

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 263/2016

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 17 maart 2017 naar aanleiding van de op 26 juli 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven binnengekomen en naar het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle doorgestuurde klacht van

A, wonende te B,

k l a g e r

-tegen-

C, anesthesioloog, werkzaam te D,
bijgestaan door mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift;
- het aanvullende klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- aanvullende medische stukken van de zijde van verweerder op verzoek van de secretaris.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid mondeling gehoord te worden in vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 3 februari 2017, alwaar verweerder is verschenen, bijgestaan door zijn gemachtigde. Klager is, hoewel behoorlijk opgeroepen, niet verschenen.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder delen van 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.

Klager, geboren in 1946, was bekend met hypertensie. Voorts was hij in het ziekenhuis bekend met een pacemaker en atriumfibrilleren.

In 2010 onderging hij een appendectomie die gecompliceerd verliep. Hij ontwikkelde daarbij post-operatief een delier. In oktober 2010 werd bij hem een aneurysma geconstateerd van de aorta abdominalis. In 2012 werd door de vaatchirurg in overleg met klager besloten tot een electieve operatieve behandeling van het aneurysma. Bij hem zou een aorta buisprothese worden ingebracht, waarbij tevens een littekenbreuk zou worden gecorrigeerd. Ook zou een moedervlek uit de rechterlies worden verwijderd. Gezien de voorgeschiedenis van klager werd een geriater geconsulteerd om eventueel preventieve maatregelen te treffen ter voorkoming van een delier.

Op 28 februari 2012 vond bij een collega van verweerder de preoperatieve anesthesiologische screening plaats. Genoteerd werd dat de operatie onder algehele anesthesie zou plaatsvinden en dat klager ten behoeve van postoperatieve pijnstilling een epiduraal katheter zou krijgen. Deze informatie werd overgedragen aan de behandelend specialist, de verpleegafdeling en het operatieteam.

Op 13 maart 2012 vond de operatie plaats, waarbij verweerder de anesthesiologische behandeling verzorgde. Klager werd om 7.30 uur naar de operatiekamer gebracht. Er werd een epiduraal katheter ingebracht op lumbaal niveau. Klager reageerde heftig op het prikken.

Verweerder noteerde hierover in het dossier:

“epiduraal catheter pas op starten na neurologische evaluatie. patiënt reageerde heftig op prikken in het lichaam waar dan ook Bij de eerste poging epiduraal paresthesie li been jvn overleg met coll E, F en G”.

Daarna werd de algehele anesthesie ingeleid. De operatieve ingreep verliep ongecompliceerd. Verweerder heeft na de operatie postoperatieve instructies verstrekt met betrekking tot onder meer het vochtbeleid, de pijnmedicatie, postoperatieve antibiotica, pijnbestrijding via de epiduraal katheter en postoperatief laboratoriumonderzoek, en gaf de opdracht om de pacemaker te laten resetten.

Na de operatie werd klager ter observatie overgebracht naar de afdeling Intensive Care. Bij controle werd genoteerd: *“beweegt beide benen, veel kracht (M5)”.*

De postoperatieve anesthesiologische zorg (pijnbestrijding) was in handen van de Acute Pijn Service.

Op 14 maart 2012 werd klager overgebracht naar de verpleegafdeling.

Om 11.30 uur staat in de decursus vermeld dat klager pijn had omdat de epidurale anesthesie te laag zou zitten. In overleg met een collega van verweerder werd afgesproken de infusie van 0,25% bupivacaine met sufentanil via de epidurale katheter te verhogen naar 5 ml/uur en dipidolor via intramusculaire injecties toe te voegen in een dosis van 20 mg tot max. zes maal daags. In de loop van de middag nam een medewerker van de Acute Pijn Service contact op met verweerder omdat de motoriek van de benen bij klager begon af te nemen. Verweerder gaf opdracht de epiduraalpomp gedurende drie uur stop te zetten. Tevens gaf hij opdracht om rond 18.00 uur de dienstdoende anesthesioloog te consulteren over het verdere pijnbestrijdingsbeleid.

Op 15 maart 2012 gaf klager veel pijn aan. De conclusie was dat de klachten zouden kunnen passen bij een zich ontwikkelende ileus. Na overleg werd buscopan aan de pijnbestrijding toegevoegd. In de nacht van 15 op 16 maart 2012 werd klager fors delirant en gaf hij veel pijn in de rug aan. De geriater werd in consult gevraagd.

Op 16 maart 2012 had klager veel pijn in de rug en was hij 's nachts fors delirant. Er werd besloten een CT-angio, ter beoordeling van de doorbloeding van de abdominale bloedvaten, te maken. Wegens verminderde sensibiliteit en motoriek van het rechterbeen werd in opdracht van verweerder de epidurale infusie om 13.00 uur gestaakt. De pijnstilling werd met piritramide voortgezet en er werd naproxen toegevoegd aan de basismedicatie. Er werd geen verbetering van de sensibiliteit en motoriek van het rechterbeen gezien en ook de motoriek van het linkerbeen was licht verminderd. De verpleegkundige belde met de arts-assistent chirurgie met het verzoek verweerder te bellen voor het verdere beleid. Klager werd rond 15.30 uur gezien door een medewerker van de Acute Pijn Service. Deze overlegde met verweerder met de vraag of het mogelijk zou kunnen gaan om een complicatie van de epiduraal katheter. Er werd geadviseerd om rond 17.00 uur te herbeoordelen en te overleggen. Blijkens de decursus was om 17.00 uur de pijn in de buik verminderd. De motorische en sensibele uitvalsverschijnselen in het rechterbeen waren onverminderd aanwezig. De toediening van de orale antistolling werd gestopt. Er werd met spoed een INR-bepaling verricht. Deze was 1.3. In overleg met verweerder werd besloten een consult van de neuroloog af te wachten. Aan het begin van de avond van 16 maart 2012 stelde de neuroloog bij klager een partieel dwarslaesiebeeld vast, waarbij door middel van een beeldvormend onderzoek met een CT-scan geen epidurale bloeding kon worden aangetoond. Het onderzoek van eerste keuze, een MRI-scan, kon destijds niet worden gemaakt in verband met de aanwezigheid van een pacemaker. Om een subdurale ligging van de epidurale katheter uit te sluiten, trachtte de dienstdoende anesthesioloog vervolgens liquor te aspireren uit de epiduraal katheter, hetgeen niet lukte, waarmee een subdurale positie van de epidurale katheter niet waarschijnlijk werd geacht. De anesthesioloog heeft de katheter verwijderd en opdracht gegeven om Fragmin pas na 12 uur te geven.

Klager werd verder vervolgd waarbij de neuroloog vaststelde dat er een beeld was dat het beste paste bij myelomalacie van het ruggenmerg door ischaemie (slechte bloed- en zuurstofvoorziening), waarbij een bloeding minder waarschijnlijk was. Er werd besloten een driedimensionale CT-scan en myelografie-onderzoek te verrichten. Bij herbeoordeling door de neuroloog was er sprake van een ongewijzigd beeld waarbij ook bij reconstructie van het eerdere beeldvormend onderzoek geen aanwijzingen werden gevonden voor bloedingen. Op de driedimensionale CT-scan was geen epidurale bloeding zichtbaar.

In gesprekken met klager en zijn familie werd gesproken over de mogelijke oorzaak van het partieel dwarslaesiebeeld en de prognose. De revalidatiearts werd bij de behandeling betrokken. Geleidelijk aan nam de kracht in de benen toe en de mobilisatie ging langzaam vooruit. Op 7 april 2012 werd klager overgeplaatst naar H in I voor verdere revalidatie.

Klager heeft het ziekenhuis in 2013 aansprakelijk gesteld voor de gevolgen van de gezondheidsschade. De verzekeraar van het ziekenhuis heeft na raadpleging van de medisch adviseur de aansprakelijkheid afgewezen. Klager heeft in 2014 een verzoekschrift deskundigenonderzoek ingediend. Bij beschikking van 2 juni 2015 heeft de Rechtbank Oost-Brabant het door klager gelaste onderzoek door anesthesioloog J

bevolen. In april 2014 heeft professor J zijn eindrapport aan de rechtbank en aan partijen aangeboden. Partijen hebben op basis van dit rapport een minnelijke schikking getroffen tegen algehele finale kwijting.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- het volgende:

- a. Onvoldoende informed consent, waardoor klager geen weloverwogen beslissing over de behandeling (de gebruikte epidurale techniek) heeft kunnen nemen.
- b. Specifiek gemaakte afspraken ten aanzien van de ruggenprik zijn niet nagekomen; klager zou bij kennis zijn en eventueel zou een APAD gebruikt worden.
- c. De epiduraal is niet volgens de geldende standaard geplaatst.
- d. Na optreden van de complicatie/medische kunstfout heeft verweerder niet actief genoeg opgetreden om de kwalijke gevolgen te beperken.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert - zakelijk weergegeven - het volgende aan. Verweerder heeft oog voor de situatie waarin klager verkeert en betreurt het dat klager niet tevreden is over de verleende anesthesiologische zorg, maar stelt zich op het standpunt dat hem vanuit tuchtrechtelijk oogpunt geen verwijt treft. Bij de begeleiding en behandeling van klager zijn ook andere hulpverleners betrokken geweest. Verweerder zal zich verantwoorden voor zijn eigen persoonlijke betrokkenheid. Voorts stelt hij dat het rapport van J richtinggevend kan zijn voor het oordeel van het college. Anders dan klager stelt, heeft verweerder formele noch informele banden hetzij met het K hetzij met J. Er is geen enkele objectieve reden gesteld of gebleken om aan zijn deskundigheid te twijfelen.

Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel merkt verweerder op dat hij niet persoonlijk betrokken is geweest bij de preoperatieve anesthesiologische screening van klager. In zoverre mist dit klachtonderdeel feitelijke grondslag. Verweerder mocht op de juistheid van de screening afgaan en had overigens geen reden om te twijfelen aan het van klager voor de operatie verkregen informed consent. Ditzelfde geldt voor het tweede klachtonderdeel. Voorts merkt verweerder op dat in het medisch dossier geen aanknopingspunten voor de door klager genoemde specifieke afspraken zijn te vinden. Klager stelt dat verweerder de epiduraal niet volgens de geldende standaard heeft geplaatst. Verweerder stelt zich op het standpunt dat hij welbewust en onder verantwoorde condities de epiduraal katheter op lumbaalniveau en, anders dan klager stelt, niet te laag heeft geplaatst. Tot slot stelt verweerder dat het hele pijnteam, waar verweerder deel van uitmaakte, bij het verlenen van de postoperatieve zorg adequaat heeft gehandeld. Verweerder is daarbij niet in zijn zorgplicht tekort geschoten. Voor zover nodig zal hierna verder op het verweer worden 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.

5.2

Ten aanzien van het klachtonderdeel onder 3.a, dat ziet op het informed consent, oordeelt het college als volgt. In het dossier heeft het college geen aantekening kunnen vinden waaruit blijkt dat er sprake is geweest van informed consent. Ter zitting heeft verweerder toegelicht dat tegenwoordig expliciet in het formulier is opgenomen dat patiënt akkoord is met de voorgestelde behandeling en op de hoogte is van bepaalde complicaties. Destijds was dat echter nog niet het geval. Tijdens de preoperatieve screening wordt in zijn algemeenheid de anesthesietechniek besproken en ook andere zaken kunnen aan de orde komen. Zo kan het gebeuren dat een bepaalde ingreep wordt ontraden vanwege ernstige aandoeningen bij de patiënt, aldus verweerder. Verweerder stelt dat hij de computergegevens van klager heeft bekeken en met klager op de holding heeft doorgenomen wat er ging gebeuren. Dit is een soort standaardprocedure. Verweerder heeft ter zitting verteld dat hij zich niet precies kan herinneren wat hij exact heeft besproken. Bepaalde bijzonder zeldzame complicaties, zoals een dwarslaesie, behoeven niet besproken te worden en verweerder heeft dat waarschijnlijk ook niet gedaan. Wel heeft hij zaken als urineretentie en eventuele neurologische problemen vermeld.

Het college is van oordeel dat het ook in 2012 al usance was, of in ieder geval had moeten zijn, om duidelijk verslag te leggen in het dossier van het informed consent. Dit is niet gebeurd. Verweerder heeft het college er ook anderszins niet van kunnen overtuigen dat hij erop mocht vertrouwen dat zijn collega die de preoperatieve screening had gedaan, dan wel hijzelf, voldoende aandacht hebben geschonken aan informatie aan klager, waarop klager een weloverwogen beslissing heeft kunnen nemen. Dit klachtonderdeel is dan ook gegrond.

5.3

Klager stelt in zijn klachtonderdeel onder 3.b dat specifieke afspraken rond de ruggenprik niet zijn nagekomen. Anders dan klager stelt volgt het college verweerder in zijn stelling ter zitting dat klager wel bij kennis was. Uit het dossier blijkt dat klager voorafgaande aan de ingreep Lorazepam heeft gekregen. Een bijwerking hiervan kan zijn amnesie, geheugenverlies voor het gebeuren. Aannemelijk is dat klager dus wel bij kennis was maar zich dat niet meer kan herinneren.

Voorts is niet aannemelijk geworden dat met klager is afgesproken dat er gebruik zou worden gemaakt van een APAD. Dit blijkt op geen enkele manier uit het dossier. Bovendien heeft verweerder ter zitting verklaard dat zijn collega van de preoperatieve screening dit nooit gebruikt en dat ook daarom niet aannemelijk is dat dit met klager zou zijn besproken. Dit klachtonderdeel kan derhalve niet slagen.

5.4

Ten aanzien van de plaatsing van de epiduraal katheter acht het college de handelswijze van verweerder, zoals uiteengezet in het verweerschrift en toegelicht ter zitting, te verdedigen. Hoewel plaatsing op een niveau tussen thoracaal 5 en 10 de voorkeur heeft, heeft verweerder er gelet op de onrust en beweeglijkheid van klager veiligheidshalve voor kunnen kiezen lager te prikken waarbij hij is uitgekomen op lumbaal niveau, zoals

verweerder ter zitting heeft verklaard. Deze wat lage plaatsing kon naderhand gecompenseerd worden door de pompstand aan te passen.
Ook klachtonderdeel 3.c faalt.

5.5

De anesthesiologische nazorg in het ziekenhuis van verweerder is (gedurende 72 uur) in handen van een speciaal team: de Acute Pijn Service (APS). In dit team zitten getrainde anesthesieverpleegkundigen samen met een anesthesioloog. Hoewel het netter was geweest jegens klager dat verweerder zelf bij hem was gaan kijken, levert dit geen tuchtrechtelijk verwijt op. Klager had immers nazorg van de APS; niet gebleken is dat deze zorg onvoldoende is geweest. Verpleegkundigen van de APS zijn meerdere keren langs geweest en hebben adequaat gehandeld. Verweerder heeft kunnen besluiten om eerst de pomp te stoppen en dat effect af te wachten. Op het moment dat bleek dat er meer aan de hand kon zijn heeft verweerder de neuroloog geconsulteerd. Niet gebleken is dan ook dat verweerder in de nazorg tekort is geschoten.
Klachtonderdeel 3.d faalt eveneens.

5.6

Nu gelet op het voorgaande het eerste klachtonderdeel gegrond is, zal het college een maatregel opleggen. Het college is van oordeel dat een waarschuwing volstaat. Het heeft er daarbij acht op geslagen dat het kennelijk bij de anesthesiologen praktijk was dat de anesthesist in de OK erop vertrouwde dat de collega die de preoperatieve screening had gedaan het informed consent had verkregen zonder dat deze daar aantekening van maakte, welke praktijk inmiddels is gewijzigd, alsmede dat verweerder in zijn lange loopbaan nog niet eerder met een geslaagde tuchtklacht is geconfronteerd.

6. DE BESLISSING

Het college waarschuwt verweerder.

Aldus gedaan door mr. A.L. Smit, voorzitter, prof. mr. J.C.J. Dute, lid-jurist, dr. L. van den Broek, dr. R. Brons en dr. G.J.M. Akkersdijk, leden-artsen, in tegenwoordigheid van mr. K.M. Dijkman, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 17 maart 2017 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.