

Nogmaals de verantwoordelijkheden op de OK

Hoe ver reikt de verantwoordelijkheid van de operateur en hoe ver die van de anesthesioloog voor, tijdens en na de operatie? En mag een anesthesioloog blind varen op het preoperatieve onderzoek van een collega-anesthesioloog? Zaken die vorig jaar indringend in MC aan de orde kwamen en waarover - getriggerd door eerdere uitspraken van tuchtcolleges - Ten Hoopen c.s. in dit blad zinvolle aanbevelingen aandroegen. Juist in een tijd dat electieve ingrepen in toenemende mate volgens het 'fast track'-principe plaatsvinden en dat niet zozeer de aanwezigheid van één dokter bepalend is maar eerder de beschikbaarheid van 'de voorziening dokter', zullen verantwoordelijkheden tevoren nog duidelijker moeten worden vastgelegd en nageleefd. In de beide onderstaande casussen is dat naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege niet gebeurd.

Een 79-jarige man met COPD overlijdt na prostatectomie en diverticulotomie. Zowel de uroloog als de anesthesioloog wordt aangeklaagd. De een verwijst echter wat betreft zijn verantwoordelijkheid naar de ander. Alhoewel de doodsoorzaak door het ontbreken van obductie ongewis blijft, doet het hoogste tuchtcollege duidelijke uitspraken over de verantwoordelijkheden op en rond de OK. De door het regionaal tuchtcollege opgelegde maatregel wordt weliswaar (zowel bij de uroloog als de anesthesioloog) teruggedraaid, maar niet de onderliggende argumentatie. De verantwoordelijkheid op een OK reikt verder dan het eigen vakgebied. De uroloog is niet slechts operateur, maar zal met check en double check ook zijn rol van 'de geneeskunde bedrijvende arts' moeten waarmaken. Liever overlappen



dan gaten laten vallen, lijkt de conclusie van het CTG. Dat geldt niet alleen voor de hieronder afgedrukte zaak tegen de uroloog, maar ook voor de op onze website afgedrukte zaak tegen de anesthesioloog. Hij had niet zonder meer mogen vertrouwen op het twee maanden oude preoperatieve voorwerk van zijn collega. Ook hier was check en double check geboden geweest en niet een 'vijf voor twaalf'-consult bij een patiënt die al suf was van de premedicatie.

Het is van wezenlijk belang om bij de populaire 'Sneller beter'-projecten en andere efficiency bevorderende projecten niet alleen te kijken naar de lege wachtkamers en de korte wachttijden, maar ook naar de bijwerkingen van deze succesnummers. Patiëntveiligheid en verkokerde zorg verhouden zich heel moeilijk met elkaar.

B.V.M. CRUL, arts
PROF. MR. J. LEGEMAATE

De uitspraak in de zaak tegen de anesthesioloog vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.

Referenties

- Uitspraak Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag d.d. 6 juli 2004. MC 2004; 59: 2053-4 (commentaar: Verreikende verantwoordelijkheid voor chirurg).
- Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 4 maart 2004. MC 2004; 59: 1047-50 (Commentaar: Gedeelde verantwoordelijkheid).
- Maassen H. Een omstreden uitspraak. Deskundigen over de verhouding tussen snijdend specialist en anesthesioloog. MC 2005; 60: 96-9 (inclusief brieven).
- Ten Hoopen M.M. c.s. Eigen taken, eigen fouten. Verantwoordelijkheden anesthesiologen en chirurg duidelijk afbakenen: MC 2005; 60; 1548-51.

Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 17 november 2005

Beslissing in de zaak onder nummer 2004/069 van: A, wonende te B, klager in eerste aanleg, verweerder in hoger beroep, tegen C, uroloog, wonende te D, gemeente E, appellant, verweerder in eerste aanleg, advocaat mr. O.L. Nunes.

1. VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Verweerder in hoger beroep - hierna te noemen klager - heeft op 17 januari 2003 bij het Regionaal Tuchtcollege te Den Haag tegen appellant - hierna te noemen de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 27 januari 2004, nummer

2003 H 10 A, heeft dat College de klacht gedeeltelijk gegrond geacht en aan de arts de maatregel van waarschuwing opgelegd. De arts is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. Op 4 mei 2004 is een aanvullend beroepschrift met enige bijlagen ingekomen.

Klager heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal College van 25 augustus 2005, waar zijn verschenen de arts, bijgestaan door mr. Nunes, en klager, bijgestaan

door zijn dochter F. Voorts zijn gehoord de longarts G, als getuige, en H als door mr. Nunes meegebrachte deskundige.

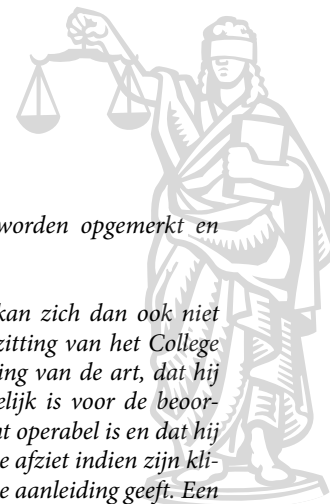
De inhoud van alle voormelde (en hierna nog te noemen) stukken geldt als hier herhaald en ingelast.

2. BESLISSING IN EERSTE AANLEG

De in eerste aanleg ingediende klacht en het daartegen gevoerde verweer houden, zakelijk weergegeven, het volgende in.

2.1. De klacht

'De klacht betreft de behandeling van de



vader van klager, de heer I, geboren in 1923, hierna ook te noemen de patiënt. Op 5 augustus 2002 heeft de arts de patiënt geopereerd aan een divertikel in de blaas en een vergrote prostaat. De operatie vond plaats onder narcose. Na de operatie ontstond een pulmonaal probleem. De patiënt is niet meer van de beademing afgekomen en is op 25 augustus 2002 overleden.

Achteraf is het klager bekend geworden dat pal voor de operatie uit een longfoto was gebleken dat de patiënt op dat moment een pneumonie had. Klager meent dat de arts en de anesthesioloog van de operatie hadden moeten afzien, zeker gezien de leeftijd van de patiënt (79) en het feit dat hij bekend was met COPD. Daarnaast verwijt klager de arts dat de communicatie tussen de arts en zijn collega's zeer te wensen heeft overgelaten. Daardoor was op de momenten dat zulks nodig was, niet de noodzakelijke informatie aanwezig.'

2.2. Het verweer

'Begin juni 2002 heeft de arts de patiënt de operatie geadviseerd. In diezelfde tijd heeft klager ook een preoperatief consult bij de anesthesioloog gehad.

De indicatiestelling, de preoperatieve screening, alsmede de planning voor de operatie zijn vlot verlopen. Bij de voorbereiding van de operatie is de anesthesioloog afgegaan op de preoperatieve bevindingen van zijn collega, die de patiënt in juni had onderzocht. Op de dag van opname (4 augustus 2002) is nog een thoraxfoto gemaakt, die geen bijzonderheden liet zien. De operatie is door zowel de arts op urologisch gebied als de anesthesioloog op anesthesiologisch gebied gelege artis uitgevoerd.

Helaas is de situatie van de patiënt kort na de operatie verslechterd. Een toen gemaakte thoraxfoto gaf geen aanwijzingen voor een longontsteking te zien. Ondanks maximale behandeling op de afdeling Intensive Care kwam de patiënt te overlijden. Omdat geen obductie is verricht, is de precieze doodsoorzaak niet bekend.

Bij de arts en de anesthesioloog bestond geen onduidelijkheid over de preoperatieve longsituatie van de patiënt, er zijn geen inschattingfouten gemaakt met betrekking tot het operatierisico en er was evenmin sprake van communicatieproblemen.

Samengevat meent de arts dat de klacht niet gegrond is.'

2.3. Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn voormelde beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

'4.1. Het eerste klachtonderdeel behelst dat de arts de patiënt heeft geopereerd, terwijl hij wist of behoorde te weten dat de patiënt longontsteking had. Indien dat het geval was, had de operatie geen doorgang mogen vinden. Dat de patiënt longontsteking had, leidt klager af uit een vermelding uit de verpleegkundige rapportage op de afdeling Intensive Care, luidende: "X-thorax liet pneumonie zien; toch voor OK gegaan." De arts heeft gesteld dat deze vermelding op een misvatting van de radiologisch laborant berust, welke misvatting een eigen leven is gaan leiden. Deze misvatting is door een leerlingverpleegkundige op de Intensive Care in het dossier genoteerd. De radioloog heeft de foto echter als normaal beoordeeld en een foto kort na de operatie liet evenmin aanwijzingen zien voor een pneumonie. Het College gaat er dan ook van uit dat de pneumonie die later is aangetoond, ten tijde van de operatie nog niet aanwezig was. Het klachtonderdeel gaat dan ook niet op.

4.2. Naar aanleiding van het tweede klachtonderdeel en ambtshalve heeft het College onderzocht hoe de voorbereiding van de operatie heeft plaatsgevonden. Daarop zijn bepaald aanmerkingen te maken.

4.3. Het College stelt voorop dat een operatie in het algemeen plaatsvindt onder algehele verantwoordelijkheid van de operateur. De operateur kan zonodig andere specialisten consulteren, bijvoorbeeld over de vraag of de conditie van de betrokken patiënt een operatie in de weg staat. Het gebruikelijke preoperatieve onderzoek door de anesthesioloog vindt plaats in het kader van diens verantwoordelijkheid voor de anesthesie tijdens de operatie. Ook dit onderzoek ontslaat de operateur niet van zijn vorenbedoelde verantwoordelijkheid. Dat de geconsulteerde artsen primair verantwoordelijk zijn voor de door hen gegeven adviezen en de anesthesioloog voor de anesthesie tijdens de operatie, doet hier niet aan af. Deze omstandigheden leiden er hoogstens toe dat de bij een operatie betrokken verantwoordelijkheden elkaar kunnen overlappen. Dit is echter geen bezwaar, want hierdoor kunnen eventuele fouten of vergissingen van de een

door een ander worden opgemerkt en gecorrigeerd.

4.4. Het College kan zich dan ook niet vinden in de ter zitting van het College verwoorde opvatting van de art, dat hij niet verantwoordelijk is voor de beoordeling of de patiënt operabel is en dat hij alleen van operatie afziet indien zijn klinische blik daartoe aanleiding geeft. Een operateur behoort alle van belang zijnde aspecten tegen elkaar af te wegen en aan de hand van die afweging te besluiten om de operatie al of niet te doen.

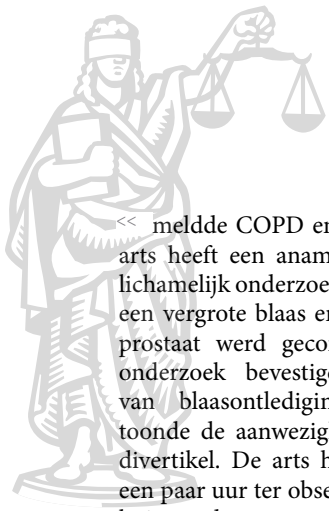
4.5. Het College kan zich niet vinden in de wijze waarop de arts de operatie van de vader van klager heeft voorbereid. Gezien de longproblematiek waarmee de patiënt bekend was, zijn leeftijd en het feit dat hij bij de longarts onder behandeling was, had de arts advies moeten vragen aan de longarts. Deze had kunnen adviseren over de vraag of operatie verantwoord zou kunnen plaatsvinden en had wellicht suggesties kunnen doen voor een verbetering van de conditie van de patiënt. Voorts was er aanleiding de patiënt bij opname opnieuw lichamelijk te onderzoeken. Ten onrechte is volstaan met de vraag aan de patiënt of er sedert het vorige consult iets in zijn conditie was veranderd. Weliswaar is op 4 augustus ook een thoraxfoto gemaakt, maar dit was in het kader van het inbrengen van een centrale lijn en had niets te maken met preoperatief onderzoek.

Uit de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege valt niet op te maken dat de arts beschikte over gegevens van de behandelend longarts. De statusvoering door de arts leert echter dat bij opname van de patiënt wél over die gegevens kon worden beschikt.

3. VASTSTAANDE FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal College uit van de volgende feiten en omstandigheden zoals daarvan blijkt uit de gedingstukken en het verhandelde ter terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege:

3.1. De arts zag patiënt (vader van klager) op 3 juni 2002 op het poliklinisch spreekuur op verwijzing van de huisarts wegens buikklachten en een uit echo-onderzoek gebleken forse blaas met een vergrote prostaat. De voorgeschiedenis ver- >>



<< meldde COPD en status na CVA. De arts heeft een anamnese afgenomen en lichamelijk onderzoek verricht, waarbij er een vergrote blaas en een forse, benigne prostaat werd geconstateerd. Röntgenonderzoek bevestigde het vermoeden van blaasontledigingsproblematiek en toonde de aanwezigheid van een blaasdivertikel. De arts heeft bij patiënt, die een paar uur ter observatie in het ziekenhuis werd opgenomen, een cystostomie-drain aangelegd om de blaas te ontlasten, de urineafvoer te garanderen en de functie van de nieren veilig te stellen. De arts adviseerde patiënt een diverticulectomie en een prostatectomie, en verstrekte aanvullende schriftelijke informatie, waarna patiënt nog diezelfde dag naar huis terugkeerde.

3.2. Op 4 juni 2002 werd patiënt vervolgens door anesthesioloog J op het pre-operatief spreekuur gezien en ingedeeld in ASA-klasse 2. Na laboratorium- en ECG-onderzoek werd patiënt op 11 juni 2002 door anesthesioloog K vrijgegeven voor operatie.

3.3. Op 19 juni 2002 zag de arts patiënt terug op het spreekuur om de uitslag van de foto's en de voorgenomen operatie te bespreken.

3.4. Bij brief van 20 juni 2002 werd patiënt door het secretariaat urologie bericht dat de operatie op 5 augustus 2002 zou plaatsvinden en dat patiënt daartoe de dag ervoor in het ziekenhuis zou worden opgenomen.

3.5. Opname vond aldus plaats op 4 augustus 2002, waarbij anesthesioloog K een centrale lijn inbracht en een epidurale katheter plaatste. De daarna gemaakte controlefoto van de thorax toonde geen bijzonderheden. Op de dag van opname heeft de arts de patiënt op de afdeling bezocht en kort met hem gesproken. Desgevraagd vertelde de patiënt dat er na de cystostomie van 3 juni 2002 geen verandering was opgetreden in longsituatie en medicatie.

3.6. De operatie door de arts vond plaats op 5 augustus 2002. Als anesthesioloog trad op L.

3.7. De operatie verliep zonder problemen. Na de operatie echter raakte patiënt in een slechte pulmonale toestand. Om die reden werd een thoraxfoto gemaakt

die geen bijzonderheden te zien gaf. Patiënt werd overgeplaatst naar de Intensive Care, waar hij ondanks maximale behandeling op 25 augustus 2002 overleed.

4. BEOORDELING VAN HET HOGER BEROEP

4.1. De eerste grief richt zich tegen de overwegingen van het Regionaal Tuchtcollege, zoals die in de aangevallen beslissing onder de alinea's 4.2 tot en met 4.6 zijn weergegeven.

De voorbereiding van de operatie (alinea's 4.2 tot en met 4.5):

Het Regionaal Tuchtcollege, overwegende als het deed, formuleert bezwaren tegen de dreigende verkokering in de verantwoordelijkheid voor zorg jegens patiënten, indien het door de arts geformuleerde standpunt (over begrenzing van de eigen verantwoordelijkheid van iedere jegens dezelfde patiënt handelende medicus) als onverkort juist wordt aanvaard, ten gevolge waarvan uiteindelijk een situatie kan ontstaan waarin niemand van de artsen meer verantwoordelijk voor het eindresultaat kan worden gehouden.

4.2. Die bezwaren worden door het Centraal Tuchtcollege zonder enige aarzeling gedeeld. Om in de in prima door de arts gebezigde terminologie te blijven: zijn verantwoordelijkheid als feitelijk snijdend operateur begint niet eerst bij de drempel van de operatiekamer (de operatie op zich), maar strekt zich in de zin van algehele verantwoordelijkheid ook uit over hetgeen zich in en buiten de operatiekamer afspeelt aan activiteiten en handelingen in het kader van de door hem als snijdend uroloog te verrichten operatie die door hemzelf aan de patiënt is geadviseerd, en waartoe zijn bekwaamheid is ingeroepen. Enkel een klinische blik slaan op de binnentredende of binnengereden patiënt is daartoe onvoldoende. Check en double check is in een casus als de onderhavige beduidend minder risicovol dan te weinig aandacht die het gevolg zou kunnen zijn van het door de arts beleden standpunt. Daarom dient mogelijke overlapping van kennis en kunde van de bij de behandeling van de patiënt betrokken artsen eerder regel dan uitzondering te zijn, zodat van de arts een alertheid mag worden gevraagd die verder strekt dan alleen de aandoening waarvoor hij destijds in consult is genomen. Als arts beoordeelt hij immers de patiënt als eenheid, niet

slechts de foto of de blaas of de prostaat. Anders gezegd: als specialist is hij niet in een positie om de algemene geneeskunst geheel te mogen veronachtzamen. Een specialist treedt in een onderhavig geval niet alleen op als operateur maar ook als een de geneeskunde bedrijvend arts.

4.3. Dat neemt niet weg dat een uitgangspunt dat de verantwoordelijkheid van de arts als hiervoor bedoeld in een soort onbegrensde ruimte stelt, niet voor verdediging vatbaar is. Ook kan hij in tuchtrechtelijk opzicht niet verantwoordelijk worden gehouden voor het handelen of nalaten van anderen. Maar het aanleggen van de door de arts verdedigde beperking komt in strijd met de verantwoorde medische zorg die een arts jegens zijn patiënt heeft te betrachten. Dat het uitvoeren van operaties teamwerk is dat vergt dat verschillende disciplines met daaraan verbonden eigen verantwoordelijkheden in samenwerkingsverband optreden, doet daaraan niet af.

4.4. Het voorgaande, in onderling verband en samenhang beschouwd, betekent dat de mate waarin de arts in casu verantwoordelijk moet worden gehouden, groter is dan hijzelf verdedigt. Zijn andersluidende en in appèl gehandhaafde standpunt kan daarom niet als juist worden aanvaard.

4.5. De tweede grief betreft de opgelegde maatregel (alinea 4.6):

Naast de behandeling van het hiervoor omschreven theoretische aspect dat als eerste grief in appèl is aangevoerd, wacht de vraag of het handelen van de arts lege artis heeft plaatsgevonden, nog op beantwoording. Klager vindt van niet. Naar het eenparig oordeel van het Centraal Tuchtcollege is dat evenwel wél het geval geweest. Opmerking verdient in dit verband dat ter zitting in appèl is gebleken dat in de organisatie van het preoperatieve traject ter plekke een controlemoment was ingebouwd waarop de snijdend specialist zich op de hoogte moest stellen van de bevindingen bij het preoperatieve onderzoek. De ingreep op zich is, blijkens het daarvan opgemaakte operatieverslag, correct uitgevoerd en stuit ook overigens niet op kritiek van het Centraal Tuchtcollege. In appèl heeft klager weliswaar zijn stelling herhaald dat bij de door hem veronderstelde aanwezigheid van een longontsteking niet tot operatie van zijn vader

had mogen worden overgegaan, maar een kort na de ingreep gemaakte röntgenfoto heeft geen aanwijzingen opgeleverd voor een longontsteking. Dat het ontstaan van dat vermoeden bij klager op een misvatting berust, is door de arts toereikend toegelicht en geloofwaardig verklaard. Opmerking verdient dat de radioloog die verantwoordelijk was voor de beoordeling van de longfoto die voorafgaand aan de ingreep is gemaakt, deze als normaal beoordeelde. Aanwijzingen dat de radioloog daarbij een fout zou hebben gemaakt, heeft het Centraal Tuchtcollege niet aangetroffen. Opmerking verdient in dit verband tevens dat de getuige G, de longarts van de patiënt, heeft verklaard dat er weliswaar preoperatief sprake was van een ernstig longlijden, maar dat er de laatste jaren sprake was van een heel stabiele situatie en dat de bepaalde longfunctiewaarden geen belemmering voor de operatie vormden, evenmin als de gebruikte medicatie.

4.6. Met name hetgeen hiervoor onder 4.5 is overwogen, brengt het Centraal Tuchtcollege tot een eindoordeel dat afwijkt

van dat van het Regionaal Tuchtcollege dat aanleiding vond een tuchtrechtelijke maatregel op te leggen. Weliswaar is het principiële geschilpunt in deze zaak (de grenzen van de verantwoordelijkheid) beslecht ten nadele van de arts, maar daarop reageren met een maatregel zou ten diepste betekenen dat een opvatting wordt bestraft en niet een handelen of nalaten waarover artikel 47, eerste lid, letter a, van de Wet BIG spreekt. En waar de medische tuchtspraak ten doel heeft bewaking en, waar mogelijk, verbetering van de kwaliteit van het medisch handelen, is met de dragende overwegingen onder 4.1 tot en met 4.4 hiervoor in tuchtrechtelijk opzicht afdoende gereageerd op het appèl van de arts. De context van deze casus verlangt in zoverre niet het opleggen van een maatregel ex artikel 48, eerste lid, van de Wet BIG. Van het opleggen van een maatregel zal daarom worden afgezien.

4.7. Het vorenoverwogene brengt met zich dat de uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege wat de opgelegde maatregel betreft niet in stand kan blijven.

5. BESLISSING

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep voorzover daarbij aan de arts een maatregel werd opgelegd;

en opnieuw rechtdoende:

bevestigt de beslissing voor het overige;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door: mr. H.S. Pruiksmā, voorzitter, mr. A.D.R.M. Boumans en mr. M. Wigleven, leden-juristen en J.S. Pöll en dr. J.A. Zonneville, leden-beroepsgenoten en mr. H.J. Lutgert, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 17 november 2005. ■

PRAKTIJKPERIKEL

Het mag wat kosten



Op onze poli - ik ben internist in een middelgroot perifere ziekenhuis - verschijnt onaangekondigd een patiënte. Het is een 40-jarige Marokkaanse vrouw met zeer uitgebreide levercysten. Ze staat al geruime tijd op de wachtlijst voor een levertransplantatie in het academisch ziekenhuis Groningen (190 km

verderop) en wordt daar behandeld op de polikliniek Hepatologie. Sinds een dag stroomt er een ruime hoeveelheid helder vocht uit een spontaan ontstaan gaatje in de buikwand. Haar kleding is drijfnat. Deze vochtlekage kan tijdelijk worden opgevangen met een stomazakje, zodat de kleding niet meer nat wordt. Er wordt telefonisch overlegd met Groningen en daar willen ze mevrouw opnemen.

Aangezien noch mevrouw noch haar familie een auto bezit en vervoer per trein niet haalbaar is, wordt er een

taxi besteld. Het taxibedrijf overlegt met mevrouws ziektekostenverzekering en krijgt te horen dat het vervoer niet wordt vergoed. Dan maar even zelf gebeld. Na enkele malen te zijn doorverbonden (de wachtkamer loopt inmiddels aardig vol) krijg ik uiteindelijk iemand aan de lijn die hierover kan beslissen. 'Nee hoor, dit valt niet binnen de vergoedingsregeling en daar kunnen we dus niet aan beginnen.' Ik dreig dat ik patiënte dan per ambulance naar Groningen stuur, met alle kosten van dien. 'Dat moet u dan maar doen', is het antwoord.

Later zie ik patiënte per ambulance naar Groningen afreizen. Het ambulancepersoneel heeft de pest in vanwege het onzinnige werk, ik blijf in verbijstering achter. Ergens bij AMICON zit iemand ongetwijfeld tevreden achter zijn bureau: de regeltjes zijn vandaag strikt toegepast en dat mag wat kosten. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signalementen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.