2010/325
ECLI:NL:TGZRAMS:2011:YG1498

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2010/325

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
TE AMSTERDAM**

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de na verwijzing door het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle bij dit college op 10 november 2010 binnengekomen klacht van:

A,
k l a a g s t e r,
gemachtigde mr. J.M. Beer, advocaat te Amsterdam,

tegen

B,
anesthesioloog,
wonende te C,
destijds werkzaam te D,
v e r w e e r d e r,
gemachtigde mr. M.J.J. de Ridder, advocaat te Utrecht.

1. Het verloop van de procedure
Het college heeft kennisgenomen van:
- het klaagschrift met de bijlagen, waar onder het complete dossier van het strafrechtelijk onderzoek dat heeft plaatsgevonden;
- de gevoerde correspondentie tussen de gemachtigden van partijen en het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek met de bijlagen;
- de dupliek;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek.

De klacht is op voet van art 57 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) ter openbare terechtzitting van 20 september 2011 gezamenlijk behandeld met de klachtzaak tegen de plastisch chirurg F, geregistreerd onder nummer 10/324.

Partijen waren aanwezig. Klaagster werd bijgestaan door mr. J.M. Beer, advocaat te Amsterdam en verweerder door mr. M.J.J. de Ridder, advocaat te Utrecht. Beide advocaten hebben een toelichting gegeven aan de hand van pleitnota's die aan het college en de wederpartij zijn overgelegd.

2. De feiten

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

2.1. Op maandag 16 april 2007 is E, geboren op 4 februari 1986, (verder te noemen: patiënte) door F geopereerd in een door laatstgenoemde gehuurde operatieruimte aan de G te D (hierna: de kliniek).

2.3. F heeft de operatie uitgevoerd in samenwerking met verweerder, een operatieassistente en een anesthesiemedewerker. Verweerder was toentertijd werkzaam als anesthesioloog in een ziekenhuis in H en viel die dag in voor een collega die als vaste anesthesioloog werkte in de kliniek met F.

2.4. Patiënte is onder volledige narcose gebracht en gedurende de gehele operatie is zij met 100% zuurstof beademd. Tijdens de operatie is patiënte tweemaal gedraaid. Na de intubatie is patiënte ten behoeve van de liposuctie aan de achterzijde (benen en een gedeelte van de rug) op de buik gelegd. Toen de liposuctie aan de achterzijde was voltooid is zij op de rug gedraaid waarna F liposuctie aan de voorzijde (benen en bovenbuik) heeft verricht.

2.5. Toen de liposuctie was voltooid heeft F de een jaar eerder in een kliniek in België bij patiënte geplaatste borstprothesen verwijderd en nieuwe implantaten geplaatst.

2.6. Rond 14.21 uur bemerkte F bij het sluiten van de incisie onder de linkerborst dat er lucht ontsnapte uit de wond. Na vervolgonderzoek bleek dat het gelaat, de hals en ook de buik van patiënte gezwollen waren. Als werkdiagnose is toen door verweerder en F subcutaan emfyseem ten gevolge van een spanningspneumothorax gesteld.

2.7. De toestand van patiënte verslechterde vervolgens dusdanig dat tot hartmassage en reanimatie is overgegaan.

2.8. Om uit te sluiten dat de tube in een verkeerde positie was terecht gekomen, heeft verweerder toen de tube verwijderd en een nieuwe tube ingebracht. Na de reïntubatie is patiënte door verweerder beademd met een ambuballon aangesloten op de losse zuurstoftank. Tevens is efedrine, atropine en adrenaline toegediend en is door verweerder in de thorax links een infuusnaald ingebracht. Toen de klinische situatie niet verbeterde is door verweerder een tweede infuusnaald ingebracht.

2.9. Rond 14.40 uur is de opgeroepen ambulance gearriveerd. Met behulp van een troiscart is toen door F een thoraxdrain links aangelegd.

2.10. Om 15.15 uur is patiënte aangekomen op de Afdeling Spoedeisende Hulp van het I alwaar uiteindelijk de reanimatie is gestaakt, waarna patiënte om 16.01 uur is overleden.

2.11. Naar aanleiding van het overlijden van patiënte is door het Openbaar Ministerie een strafrechtelijk onderzoek gestart. In het kader van dit onderzoek hebben vijf deskundigen gerapporteerd over de gang van zaken tijdens de operatie van patiënte. Vervolgens is een gerechtelijk vooronderzoek geopend, waarbij verweerder en F als verdachten zijn aangemerkt. In het kader van dit vooronderzoek hebben twee andere deskundigen gerapporteerd. In augustus 2010 heeft het Openbaar Ministerie aan verweerder en F bericht dat de zaken zijn geseponeerd.

3. De klacht en het standpunt van klaagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

1. de operatie heeft uitgevoerd in een behandelruimte met een uitrusting die niet voldeed aan de in april 2007 daaraan te stellen eisen;
2. onverantwoord heeft gehandeld door te beademen met 100 % zuurstof; de positie van tube niet heeft gecontroleerd (met name) na het draaien van patiënte en dat hij in de acute fase de nieuwe tube niet goed heeft geplaatst;
3. niet adequaat heeft gehandeld vanaf 14.21uur toen was gebleken dat er sprake was van een calamiteit;
4. het medisch dossier van patiënte onvoldoende heeft bijgehouden.

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 overwegingen van het college
5.1. De klacht over de door verweerder gebruikte operatiekamer heeft, zoals ter zitting door klaagster is bevestigd, alleen betrekking op het daar op 16 april 2007 aanwezige anesthesieapparaat van het merk Dräger voor anesthesie toediening en beademing, en op het ontbreken van thoraxdrains.
Ten aanzien van het anesthesieapparaat stelt het college voorop dat partijen het erover eens zijn dat dit gedateerd was, dat het laatste onderhoud aan het apparaat in 1998 had plaatsgevonden en de laatste functiecontrole in 2002. Voorts staat vast dat het apparaat op 16 april 2007 naar behoren functioneerde. Uit de door partijen overgelegde gegevens en richtlijnen volgt dat in april 2007 nog geen sprake was van een duidelijke richtlijn of gedragslijn binnen de beroepsgroep over toezicht op het onderhoud en de controle van de anesthesieapparatuur. Eerst in het najaar van 2008 is een richtlijn in werking getreden waarin is bepaald dat het onderhoud van en de functiecontrole op anesthesieapparatuur mede behoort tot de verantwoordelijkheid van de anesthesioloog. Reeds hieruit volgt dat het verweerder niet kan worden verweten dat hij zich op 16 april 2007 niet heeft verdiept in deze aspecten. Ook wanneer aangenomen zou moeten worden dat toen al wel zo'n verplichting bestond dan nog kan dit verweerder niet aangerekend worden, aangezien hij die dag als waarnemer voor de vaste anesthesiologen van de plastisch chirurg optrad en hij er vanuit mocht gaan dat zijn collega's zo'n functiecontrole regelmatig zouden verrichten. Verweerder kon derhalve volstaan met de beoordeling of de apparatuur adequaat werkte.
Volgens een door de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) geformuleerd standpunt dient een anesthesieapparaat, onder meer, te voldoen aan de eis dat aanwezig dient te zijn:

˝-apparatuur tot meting van het zuurstofgehalte in het toegediende anesthesiemengsel, die tevens voorziet in hoorbare alarmering bij dalen van dit gehalte onder 21%;
-een voorziening die verhindert dat het mogelijk is een anesthesiemengsel met minder dan 21% zuurstof toe te dienen;˝

Het op de operatiekamer aanwezige anesthesieapparaat voldeed niet aan deze voorwaarden, omdat het niet was uitgerust met een zuurstofmeter. Het doel van zo'n meter is uitsluitend om te waarschuwen als bij het toedienen van een mengsel van zuurstof en lachgas het zuurstofgehalte te laag zou worden. Bij het toedienen van 100% zuurstof, zoals in dit geval is gebeurd, speelt een dergelijk risico niet en is een zuurstofmeter niet noodzakelijk. Een standpunt van de NVA, als hier aan de orde, dient weliswaar in

het algemeen door anesthesiologen gerespecteerd te worden, maar wanneer het door het standpunt beoogde doel ook op een andere wijze bereikt kan worden dan kan daarin aanleiding worden gevonden om af te wijken van het standpunt. Het college is van oordeel dat in dit geval sprake was van een zodanige situatie.
Ten aanzien van de grief over het ontbreken van thoraxdrains op de operatiekamer, stelt het college vast dat uit de overgelegde gegevens blijkt dat op de operatiekamer wel andere apparatuur aanwezig was, te weten een troiscart, waarmee een vergelijkbare drain gecreëerd kon worden. Uiteindelijk is op deze wijze ook een drain in de thorax links bij patiënte ingebracht. Dit klachtonderdeel slaagt derhalve niet.

5.2. Het college stelt voorop dat het in het algemeen niet geheel gebruikelijk is om bij een operatie als de onderhavige een ASA-1 patiënte, waar het hier om ging, gedurende de gehele operatie met 100% zuurstof te beademen. Naar het oordeel van het college kan het besluit van verweerder om te beademen met 100% zuurstof omdat in de operatiekamer geen meting van de inspiratoire zuurstoffractie mogelijk was evenwel niet als onzorgvuldig of verwijtbaar worden aangemerkt. Aan beademing met 100% zuurstof bij een operatie als de onderhavige zijn geen onaanvaardbare risico´s verbonden. Het college verwijst in dit kader tevens naar de deskundigen rapportages die in het kader van het strafrechtelijk onderzoek zijn uitgebracht door J en K, waarin dit oordeel wordt bevestigd.
Wat betreft (de positie van) de tube geldt het volgende.
Het college heeft niet kunnen vaststellen dat de tube niet juist is ingebracht of dat de tube bij het (tweemaal) draaien van patiënte is verschoven. Dat bij de reïntubatie de nieuwe tube onjuist of onzorgvuldig is ingebracht, kan door het college evenmin worden vastgesteld. Uit het obductieverslag van 27 juni 2007 van patholoog L blijkt dat de luchtpijp onder de stembanden rood geërodeerd slijmvlies vertoonde, hetgeen een aanwijzing vormt dat de tube niet te diep heeft gezeten. Voor zover uit de thoraxfoto's, die bij aankomst in het I zijn gemaakt, blijkt van een onjuiste positionering van de tube, merkt het college op dat daaruit niet blijkt dat de tube door verweerder verkeerd is geplaatst. De tube kan immers door allerlei bewegingen tijdens de reanimatie, de hartmassage en het vervoer naar het I, verschoven zijn.Dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

5.3. Uit de stukken en de behandeling ter terechtzitting blijkt dat toen de calamiteit zich om 14.21 uur voordeed het beleid van verweerder en de plastisch chirurg in eerste instantie gericht is geweest op stabilisatie van de situatie. Er is reanimatie en hartmassage op patiënte toegepast. Patiënte heeft reanimatiemedicatie toegediend gekregen en er is een nieuwe tube ingebracht. Tijdens de gehele reanimatie is handmatige beademing toegepast. Aan de linkerzijde is teneinde de spanningspneumothorax te ontlasten tweemaal een infuusnaald ingebracht. Naar het oordeel van het college hebben verweerder en de plastisch chirurg op goede gronden besloten eerst zelf te trachten de situatie te stabiliseren. Ongeveer 15 minuten na het ontstaan van de calamiteit is de ambulance gebeld. Gezien de hectische situatie en de noodzakelijke handelingen die zijn verricht om te proberen patiënte te stabiliseren, kan in redelijkheid niet worden gezegd dat het bellen van de ambulance ontijdig is geschied. Daarbij wijst het college er nog op dat het bellen van de ambulance geen toegevoegde waarde had voor de voortgang van de reanimatie van patiënte door verweerder en de plastisch chirurg.
Het college is echter wel van oordeel dat te lang is gewacht met het inbrengen van een drain aan de linkerzijde. Deze drain is pas ingebracht toen het ambulancepersoneel

was gearriveerd. De twee links ingebrachte infuusnaalden sorteerden onvoldoende effect, terwijl de situatie zich progressief verslechterde. Zowel verweerder als de plastisch chirurg kan worden verweten dat te veel tijd is verlopen totdat is overgegaan tot het inbrengen van een drain aan de linkerzijde. Verder was de situatie inmiddels dusdanig kritiek dat ook rechts tenminste een infuusnaald had moeten worden ingebracht. Het enkele feit dat rechts nog ademgeruis was te horen, had verweerder en de plastisch chirurg, gezien de uiterst kritieke situatie waarin patiënte zich inmiddels bevond, in redelijkheid niet mogen weerhouden van het inbrengen van tenminste een infuusnaald aan de rechterzijde. Het college overweegt dat overigens niet is gezegd dat indien de drain links eerder was ingebracht en ook rechts was getracht de situatie te ontlasten het voor patiënte dramatische verloop had kunnen worden voorkomen.
Dit klachtonderdeel is ten dele gegrond.

5.4. Ten aanzien van de verslaglegging van verweerder, met betrekking tot de behandeling van patiënte op 16 april 2007, is het college van oordeel dat die weliswaar summier is maar niet zodanig summier dat sprake is van een tuchtrechtelijke verwijtbaarheid. Het college wijst er in dit verband nog op dat een belangrijk deel van de voor verweerder van belang zijnde gegevens blijken uit de aantekeningen van de anesthesie assistent. Dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens patiënte had behoren te betrachten.

De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend.

6. De beslissing
Het Regionaal Tuchtcollege waarschuwt verweerder.

Aldus gewezen op 20 september 2011 door:
mr. T.L. de Vries, voorzitter,
R. Vogelenzang, prof. dr. D.F. Zandstra en R.A. Christiano, leden-arts,
mr. W.A.H. Melissen, lid-jurist,
mr. T.H.C. Coert, secretaris,
en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 15 november 2011 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.
w.g. T.L. de Vries, voorzitter
w.g. T.H.C. Coert, secretaris