



NIET -
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/
AFGEWEZEN

Anesthesioloog had patiënt zelf moeten zien

In de dagen na een spoedoperatie vanwege een dunnedarmperforatie, ontstaat bij een man een sepsis met multiorgaanfalen. Hij is bijna niet te beademen. De intensivist besluit in overleg met de chirurg tot een tweede operatie. Met de rug tegen de muur, als het ware. De dienstdoende anesthesioloog stemt in, ziet de man pas bij de operatiekamer, en moet dan met minder goede apparatuur dan op de ic de man beademen. Direct na de operatie ontstaat een hartstilstand, en reanimatie baat helaas niet. De man overlijdt. Het ziekenhuis meldt de calamiteit bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg

(IGZ) en onderzoek volgt. De nabestaanden van de man klagen bij het tuchtcollege, onder meer over het feit dat de beademing tijdens de operatie niet goed genoeg zou zijn geweest. Op de ic en tijdens transport kreeg hij 30 x 500 ml FiO₂ 100 procent. Op de ok maakt de anesthesioloog daar 12 x 500 ml van. Hij kon ter plekke geen bloedgassen meten. Volgens het Centraal Tuchtcollege (CTG) heeft hij – gezien de omstandigheden op de ok – geroeid met de riemen die hij had. Het wordt helaas uit de tekst niet helemaal duidelijk waarom de arts gekozen heeft voor deze instellingen. Het CTG vindt wel dat de arts de pa-

tiënt op de ic had moeten zien voordat hij instemde met de operatie. Daarbij verliest het tuchtcollege niet uit het oog dat het allemaal snel moest en de anesthesioloog erg druk was. Maar juist met het oog op de gespecialiseerde anesthesiologische vakkennis, die de intensivist en de chirurg niet hebben, vindt het CTG het een gemiste kans dat de anesthesioloog niet zelf de patiënt is gaan beoordelen. Hij krijgt een waarschuwing.

Sophie Broersen, arts/journalist
Diederik van Meersbergen, jurist KNMG

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 17 november 2016

(ingekort door redactie Medisch Contact)

Beslissing in de zaak onder nummer C2016.004 van A, anesthesioloog, (...), tegen C, wonende te D, E, wonende te F, G, wonende te H, I, wonende te J, (...).

01

Verloop van de procedure

(...)

02

Beslissing in eerste aanleg

(...)

'2 De feiten

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

GEGROND

Gegrond, geen maatregel
Waarschuwing
Berisping
Boete

[Voorwaardelijke] schorsing
inschrijving register
Gedeeltelijke ontzetting
Doorhaling inschrijving register

van 11 maart 2013, om 5.00 uur, is patiënt in een diepe septische shock aangetroffen door de nachtverpleegkundige. Patiënt is vervolgens naar de Intensive Care (ic) overgebracht voor stabilisatie.

2.4 Bij CT-onderzoek, verricht om 7.00 uur, is geconstateerd dat sprake was van een dunnedarmperforatie bij een beklemde navelbreuk. (...)

2.5 Patiënt is om 9.06 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 hemorragie lijkt het meest te passen bij een perforatie agy een beklemde navelbreuk.”

2.6 Patiënt is na de operatie opgenomen op de ic, alwaar hij korte tijd later een sepsis met multiorgaanfalen 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 en 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 procent en PEEP 20 mbar hetgeen door verweerder bij de overdracht naar de operatiekamer is ingesteld op 12 x 500 ml met 20 mbar PEEP. In de operatiekamer was geen “point of care”-apparatuur aanwezig om ter plaatse de bloedgasen te kunnen meten.

2.8 De operatie is om 9.43 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 overtillen 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 multiorgaanfalen waarna patiënt, na overleg met de familie, waarbij gewezen werd op de risico's op 13 maart opnieuw naar de ok is gegaan voor een *second look*-relaparotomie in verband met verdenking van een ongoing sepsis. De anesthesioloog die patiënt tijdens deze ingreep zou gaan begeleiden geeft aan dat er sprake is van een ASA5-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 procent O₂ teneinde hem zo stabiel mogelijk te houden. Peroperatief ontstond atriumfibrilleren, waarop hij digoxine i.v. kreeg. Bij het overtillen van de ok-tafel naar het bed kwam de patiënt in een reanimatiesetting terecht die hij niet heeft overleefd.

Uit het gesprek met de commissie met de anesthesioloog 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. (...)”

(...)

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 procent van het totale ademvolume per minuut. Uit de registratielijst blijkt dat er ook onvoldoende PEEP is gegeven; (...)

03

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.

04

Beoordeling van het beroep

(...)

4.3 Het Centraal Tuchtcollege overweegt als volgt.

(...)

Overdracht en beademing (klachtonderdeel 1)

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

4.6 Appellant 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 appellant daarbij geïnformeerd dat het ging om een patiënt van de intensive care (ic) die persisterend septisch was na een eerdere laparotomie vanwege een dunnedarmperforatie en dat patiënt was ingeschat als ASA-klasse 5 (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. Appellant was daar niet bij betrokken. De intensivist heeft vóór afgaan aan de operatie telefonisch contact opgenomen met appellant 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 appellant toen nader geïnformeerd en heeft appellant 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 overtillen 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 appellant als anesthesioloog een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft voor het leveren van verantwoorde zorg aan zijn patiënten. Appellant is een ervaren anesthesioloog (25 jaar in het vak) en vanaf 2007 (op dat moment zes jaar) verbonden aan het M. Appellant wist dat patiënt onder extreme beademingscondi-

ties beademd werd en dat hij op de ok aangewezen was op een twintig jaar oud narcosetoestel dat beduidend beperkter was in ventilatiemogelijkheden dan de apparatuur op de ic. Appellant 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 appellant 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** Appellant 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 appellant weliswaar moet kunnen vertrouwen op de juistheid en volledigheid van de door zijn collega's verstrekte patiëntinformatie, alsook de tijdige aanlevering daarvan, maar dat appellant daarin als anesthesioloog ook een eigen verantwoordelijkheid heeft en dat hij zich hierin niet (te) afhankelijk mag opstellen. Als appellant 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 appellant 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 CO₂ opstapeling in het bloed heeft kunnen ontstaan. Anders dan het regionaal tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege ervan over-

tuigd dat appelland – gegeven de (verder) verslechterde toestand van patiënt na het transport van ic naar de ok en het feit dat appelland op de ok was aangewezen op eerdergenoemd narcose-toestel van twintig 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, appelland 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 bekwaame 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 appelland 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. (...)

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. (...)

4.21 Het Centraal Tuchtcollege acht evenals het regionaal tuchtcollege de maatregel van waarschuwing passend en geboden, zodat deze maatregel gehandhaafd blijft. (...)

05

Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (...)

- verwerpt het beroep (...).

Deze beslissing is gegeven door mr. A.D.R.M. Boumans, voorzitter, mr. T.W.H.E. Schmitz en mr. Prakke-Nieuwenhuizen, leden-juristen, 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. ■

web

De volledige tekst van deze uitspraak staat op medischcontact.nl/tuchtrecht. Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

Voor meer uitspraken zie tuchtrecht.nl.

OPVALLENDE UITSPRAKEN

● Laat patiënt niet zelf epd invullen

Klager verwijt psychiater dat deze klager zelf het verslag van hun gesprek in het epd heeft laten intypen. De psychiater laat dit cliënten vaker doen. Het regionaal tuchtcollege overweegt dat het (laten) invoeren van gegevens in het epd door de patiënt zelf hoogst ongebruikelijk is en dat verweerder hiermee de professionele norm overschrijdt. Er is daarbij ook geen sprake van een complete, heldere en overzichtelijke verslaglegging van het gesprek. Volgt een waarschuwing.

RTG Eindhoven, 6 februari 2017

● Tekortschietende zorg en beleid in VG-instelling

Moeder/mentor van dochter met complexe problematiek klaagt tegen (basis)arts in instelling waar geen arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) werkt. De arts heeft patiënte veel te laat onderzocht en geen indicatie en diagnose gesteld, geen beleid van suïcidale zorg ontwikkeld en niet overlegd met de moeder. Omdat het te volgen beleid niet duidelijk was, had de arts de crisisdienst of een psychiater voor advies moeten inschakelen. Hij heeft zich wel toetsbaar opgesteld en was verantwoordelijk voor een zeer grote groep patiënten zonder begeleiding door een meer ervaren collega. Daarom is de instelling ook in belangrijke mate verantwoordelijk. Waarschuwing voor arts volstaat daarom.

RTG Den Haag, 7 februari 2017

● Mislukte sterilisatie met Essure geen kunstfout

Patiënte raakt na sterilisatie met Essure toch zwanger en stelt ziekenhuis en gynaecoloog aansprakelijk. Tijdens de nacontrole was te zien dat de rechter-Essure hoger lag dan de linker. Volgens de rechtbank hoefde de gynaecoloog hieruit in dit geval niet te concluderen dat de rechtereileider mogelijk geperforeerd was. Haar conclusie dat de sterilisatie was geslaagd, was onder gegeven omstandigheden niet verwijtbaar. Vervolgonderzoek hoefde derhalve ook niet besproken te worden. De rechtbank wijst de vorderingen van eiseres af.

Rechtbank Den Haag, 1 februari 2017

Elke week selecteren KNMG-juristen opvallende uitspraken in het gezondheidsrecht. Een volledig overzicht kunt u vinden op medischcontact.nl/recht. Tegen uitspraken van regionale tuchtcolleges kan tot zes weken na de uitspraak nog hoger beroep worden aangekend.

