

# uitspraak tuchtcollege

## ‘Foute’ uitkomst, maar geen fout gemaakt

Uit een enquête die Medisch Contact hield over tuchtspraken, bleek dat sommige lezers het gevoel hebben dat de uitkomst van een behandeling van invloed is op het oordeel van de tuchtrechter (MC 50/2011: 3094).

Patiënten klagen doorgaans niet als de dokter een fout maakt en de uitkomst desondanks goed is. Logisch, want het resultaat telt. Voor het tuchtcollege gelden andere criteria: de dokter moet altijd zijn beroep uitoefenen zoals van een bekwaam arts mag worden verwacht. Wat de uitkomst is, doet er minder toe. Hooguit kijkt de tuchtrechter bij een ongunstige afloop nog naar het ‘natraject’: dossiervorming, informatieverstrekking, excuses aanbieden enzovoort.

Dat de uitkomst minder van belang is voor het oordeel, blijkt wel uit deze zaak, waarin een patiënte haar beklag doet over de arts die de anesthesie verzorgde bij een kijkoperatie van haar knie. Na het zetten van de ruggenprik bleef de knie gevoelig, en bracht de arts een femoralisblok aan. Na de operatie hield de patiënt een gevoelloos en niet goed bewegend been. Oorzaak: schade aan de nervus femoralis, ontstaan door het femoralisblok.

Maar dat wil nog niet zeggen dat de anesthesioloog een fout heeft gemaakt. Dat vinden ook de deskundigen die het regionaal en het centraal tuchtcollege inschakelden. Beide colleges verklaren de klacht dan ook ongegrond. Hoe invoelbaar het probleem van de patiënte ook is.

Sophie Broersen, arts  
prof. Aart Hendriks, jurist KNMG

**Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 24 november 2011**  
(ingekort door redactie Medisch Contact)

Beslissing in de zaak onder nummer C2010.137 van A, (...) appellante, klaagster in eerste aanleg (...), tegen C, anesthesioloog (...) verweerster in beide instanties (...).

### 1. Verloop van de procedure

#### De klacht

1.1 A (hierna: klaagster) heeft op 19 februari 2009 bij het Regionaal Tuchtcollege te Groningen tegen C (hierna: anesthesioloog) een klacht ingediend. Bij beslissing van 6 april 2010, onder nummer G2009/06, heeft dat college de klacht ongegrond verklaard en afgewezen.

#### De beslissing van het regionaal tuchtcollege

1.2 Het regionaal tuchtcollege heeft aan zijn voormelde beslissing de volgende, voor de beoordeling van hoger beroep van belang zijnde, overwegingen ten grondslag gelegd.

1.2.1 (inzake de feiten) ‘Voor de beoordeling van de klacht gaat het college

uit van de volgende feiten, die tussen partijen als niet of onvoldoende betwist vaststaan.

Klaagster had pijnklachten aan haar linkerknie die haar hinderden bij het uitvoeren van haar werkzaamheden en sportactiviteiten. Op 16 januari 2007 was een kijkoperatie aan de pijnlijke knie gepland. Verweerster zou voor de anesthesie zorgen. Afspraak was dat een ruggenprik zou worden toegepast.

Na toepassing van de ruggenprik bleek de knie toch nog gevoelig. Verweerster besloot toen tot het aanbrengen van een femoralisblok. De operatie is vervolgens uitgevoerd. Vijf uur na de operatie bleek het linkerbeen nog steeds gevoelloos. Uitvoerige revalidatie heeft in dit beeld nagenoeg geen verandering gebracht. De controle over de spieren is niet of nauwelijks teruggekomen. Klaagster kan haar linkerbeen niet meer normaal gebruiken en zich slechts met hulpmiddelen, zoals prothesen en krukken, voortbewegen. In haar huis is een traplift aangebracht en

zijn douche en toilet aangepast. Tot huishoudelijke en schoonmaakwerkzaamheden is zij niet meer in staat. Ook kan zij niet meer sporten. Bij een onderzoek op de afdeling Neurologie van het E werd vastgesteld dat er sprake is van letsel aan de nervus femoralis, slechts ontstaan door het femoralisblok.’

1.2.2 (inzake het klachtonderdeel dat in hoger beroep aan de orde is) ‘Het eerste onderdeel houdt in dat verweerster het femoralisblok niet juist heeft aangebracht.’

1.2.3 (inzake het verweer) ‘Verweerster heeft ter zitting haar – naar het gevoel van het college – oprechte medeleven met klaagster betuigd. Zij stelt zich echter op het standpunt dat haar geen verwijt kan worden gemaakt van de complicatie, hoezeer zij deze ook betreurt. Verweerster meent gehandeld te hebben volgens de professionele maatstaven.’

1.2.4 (de beoordeling van het eerste klachtonderdeel) ‘Klaagster heeft niet voldoende bestreden dat verweerster haar, nadat de huid was aangeprikt, bij het verder inbrengen van de naald en bij het spuiten van de verdoving steeds heeft gevraagd of zij prikkelingen of pijn voelde en dat zij daarop steeds ontkennend heeft geantwoord. Het college heeft geen aanleiding te twijfelen aan de verklaring van verweerster dat haar ook anderszins niet gebleken is dat klaagster prikkelingen of pijn ondervond. Klaagster heeft eveneens onvoldoende betwist dat zij voorafgaand aan de injectie geen sedativa of systemische analgetica heeft gehad en dat het gebied waarin verweerster de prik gaf niet verdoofd was. Zij was bij haar volle bewustzijn. Bij deze stand van zaken kan verweerster naar het oordeel van het college niet worden verweten dat zij had moeten stoppen met het aanbrengen van het femoralisblok, omdat zij moest vreezen voor beschadiging van de nervus femoralis.

Het college neemt in aanmerking dat verweerster, blijkens haar ook in zoverre niet bestreden verklaring, voldoende ervaren en bekwaam was om een femoralisblok aan te brengen.

De ter zitting gehoorde deskundige F heeft desgevraagd verklaard dat hij in het verslag van verweerster en haar toelichting ter zitting geen aanknopingspunten heeft kunnen vinden voor het oordeel dat verweerster daarbij niet overeenkomstig de professionele maatstaven heeft gehandeld. De toegepaste techniek is algemeen aanvaard; andere technieken zijn nog niet zo beproefd, dat

aangenomen zou moeten worden dat deze de voorkeur zouden verdienen boven de in dit geval gehanteerde en dat verweerster die voorkeur zou hebben moeten volgen. In de visie van de deskundige heeft verweerster bij het toepassen van de techniek geen verwijtbare fout gemaakt. De deskundige F heeft desgevraagd eveneens verklaard dat, indien de beschadiging van de nervus femo-

ralis is veroorzaakt door het aanbrengen van het femoralisblok, nog niet duidelijk is wat er precies is misgegaan. De precieze oorzaak kan niet worden achterhaald.

De deskundige heeft ten slotte verklaard dat inderdaad bekend is dat zich bij een femoralisblok een complicatie als de onderhavige kan voordoen. Deze complicatie is echter zeer zeldzaam, zo blijkt uit de toelichting die hij ter zitting heeft gegeven onder verwijzing naar wetenschappelijke literatuur. Het college neemt dit oordeel over en maakt dit tot het zijne.

Het voorgaande brengt mee dat het eerste klachtonderdeel faalt.'

#### *Hoger beroep en behandeling ter zitting*

1.3 Klaagster is (...) tijdig in hoger beroep gekomen van de beslissing van het regionaal tuchtcollege. De anesthesioloog heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend. (...) De zaak is behandeld ter openbare zitting van het Centraal College van 27 januari 2011, waar zijn verschenen klaagster en de anesthesioloog, beiden bijgestaan door hun gemachtigden.

#### *Heropening en tussenuitspraak*

1.4 Het Centraal Tuchtcollege heeft bij tussenuitspraak van 24 maart 2011 het onderzoek heropend op grond van het oordeel dat het onderzoek, waar het gaat om het handelen van de anesthesioloog, niet volledig is geweest. Het Centraal Tuchtcollege heeft het in verband hiermede geraden geacht een eigen deskundige op anesthesiologisch gebied te benoemen en het voornemen geuit als zodanig te benoemen G, anesthesioloog, verbonden aan het H te I. In de tussenuitspraak heeft het Centraal Tuchtcollege vragen geformuleerd en partijen in de gelegenheid gesteld wensen met betrekking tot het onderzoek door de deskundige kenbaar te maken.

#### *Vraagstelling aan de deskundige*

1.5 Het Centraal Tuchtcollege heeft als deskundige in deze zaak benoemd voornoemde anesthesioloog G en hem mede in verband met vragen die

## /selectie\_van\_de\_inspectie

### Impliciete toestemming bestaat niet

**Feiten** Patiënt is door zijn huisarts verwezen naar de psychotherapeut. Daartoe overlegt de huisarts telefonisch met de therapeut, dit in het bijzijn van patiënt en diens vrouw. Vervolgens heeft patiënt bij de psychotherapeut alleen een intakegesprek; een vervolgspraak wordt niet gemaakt. Na de intake neemt de psychotherapeut telefonisch contact op met de huisarts en stuurt deze een verslag. De patiënt verwijt de therapeut dat hij vertrouwelijke gegevens die zijn besproken tijdens het consult zonder zijn toestemming heeft doorgegeven aan zijn huisarts.

**Overwegingen tuchtcollege** De intake moet worden beschouwd als onderdeel van de behandeling, zodat de voor de behandeling geldende regels, zoals die van de beroepscode en artikel 457 WGBO ook op de intake van toepassing zijn. Door de inschakeling van de psychotherapeut was de huisarts niet meer rechtstreeks betrokken bij de intake. Dit brengt mee dat de therapeut niet zonder expliciete (schriftelijke) toestemming van patiënt informatie aan de huisarts mocht verschaffen. Hij ging er ten onrechte van uit dat hij hier op grond van een impliciete toestemming toe gerechtigd was. Het college waarschuwt de psychotherapeut.

**Relevantie volgens de inspectie** Het tuchtcollege maakt met deze uitspraak duidelijk dat informatie-uitwisseling tussen hulpverleners uitsluitend is toegestaan met de expliciete (schriftelijke) toestemming van de patiënt. Het maakt dan niet uit of er wel of geen sprake is van een verwijzing. Als je als hulpverlener een behandelrelatie met een patiënt hebt, heb je een geheimhoudingsplicht en moet je dus altijd toestemming hebben om informatie uit te wisselen. Uitgaan van een impliciete toestemming is niet voldoende.

(Zaaknummer RTC Eindhoven 10120)



De inspectie selecteert en commentarieert elke week een ongepubliceerde tuchtzaak. Zie voor de volledige uitspraak:

Selectie van de inspectie



[www.medischcontact.nl/selectie\\_van\\_de\\_inspectie](http://www.medischcontact.nl/selectie_van_de_inspectie)

van de zijde van de anesthesioloog waren voorgesteld, de volgende, hierna samengevat weergegeven, vragen voorgelegd.

1. Wat is uw oordeel omtrent het aanwezig achten van een indicatie voor het aanbrengen van een femoralisblok bij een gedeeltelijk werkende spinale anesthesie, die 10 minuten eerder was gezet, waarbij 4 ml lidocaïne 2% zonder toevoegingen is gespoten?
2. Wat is uw oordeel omtrent de gekozen techniek; een blinde techniek waarbij gebruik is gemaakt van een 'snijdende naald', zonder zenuwstimulatie of echo en zonder opzoeken van paresthesiën?
3. Geeft de inhoud van de stukken u uit hoofde van uw deskundigheid aanleiding tot het maken van opmerkingen omtrent het handelen waarover is geklaagd?

#### *Beantwoording van de vragen door de deskundige*

1.6 De deskundige heeft de hiervoor geformuleerde vragen als volgt, samengevat weergegeven, beantwoord.

1.6.1 (*ten aanzien van vraag 1*) Er werd een spinale anesthesie met lidocaïne uitgevoerd op 16 januari 2007. Bij een gebruikelijke dosering van 3 tot 4 ml lidocaïne 2% wordt een blokhoogte tot Th8 bereikt binnen 10 minuten. De kans dat het spinale blok onvoldoende werkt, varieert tussen 1,75% en 11,1%. Na gewacht te hebben om het middel (lidocaïne) te laten inwerken werd geconstateerd dat de patiënte koude voelde bij het testen van het spinale blok met ijsblokjes. De voorzijde van het bovenbeen bleek onvoldoende verdoofd.

Voor het uitvoeren van een artroscopie van de knie is een blokhoogte tot minimaal Th 12 noodzakelijk omdat anders ischemische pijn door het aanleggen van de tourniquet rondom het bovenbeen kan worden gevoeld. Aanvullende analgesie is dan noodzakelijk. In dit geval werd na 10 minuten geconstateerd dat de blokhoogte onvoldoende bleek te zijn.

Er zijn verschillende methoden om aanvullende analgesie te bereiken van de dermatomen en de myotomen

van het bovenbeen die onvoldoende geblokkeerd zijn. Een van deze methoden is het toepassen van een femoraal blok.

1.6.2 (*ten aanzien van vraag 2*) Het femoraal blok kan met verschillende zenuwlokalisatietechnieken worden uitgevoerd, maar ook blind. De verschillende zenuwlokalisatietechnieken die worden gebruikt bij de uitvoering van het femoraal blok zijn: opwekken van paresthesiën, elektrische zenuwstimulatie en echografische zenuwlokalisatie. In Nederland was in 2007 de elektrische zenuwstimulatietechniek de meest gebruikte techniek bij het uitvoeren van perifere zenuwblokkades. Zenuwschades na perifere zenuwblokkades met verschillende technieken zijn met elkaar vergeleken. Een beperking van al deze studies is, dat de incidentie van zenuwschade na een perifeer zenuwblok zo laag is, dat de statistische power van veel studies te laag is om een echt verschil van risico op zenuwschade aan te tonen. Inmiddels is wel aangetoond dat geen enkele techniek kan garanderen dat geen zenuwschade zal optreden, zelfs niet in handen van ervaren anesthesiologen.

De vorm van de naaldpunt en het risico op zenuwschade zijn nog steeds een punt van discussie binnen de regionale anesthesie. De meeste informatie is verkregen uit dierexperimenteel onderzoek. Het risico op aanprikken van een zenuw fascicle is kleiner, wanneer een 45 graden shortbevel of stompe naald, wordt gebruikt in plaats van een 15 graden snijdende naald.

Op grond van deze studie worden nu bij de uitvoering van perifere zenuwblokkades stompe naalden gebruikt. Echter, wanneer met een naald met stompe naald intraneuraal wordt geprikt, treedt meer mechanische schade op dan met een snijdende naald. Daarnaast blijkt dat de zenuwschade die optreedt bij snijdende naalden, sneller en met minder restschade geneest.

Hoewel geen klinisch onderzoek is verricht naar welke type naald de minste schade oplevert, worden voor

perifere zenuwblokkades meestal stompe naalden gebruikt. Echter, snijdende naalden worden wel gebruikt voor transarteriële axillaire plexusblok, enkel, polsbloks, saphenus en lokale infiltraties.

1.6.3 (*ten aanzien van vraag 3*) Sinds de introductie van de echografie bij de uitvoering van perifere zenuwblokkades is onze kennis van de regionale anesthesie enorm toegenomen. Gebleken is dat vaker intraneuraal geïnjecteerd wordt dan gedacht, maar dat dit niet altijd zenuwschade oplevert. In een onderzoek bij 24 patiënten werd de gebruikelijke techniek voor een distaal ischiadicusblok toegepast. Bij 20 patiënten bevond de naald zich in de zenuw. De gebruikelijke dosering lokaal anestheticum werd vervolgens geïnjecteerd; geen van de patiënten had hierna zenuwschade. In een ander onderzoek werd aangetoond dat, wanneer op de gebruikelijke wijze wordt geprikt, bij 66 procent van de patiënten de naald zich in de zenuw bevindt en dat dit niet altijd zenuwschade oplevert. Geen van de patiënten had schade.

#### *Sluiting van het onderzoek*

##### 1.7 (...)

Het Centraal Tuchtcollege heeft het onderzoek in de zaak gesloten.

#### **2. Beoordeling van het hoger beroep** *Aangaande de feiten*

2.1 Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de hiervoor in paragraaf 1.2.1 weergegeven feiten, die het regionaal tuchtcollege bij zijn beslissing in aanmerking heeft genomen.

#### *Het standpunt van klaagster*

2.2 Tegen hetgeen het regionaal tuchtcollege in het kader van de beoordeling van de klacht heeft overwogen (weergegeven in paragraaf 1.2.4), heeft klaagster aangevoerd dat zij niets heeft gevoeld van het prikken van de naald bij het zetten van het femoralisblok en van de daarop volgende handelingen, omdat zij een ruggenprik had gehad, waardoor het betreffende gebied verdoofd was. De anesthesioloog heeft door niettemin



## Bureaucraten

Circa eens per jaar kom ik op mijn spreekuur een kind tegen met moeilijk behandelbare astma: vaak benauwd ondanks medicijnen, fikse beperking bij inspanning en sport. Meestal ontstaan dan ook problemen als moeheid, schoolverzuim, slechte schoolresultaten, een negatief zelfbeeld en stress. Dit heeft zijn weerslag op de rest van het gezin, zeker als daar nog andere problemen spelen, hetgeen niet zelden het geval is. Het resultaat: een gordiaanse knoop van klachten, beperkingen en onzekerheden. Na lang puzzelen, praten en onderhandelen kom je dan wel eens uit op een opname in een astmacentrum. Dat wordt ook als reële behandeloptie genoemd in onze richtlijn.

Het Nederlands Astmacentrum in Davos beschikt voor deze patiënten over een combinatie van drie zaken die we in Nederland missen: veel minder blootstelling aan inhalatieallergenen, waardoor de allergische inflammatie van astma rustiger wordt en kinderen meer kunnen, 24/7 multidisciplinaire begeleiding, waardoor de gordiaanse knoop ontward en aangepakt kan worden, en unieke buitensportmogelijkheden, waardoor deze patiënten hun plezier en vertrouwen in beweging terug kunnen krijgen. Een op maat gesneden behandeling voor deze kinderen. Begrijpelijk: kerwijs ontbreken RCT's, maar de kinderen knappen op, allemaal, en vaak aanzienlijk en langdurig.

De zorgverzekeraars doen echter steeds moeilijker over de vergoeding van deze therapie: 'geen evidence voor'. Graag een lijstje met criteria invullen. Normale longfunctie? Te weinig prednisonkuren? Geen machtiging. Kan ook wel in Nederland. Op onderdelen klopt dat, maar juist de combinatie niet – die is alleen in die vorm in Davos te vinden.

Iedere dokter met gezond verstand en ervaring weet dat dit soort complexe problematiek niet in RCT's en checklists is te vangen. Ik vind het onverteerbaar dat door bureaucraten en boekhouders – en niet door behandelaars zelf – beslist wordt over de behandeling van kinderen met een ernstig invaliderend ziektebeeld.

Paul Brand,  
kinderarts

/veldwerk

de injectie te vervolgen welbewust het risico genomen dat de zenuw zou worden geraakt en definitief zou worden beschadigd. Anders dan het regionaal tuchtcollege heeft geoordeeld, is hier geen sprake van een complicatie in de zin van een niet te vermijden gevolg, maar van een – vermijdbare – kunstfout.

### *Het standpunt van de anesthesioloog*

2.3 De anesthesioloog heeft naar aanleiding van voormelde grieven naar voren gebracht dat na het toedienen van de spinale anesthesie het gebied van de nervus femoralis niet verdoofd was. De anesthesioloog heeft, zoals zij dat pleegt te doen, een controle verricht met een ijsblokje. Bij klaagster voelde het ijsblokje koud aan. In verband hiermede kon ervan worden uitgegaan dat het gebied niet verdoofd was. De anesthesioloog heeft vervolgens extra lang gewacht, en vlak voordat zij met de verdoving van de nervus femoralis begon, nogmaals met een ijsblokje gecontroleerd of het gebied verdoofd was. Dat was niet het geval.

De anesthesioloog heeft erop gewezen dat het spuiten van Marcaine bij een femoralisblok in niet verdoofd gebied geen pijn doet. Aan klaagster is gevraagd naar tintelingen. Dat zou op zenuwcontact kunnen wijzen. Er waren echter geen tintelingen of paresthesiën.

Gezien deze omstandigheden kan naar de mening van de anesthesioloog niet worden staande gehouden dat zij door de injectie te vervolgen het risico heeft genomen dat de zenuw zou worden geraakt en definitief zou worden beschadigd.

### *Het oordeel van het Centraal Tuchtcollege*

2.4.1 Het college gaat, evenals de deskundige, uit van hetgeen de anesthesioloog heeft vermeld omtrent de door haar verrichte handelingen, waaronder begrepen de controles die zijn verricht met betrekking tot het effect van de verdoving.

In verband met hetgeen de deskundige heeft gerapporteerd naar aanleiding van vraag 1, oordeelt het college dat de anesthesioloog onder

de gegeven omstandigheden terecht het aanbrengen van een femoralisblok aangewezen heeft geacht.

Het college is voorts, gezien de beschouwingen van de deskundige ten aanzien van vraag 2, van oordeel dat niet kan worden staande gehouden dat de anesthesioloog onjuist heeft gehandeld c.q. een onverantwoord risico heeft genomen door gebruik te maken van de techniek, omschreven in vraag 2, te weten een blinde techniek, waarbij gebruik is gemaakt van een 'snijdende naald' zonder zenuwstimulatie en echo en zonder opzoeken van paresthesiën. Gelet op eerder vermelde beschouwingen van de deskundige en hetgeen hij naar aanleiding van vraag 3 te kennen heeft gegeven, komt het college tot de slotsom dat de anesthesioloog bij het handelen waarop de klacht betrekking heeft, is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwaame beroepsuitoefening, daarbij rekening houdend met de stand van de wetenschap en met hetgeen binnen de beroepsgroep als norm en standaard geldt. (...)

### 3. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

- *verwerpt het beroep (...).*

Deze beslissing is gegeven door mr. A.H.A. Scholten, voorzitter, mr. H.C. Cusell en mr. W.P.C.M. Bruinsma, leden-juristen, dr. H.E. Sluiter en J.S. Pöll, leden-beroepsgenoten, en mr. E. Wesemann, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 24 november 2011.



De volledige tekst van deze uitspraak staat op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.