

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2016-059

Datum uitspraak: 21 maart 2017

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

A,
wonende te B,
klager,
tegen:
C, anesthesioloog,
werkzaam te B,
verweerder,
gemachtigde: mr. L. Beij, werkzaam te Den Haag.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit de volgende stukken:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 3 maart 2016;
- het verweerschrift;
- het proces-verbaal van het verhoor in het vooronderzoek door mr. L.J. Sarlemijn, gehouden op 18 augustus 2016, en
- de brief van de zijde van verweerder van 29 december 2016 met bijlagen, ontvangen op 2 januari 2017.

1.2 De mondelinge behandeling door het college heeft plaatsgevonden ter openbare zitting van 24 januari 2017. Partijen zijn verschenen, klager met zijn echtgenote D en verweerder met zijn gemachtigde. Zij hebben, mede naar aanleiding van vragen van de leden van het college, hun standpunten mondeling toegelicht.

2. De feiten

2.1 Verweerder is anesthesioloog en als zodanig werkzaam in het E, locatie F (hierna: het ziekenhuis). Klager heeft aldaar op 30 september 2015 een operatie ondergaan wegens een bovenarmfractuur.

Op 29 september 2015 heeft verweerder een pre-operatief gesprek met klager gevoerd over de bij de operatie toe te passen anesthesievorm(en). Hij heeft klager daarbij voorgelicht over de mogelijkheden en hem verteld dat algehele anesthesie in combinatie met een zogeheten plexusanesthesie door middel van een interscaleenblok de optimale anesthesie zou zijn. Bij plexusanesthesie wordt de zenuwbundel die naar de arm loopt – de plexus brachialis – geblokkeerd. Deze vorm van anesthesie wordt geadviseerd omdat die in het algemeen ook na de operatie langere tijd voor effectieve pijnbestrijding zorgt.

Klager heeft met het advies ingestemd. Verweerder heeft klager in het gesprek een folder gegeven met de verschillende anesthesietechnieken. In deze folder wordt beperkt melding gemaakt van mogelijke bijwerkingen van de verschillende vormen van anesthesie.

2.2 Voorafgaand aan de operatie op 30 september 2015 heeft verweerder klager de plexusanesthesie gegeven. Hij heeft door middel van echobeelden de zenuwbundel in de hals van klager gevisualiseerd en de verdoving toegediend. Vervolgens heeft verweerder klager tijdens het inwerken van de verdoving enkele keren bezocht om te zien hoe hij het maakte. Bij klager is als gevolg van de plexusanesthesie een hangend oog opgetreden. Verder werd klager hees en had hij last van benauwdheid. Hij heeft dit verweerder verteld. Die heeft klager daarop meegedeeld dat deze klachten een gevolg waren van de verdoving, dat de uitslagen op de monitor geruststellend waren en dat de klachten vanzelf over zouden gaan.

2.3 Het verslag van de verkoeverkamer vermeldt, voor zover hier van belang: “30-09-2015 16.50

slaperig, wel goed wekbaar

(...)

blok zit goed, geen pijn

niet misselijk

goede temp

controles goed”

en

“30-09-2015 18.10

heeft toch pijn, score 6”

2.4 Ongeveer twaalf uur na de operatie was de plexusanesthesie bij klager uitgewerkt en zijn de genoemde heesheid, benauwdheid en het hangen van het ooglid weggetrokken.

2.5 Op 9 oktober 2015 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen klager en verweerder.

3. De klacht

De klacht luidt, zakelijk weergegeven, als volgt.

- 1) Verweerder heeft de verkeerde zenuw verdoofd en dit bovendien verzwegen in het gesprek op 9 oktober 2015.
- 2) De plexusanesthesie heeft niet het gewenste gevolg gehad: na de operatie heeft klager veel pijn gehad, waarop verweerder niet adequaat heeft gereageerd.
- 3) Verweerder heeft verzuimd klager te wijzen op mogelijke complicaties van de anesthesie, met name van de plexusanesthesie.
- 4) Verweerder heeft onvoldoende gereageerd op de signalen van klager betreffende zijn heesheid en benauwdheid en deze weggewuifd.
- 5) Ondanks herhaald verzoek heeft klager niet voldoende inzage in zijn dossier gekregen.

4. Het standpunt van verweerder

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

5. De beoordeling

5.1 Naar het oordeel van het College is niet gebleken dat verweerder bij klager een verkeerde zenuw heeft verdoofd. Klager heeft ter zitting verklaard dat hij na het toedienen van de plexusanesthesie geen kracht meer had in zijn arm en dat deze doof aanvoelde. In het dossier is kort na de operatie aangetekend dat het blok goed zat en

dat klager geen pijn had. Het College gaat er op grond daarvan vanuit dat het blok goed zat. Het is aannemelijk dat de

– aldus juist toegediende – verdooving van de plexus brachialis (mede) is terechtgekomen bij andere naburige zenuwen, in het bijzonder de nervus laryngeus recurrens en de nervus phrenicus, die respectievelijk de stembanden en het middenrif verzorgen; dat verklaart volledig de heesheid en benauwdheid die bij klager zijn ontstaan. Dit zijn – naast het hangende ooglid – bekende bijwerkingen van plexusanesthesie, ook indien die op juiste wijze is aangelegd. De frequentie van deze bijwerkingen is wisselend, afhankelijk van gebruik van echo en hoogte van toediening van het blok. In dit geval zijn er aldus geen aanwijzingen dat verweerder de verdooving niet zorgvuldig en op de gebruikelijke wijze heeft aangebracht. Dat brengt mee dat hem ook niet verweten kan worden dat hij in het gesprek op 9 oktober 2015 heeft ontkend dat hij een verkeerde zenuw zou hebben verdoofd. Dat een collega van verweerder tegenover klager een andersluidende mededeling heeft gedaan kan niet tot een ander oordeel leiden. Klachtonderdeel 1) is dus niet gegrond.

5.2 Klachtonderdeel 2) kan evenmin doel treffen. Dat de plexusanesthesie korter heeft gewerkt dan voorzien en gewenst was, kan het gevolg zijn van verschillende omstandigheden die niets te maken hebben met het handelen van de anesthesioloog. In dit geval bestaan, zoals hiervoor overwogen, geen aanwijzingen dat verweerder een fout heeft gemaakt. Voorts heeft verweerder aangevoerd en uit het dossier blijkt ook dat klager, toen hij pijn kreeg, adequate pijnstillende medicatie heeft gekregen. Pijn na een operatie als de onderhavige is niet te voorkomen. Onvoldoende is gebleken dat de pijnbestrijding bij klager na het uitwerken van de narcose en de plexusanesthesie niet adequaat is geweest.

5.3 Bij de beoordeling van klachtonderdeel 3) dient het College te toetsen of verweerder bij zijn beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klager klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard. Bij de tuchtrechtelijke beoordeling van beroepsmatig handelen gaat het dus niet om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar of de beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in zijn beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard.

5.4 Vast staat dat verweerder klager in het pre-operatieve gesprek niet op mogelijke bijwerkingen van de plexusanesthesie heeft gewezen. Het College dient de vraag te beantwoorden of verweerder dat, in het licht van de zojuist omschreven norm, wel had behoren te doen.

Het College is van oordeel dat verweerder in dit opzicht geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. De bedoelde bijwerkingen zijn onschuldig in die zin dat deze niet tot blijvende klachten leiden, maar uitsluitend optreden gedurende de verdooving, zoals ook bij klager het geval is geweest. De bij klager opgetreden bijwerkingen – althans de daarvan door klager ervaren hinder – komen bovendien zo weinig voor dat het in de beroepsgroep van anesthesiologen niet in alle klinieken gebruikelijk is patiënten hierop voorafgaand aan een plexusanesthesie attent te maken. Dat de informatie omtrent de onderhavige bijwerkingen wel op de website van een G ziekenhuis voorkomt, zoals klager heeft aangevoerd, doet daaraan onvoldoende af. Klachtonderdeel 3) is dus on gegrond.

Verweerder heeft ter zitting overigens verklaard dat hij inmiddels patiënten die in aanmerking komen voor een plexusanesthesie naar aanleiding van de onderhavige zaak wel informeert over de mogelijke bijwerkingen.

5.5 Met betrekking tot klachtonderdeel 4) overweegt het College dat duidelijk is dat de opgetreden bijwerkingen klager een nare ervaring hebben opgeleverd. Hij heeft ter zitting naar voren gebracht dat hij zich, toen hij last kreeg van heesheid en benauwdheid, heel angstig voelde. Hij maakte zich zorgen of hij wel uit de operatie zou komen. Daarbij voelde hij zich erg alleen, omdat het aanwezige medische en verpleegkundige personeel met zijn eigen werk en met elkaar bezig was en zich niet om hem bekommerde.

Verweerder heeft te kennen gegeven dat hij geprobeerd heeft klager gerust te stellen, omdat de bijwerkingen onschuldig waren in voormelde zin. Hij betreurt dat zijn goede bedoelingen niet bij klager zijn overgekomen. Ter zitting heeft verweerder gezegd dat hij mogelijk te weinig empathie aan de dag heeft gelegd, waardoor hij zijn doel – geruststelling van klager – niet heeft bereikt.

Naar het oordeel van het College is dit de kern van de zaak. Bij communicatie tussen patiënten en professionals ligt, juist vanwege het (vaak grote) verschil in emotionele betrokkenheid, altijd het risico van misverstanden op de loer. Zo hebben in dit geval de medisch-technische en op zichzelf juiste inlichtingen van verweerder klager vanwege zijn emotionele toestand kennelijk niet kunnen bereiken. Voldoende inlevingsvermogen bij de medische beroepsbeoefenaar in de situatie van de patiënt – die zijn zorgen en angsten niet altijd zal uitspreken – zal in het algemeen bijdragen aan het welzijn van de patiënt en aan de ervaren kwaliteit van de geboden zorg en is in zoverre wenselijk. Dat betekent echter niet dat bij het ontbreken van (voldoende) empathie sprake is van een nalaten in strijd met de zorg die de beroepsbeoefenaar in die hoedanigheid behoort te betrachten ten opzichte van een patiënt. Het is nu eenmaal niet iedereen in dezelfde mate gegeven zich in een ander in te leven. Dat geldt ook voor medische beroepsbeoefenaren. Ook in dit opzicht kan verweerder dus geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt, zodat klachtonderdeel 4) eveneens ongegrond is.

5.6 Ten aanzien van klachtonderdeel 5) overweegt het College dat niet gebleken is dat verweerder voor wat betreft het bijhouden van het medisch dossier in enig opzicht is tekortgeschoten. Het is op zichzelf te betreuren dat dit dossier, dat digitaal wordt bijgehouden, niet (direct) voor klager beschikbaar is gekomen, nu hij daar volgens de wet recht op heeft. Verweerder heeft echter voldoende aannemelijk gemaakt dat hij voor de mogelijkheden tot verstrekking van uitdraaien/afschriften van het medische dossier afhankelijk is van de digitale infrastructuur die door het ziekenhuis is gekozen. Dat er geen volledig schriftelijk dossier ter beschikking is gesteld hoeft er dan ook niet op te wijzen dat het dossier niet op orde is, zoals klager heeft gesuggereerd. Het College ziet daarvoor ook geen aanwijzingen.

Verder heeft klager in het vooronderzoek aangevoerd dat hij in het nagesprek op 9 oktober 2016 geen grafieken heeft gezien. Naar het oordeel van het College is daarmee niet voldoende gemotiveerd weersproken dat verweerder klager in dat nagesprek de gang van zaken rond de operatie en de plexusanesthesie nader heeft toegelicht aan de hand van het digitale dossier. Dat klager niet alles uit het gehele dossier heeft gezien kan daaraan niet voldoende afdoen.

Ook heeft verweerder klager blijkens de bij het klaagschrift gevoegde bijlagen, voor zover dit voor verweerder technisch mogelijk was, de relevante passages uit het medisch dossier ter beschikking gesteld.

Dit klachtonderdeel kan daarom ook niet slagen.

Overigens heeft de gemachtigde van verweerder, als jurist werkzaam bij het ziekenhuis, klager en het College verzekerd dat werk wordt gemaakt van de verbetering van de mogelijkheden van het digitale systeem om patiënten hun dossier schriftelijk ter beschikking te stellen.

5.7 Uit het voorgaande volgt dat de klacht dient te worden afgewezen.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg beslist als volgt:
wijst de klacht af.

Deze beslissing is gegeven door mr. N.B. Verkleij, voorzitter, mr. A. Wilken, lid-jurist, prof. dr. R.J. Stolker, dr. S. Veersema en dr. G.A. Hoffland, leden-artsen, bijgestaan door

mr. R. Kruit, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 21 maart 2017.

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 het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem 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

Den Haag, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.