ter zitting ingetrokken.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen gemotiveerd betwist. Verweerder stelt zich op het standpunt dat klaagster op essentiële punten de feiten selectief weergeeft, belangrijke informatie niet vermeldt en de aantekeningen in het dossier niet op waarde heeft geschat. Klaagster heeft ten onrechte niet meegewogen dat zowel verweerder als de anesthesiemedewerker veel ervaring hebben met de anesthesie bij obese patiënten, daar in het ziekenhuis veel bariatrische chirurgie plaatsvindt/vond. Verweerder voelt zich door de onvoldoende kwaliteit van het inspectieonderzoek in zijn integriteit aangetast. Per klachtonderdeel luidt het verweer van verweerder als volgt:

Ad 1) Verweerder heeft zich gehouden aan het uitgangspunt dat de anesthesioloog maximaal de zorg voor twee operatiekamers tegelijkertijd op zich kan nemen en hij heeft zich ook aan de voorwaarden gehouden waaronder dit kan geschieden. Verweerder heeft conform de bijsluiter propofol gehandeld. Verweerder is bekend met de risico's van propofol en heeft daarover concrete afspraken met de anesthesiemedewerker gemaakt. 3 mg/kg/uur is standaard en besproken. De top-up dosis is besproken. De strandstoelpositionering was een -voor deze ingreep- niet ongebruikelijke positionering.

Ad 2) Verweerder betwist dat hij onvoldoende invulling aan zijn eindverantwoordelijkheid heeft gegeven. Een differentiaaldiagnose is wel degelijk gemaakt, hij heeft de veiligheids- en zorgvuldigheidsaspecten in acht genomen en was direct beschikbaar. Er was sprake van een continue monitoring en meting, zowel visueel als auditief, alleen niet van een continue registratie. De anesthesiemedewerker, die ervaren en bekwaam is, heeft alle stappen met verweerder overlegd. De anesthesiemedewerker heeft patiënte zorgvuldig gemonitord en tijdens de operatie actie ondernomen. Patiënte verslechterde razendsnel hetgeen het ervaren operatieteam heeft verrast en overvallen. Na de reanimatie was patiënte stabiel en is de operatie voortgezet.

Ad 3) Reeds bij de pre-operatieve screening, die door een collega van verweerder was verricht, is de leeftijd, de BMI, het gewicht en lengte van patiënte in het dossier vastgelegd. Indien er sprake zou zijn van onvolledige dossiervoering op dit punt, kan dat verweerder niet verweten worden.

Verweerder heeft zich het gebeurde zeer aangetrokken en betreurt het overlijden van patiënte. Het incident is in de maatschap van verweerder besproken en er zijn verbetermaatregelen genomen. Verweerder heeft alle medewerking verleend aan de calamiteitenonderzoeken van zowel het ziekenhuis als van klaagster. Hij verzoekt het college de klachten af te wijzen.

5. De overwegingen van het college

Ad klachtonderdeel 1)

Gelet op de gemotiveerde betwisting door verweerder en hetgeen de anesthesiemedewerker als getuige heeft verklaard -zowel in zijn bij verweerschrift overgelegde verklaring als ter zitting- kan het college niet vaststellen dat verweerder, zoals klaagster stelt, geen adequaat beleid met de anesthesiemedewerker heeft afgesproken aangaande positionering, dosering van sedatie, analgesie en bewaking van patiënte.

Vooropgesteld moet worden dat het enkele feit dat de tussen verweerder en zijn anesthesiemedewerker gemaakte afspraken niet in het dossier zijn terug te lezen omdat er geen elektronische registratie, maar slechts een summiere, handgeschreven registratie voor handen is waardoor het lastig is om harde conclusies te trekken, niet betekent dat er geen adequate afspraken zijn gemaakt. Uit hetgeen in de stukken namens verweerder daarover is aangegeven, in samenhang beschouwd met hetgeen door de gehoorde anesthesiemedewerker ter zitting is verklaard, is ook anderszins niet aannemelijk geworden dat door verweerder onvoldoende specifieke instructies aan de anesthesiemedewerker zijn gegeven.

Het college stelt vast dat een aantal van de feiten die klaagster aan haar klacht ten grondslag legt niet zijn onderbouwd en door verweerder zijn bestreden. Het is op dat punt gebleven bij aannames die niet zijn komen vast te staan. Het college wijst in dit verband op de positie van de doek bij de operatie. Niet is komen vast te staan dat de doek daadwerkelijk op het gezicht van patiënte lag en evenmin dat door de aanwezigheid van de doek het zicht op het gelaat van patiënte onmogelijk was.

In dat verband merkt het college nog op dat het verwijt van klaagster dat verweerder, gelet op de BMI van patiënte, van een onjuiste ASA-score is uitgegaan, geen doel treft aangezien de richtlijn met betrekking tot ASA-scores waar klaagster naar verwijst, dateert van 15 oktober 2014 en derhalve ten tijde van de onderhavige ingreep nog niet gold. Uit de richtlijn die destijds wel gold, volgt niet dat de BMI een risicofactor was die tot een hogere ASA-classificatie leidde. Evenmin is gebleken dat op grond van een hogere ASA-classificatie een ander beleid door verweerder had moeten worden ingesteld.

Mede gelet op hetgeen ter zitting door verweerder, de getuige en de deskundige is verklaard, is voor het college juist voldoende aannemelijk geworden dat er niet alleen bij aanvang van de operatie sprake was van duidelijke (basis)instructies voor de anesthesiemedewerker maar ook dat er tijdens de operatie regelmatig contact en overleg tussen de anesthesiemedewerker en verweerder is geweest, ook toen patiënte verslechterde. Gelet op de ruime ervaring van verweerder met bariatrische chirurgie en de jarenlange samenwerking met de anesthesiemedewerker kon met deze instructies en dit beleid ook worden volstaan.

Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Ad klachtonderdeel 2)

Het college volgt evenmin het verwijt van klaagster dat verweerder onvoldoende invulling heeft gegeven aan zijn eindverantwoordelijkheid door zich niet persoonlijk te vergewissen van de situatie van patiënte en de oorzaak van de onrust niet nader te (laten) onderzoeken.

Het college stelt allereerst vast dat verweerder voldeed aan de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor *Anesthesiologie* dat een anesthesioloog meerdere operatiekamers mag bedienen indien een gekwalificeerde medewerker bij de patiënt continue aanwezig is. Bovendien staat vast dat verweerder niet alleen via het grote raam de gehele OK kon overzien -patiënte en de monitoring inclusief- maar ook dat hij goed en regelmatig visueel en telefonisch contact met de ervaren anesthesiemedewerker had. Naar het oordeel van het college is dit een gebruikelijke gang van zaken waardoor, in het belang van de hygiëne, het aantal deurbewegingen tijdens de operatie kan worden beperkt.

Vaststaat dat de anesthesiemedewerker gedurende de operatie enige malen met verweerder heeft overlegd: in eerste instantie was er telefonisch overleg omdat de bloeddruk van patiënte hoog bleef, hetgeen tot aanpassing van de medicatie heeft geleid. Vervol-

gens heeft verweerder via het grote raam visueel contact gehad met de anesthesiemedewerker die zijn duim opstak om verweerder te laten weten dat het (weer) beter ging met patiënte. Bij de derde

-telefonische- oproep is verweerder op verzoek van de anesthesiemedewerker direct de OK binnen gegaan om actie te ondernemen.

Gelet op de informatie die verweerder van de anesthesiemedewerker kreeg, waaronder de opgestoken duim dat het (weer) beter met patiënte ging, was er voor verweerder geen aanleiding om de OK-ruimte te betreden om alsnog nader onderzoek naar de onrust van patiënte te (laten) doen. Naar het oordeel van het college kon en mocht verweerder, gelet op de jarenlange samenwerking met de anesthesiemedewerker, volledig op diens deskundigheid en vakkennis vertrouwen. Niet kan worden vastgesteld dat de zorg voor patiënte daardoor onvoldoende was geborgd.

Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

Ad klachtonderdeel 3)

Vast staat dat zowel de lengte, het gewicht en de BMI van patiënte in het medisch dossier, op de anesthesielijst, staan vermeld. Deze gegevens zijn tijdens het pre-operatieve onderzoek door een collega van verweerder genoteerd.

Dat in het dossier geen conclusies ten aanzien van de risico-inschatting en bijkomende operatie-risico's zijn genoteerd, is verweerder echter niet aan te rekenen daar de vermelding daarvan, ten tijde van de onderhavige ingreep, (nog) geen gebruikelijke gang van zaken was. De betreffende richtlijn waar klaagster naar verwijst is immers pas in oktober 2014 ingevoerd.

Het noteren van uitsluitend de waardes zoals in dit geval komt het college als gebruikelijk en ook anderszins niet als onvoldoende voor. Het benoemen van de leeftijd, BMI en andere pathologie in het preoperatieve screenings rapport levert de behandelend anesthesioloog de informatie die hij nodig heeft om een zelfstandige adequate risico-inschatting te maken en het beleid daarop zo nodig aan te passen.

Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

6. De beslissing

Het college:

- wijst de klacht af.

Aldus beslist door mr. A.H.M.J.F. Piëtte als voorzitter, mr. P. Hoekstra als lid-jurist, A. Pfaff, dr. C. Keijzer en J.L.M. van Helmond als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van mr. C.W.M. Hillenaar als secretaris en in het openbaar uitgesproken op 1 juni 2016 in aanwezigheid van de secretaris.