

EEN OMSTREDEN UITSPRAAK

Deskundigen over de verhouding tussen snijdend specialist en anesthesioloog

Moet een operateur 'zijn' anesthesist kunnen corrigeren in zijn anesthesiologische beleid? Ja, zegt het Regionaal Tuchtcollege Den Haag. Nee, zeggen de anesthesiologen, ieder zijn vak en zijn verantwoordelijkheid. De gezondheidsjurist: 'Het was beter geweest als het tuchtcollege op het belang van onderling overleg had gehamerd.'

HENK MAASSEN

Veel e-mailverkeer, ook van collega's uit andere specialismen.' Dat was het eerste dat VU-hoogleraar anesthesiologie J.J. de Lange merkte van de tuchtzaak die MC eind vorig jaar afdruckte (MC 51/2004: 2053). Er was ook alle aanleiding voor de beroering, meent hij, want de professionele autonomie van de anesthesiologie zou met de uitspraak van het tuchtcollege in het geding zijn.

Eigenlijk 'uitsprakén', maar dat kon De Lange ten tijde van de publicatie in MC nog niet weten. Het ging namelijk om twee tuchtzaken, een tegen de oogarts en een tegen de anesthesioloog, die beiden betrokken waren bij een hoornvliestransplantatie uitgevoerd in een dagbehandelingscentrum bij een bejaarde patiënte. (De uitspraak tegen de anesthesioloog is te vinden op de website van MC bij dit artikel.)

Kort voor de operatie werd besloten om de patiënte onder algehele anesthesie te opereren. De operatie verliep succes-

vol, maar bij het uitleiden van de patiënte ontstond een complicatie, ten gevolge waarvan ze overleed. Deze complicatie was volgens het oordelende Regionaal Tuchtcollege te Den Haag geen gevolg van een fout. Toch was er van alles misgegaan: de oogarts had de anesthesioloog moeten weerhouden van het toepassen van een algehele anesthesie, de anesthesioloog had daartoe nimmer mogen besluiten, omdat de patiënte een belaste voorgeschiedenis had en omdat hij had verzuimd voldoende preoperatief onderzoek te doen en een adequate anamnese af te nemen.

'DEZE UITSPRAAK DOET DE GELOOFWAARDIGHEID VAN HET TUCHTRECHT GEEN GOED'



Na publicatie van de uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg in Den Haag van 6 juli 2004 (MC 51/2003: 2053-4), kreeg de redactie tal van ingezonden brieven, in de meeste waarvan felle kritiek was te lezen. Wat de schrijvers van de brieven niet konden weten was dat het college niet alleen een oordeel had gegeven over de oogarts die de hoornvliestransplantatie uitvoerde, maar ook over de anesthesioloog die hem tijdens de operatie bijstond. Wat ze zeker niet konden weten was dat ook dat oordeel allerm minst positief was. Met die kanttekening plaatsen wij hieronder het leeuwendeel van de ingezonden brieven.

* * *

Uitspraak tuchtcollege gelezen. Met de ogen geknipperd. Nieuwe contactlenzen geplaatst. Weer gelezen. Onrustig gevoel. Bril gepakt, nogmaals gelezen. Het staat er echt. Datum publicatie gecontroleerd, misschien van dertig jaar terug? Nee dus. Al vaker de indruk gehad dat het tuchtcollege ver van de

werkelijkheid staat. Nu zeker: zijn oude(?), bestofte heren/dame uit een ver vervlogen tijd. Leuk om iets te lezen over hoe het vroeger was. Maar toch? Vandaag poli draaien. Wat zeg ik tegen de patiënt? Als de operateur het zegt, is het pleit beslecht? Als de snijder vindt dat het kan, ben ik uw man? Waarom pikken wij het al jaren dat het tuchtcollege er blijk van geeft volstrekt buiten de werkelijkheid te leven?

C.F.G.M. MATTHIJSSSEN, *anesthesioloog*

* * *

Is inhoudelijke tekortkoming van de verdediging de mogelijke reden dat het regionaal tuchtcollege tot de maatregel van berisping is gekomen, de consequentie van deze uitspraak voor de praktijk heeft het nauwelijks in overweging genomen. Die consequentie is dat een anesthesioloog die staat voor anesthesie A, in opdracht van de operateur anesthesie B moet gaan toedienen omdat de operateur zich hiervoor verantwoordelijk acht. Een niet-anesthesioloog kan niet op de hoogte zijn van alle besliskundige ontwikkelingen op het gebied van operatierisico-inschatting. De beste illustratie hiervan is het feit dat in deze zaak de ASA-classificatie als enig criterium wordt gehanteerd om het operatierisico te beoordelen, terwijl in de hedendaagse anesthesiologie aan het risicoprofiel van de ingreep een minstens even

Zowel anesthesioloog als oogarts kregen een berisping.

ASA-CLASSIFICATIE

Behalve de nabestaanden van de patiënt behoorde ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg tot de klagers, die zich daarbij mede baseerde op een expertiserapport van professor J.T.A. Knape, hoogleraar anesthesiologie aan het UMC Utrecht. Inspecteur Barend van Beusekom: 'We vonden het belangrijk dat er een uitspraak zou komen in deze zaak. Omdat wij het niet verantwoord achten in een dagbehandelingscentrum een patiënt met ASA-3-classificatie onder algehele anesthesie te brengen. (Door anesthesiologen is een schaalverdeling opgesteld met vijf verschillende risicogroepen afgaande op de ernst en het type van de afwijkingen bij



BEELD: HANS OOSTRUM

Het gaat om gedeelde verantwoordelijkheid

ieder van deze groepen: ASA 1 t/m 5. ASA 1 representeert de gezonde patiënt, ASA 5 de patiënt met ernstig hart-, lever- of nierfalen, *red.*) De anesthesioloog nam die beslissing bovendien vlak voor de ingreep,

zonder dat hij over alle relevante dossiergegevens beschikte.'

Volgens de inspecteur gaat het in deze zaak om 'een gedeelde verantwoordelijkheid van snijdend specialist en anesthesioloog'. Van Beusekom: 'Naar onze mening is de oogarts ten onrechte volledig afgegaan op het oordeel van de anesthesioloog en heeft hij zijn eigen verantwoordelijkheid niet waargemaakt. Hij heeft er bijvoorbeeld niet voor gezorgd dat alle relevante dossiergegevens voor het preoperatief onderzoek beschikbaar waren.'

Wat de inhoudelijk-technische aspecten betreft moet de oogarts natuurlijk op de expertise van de anesthesioloog kunnen rekenen, vindt Van Beusekom. 'Maar het was de oogarts ook heel goed bekend dat

dit dagbehandelingscentrum op grote afstand van het ziekenhuis lag en dat er geen faciliteiten waren om in te grijpen als er iets zou misgaan. En hij wist heel goed dat er daarom een afspraak was patiënten met een belaste voorgeschiedenis niet onder algehele anesthesie te opereren. Hij had in dat opzicht de anesthesioloog dus moeten corrigeren.'

De Lange heeft zijn twijfels: 'Wij behandelen ook wel ASA-3-patiënten in dagbehandeling. Ik kan op basis van de gegevens uit beide tuchtzaken niet goed uitmaken of het oordeel van college over de beslissing van de anesthesioloog terecht is.'

Uit beide vonnissen maakt De Lange wel op dat het tuchtcollege vindt dat er sprake is van een gedeelde verant- >>

grote rol wordt toegekend. Het toeval wil dat ingrepen aan het oog gekwalificeerd staan als ingrepen met het minste risico. In deze zaak is sprake een bizarre complicatie die geen enkel verband lijkt te hebben met de ingreep. Het is dan ook volledig correct dat de betreffende oogarts hiervoor verwijst naar de behandelend anesthesioloog.

Dat deze patiënte op basis van haar ASA-klasse niet in een dagbehandelingcentrum onder algehele anesthesie zou mogen worden geopereerd omdat daar onvoldoende mogelijkheden zijn om eventuele complicaties te kunnen behandelen, is niet correct. In Nederland dienen dagcentrumoperatiekamers en het personeel te zijn toegerust om alle complicaties die zich kunnen voordoen, op te vangen. Het is dan ook niet uitzonderlijk dat ASA III-patiënten in Nederland in dagbehandeling worden geopereerd.

Kortom, de beoordeling van de zaak door het college is naar onze mening net zo bizar als de beschreven complicatie.

A. PFAFF en M. LUIRINK, *anesthesiologen*

* * *

De vraag of een patiënt een anesthesiologische behandeling aankan en op welke wijze deze moet worden uitgevoerd, beantwoordt de collega die daarvoor speciaal is opgeleid: de

anesthesioloog, en hij of zij alleen. De tijd dat de chirurg over de groene doek keek en riep: 'Doe er nog maar een paar druppels bij' ligt achter ons. Uiteraard mag de anesthesioloog daarbij gebruikmaken van de gegevens die reeds over de patiënt zijn verzameld. Hij moet echter niet passief wachten totdat hij op zijn wenken wordt bediend. De operateur is niet de loopjongen van de anesthesioloog en omgekeerd is dat evenmin zo. De anesthesioloog moet zelf nagaan of de verzamelde gegevens juist en volledig zijn en deze aanvullen met voor hem relevante informatie. Preoperatieve screening door de anesthesioloog is dan ook een *conditio sine qua non* als dit specialisme zichzelf serieus neemt en geen knieval voor het ziekenhuismanagement, gericht op een optimale patiëntenlogistiek. Treden er complicaties op, dan dient het behandelend team de patiënt en/of de familie te woord te staan en uitleg te geven.

R. DAHLMANS, *internist*

* * *

Met zijn overweging dat de operateur geheel verantwoordelijk is voor een operatie, met inbegrip van de anesthesie en de anesthesievorm, schiet het college niet alleen door in het toedelen van verantwoordelijkheden aan de chirurg, het reduceert ook de rol van de anesthesioloog tot die van ondergeschikte. >>

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

<< woordelijkheid van snijdend specialist en anesthesioloog. Maar het gaat erom wie welke verantwoordelijkheden krijgt toebedeeld. De Lange geeft een voorbeeld: 'Zenuwletsel dat perioperatief ontstaat, valt niet alleen de anesthesioloog te verwijten. Vaak eist de chirurg immers een bepaalde ligging of houding van de patiënt. Zulk letsel is dus beider verantwoordelijkheid. Maar, ander voorbeeld, het is uiteindelijk aan de chirurg om te besluiten of hij al dan niet zal overgaan tot een ingreep, dat is zijn intrinsieke verantwoordelijkheid. Hij zal zich nooit mogen beroepen op het feit dat de behandelend internist zei dat-ie moest opereren. Zo ook is de anesthesioloog en niet de snijdend specialist verant-

woordelijk voor inhoudelijke anesthesiologische beslissingen - zoals het toepassen van lokale of algehele anesthesie en onder welke omstandigheden hij dat wel of niet aanvaardbaar acht.'

De Lange vindt de beschrijving van de casus van de oogarts en het daaruit voortvloeiende vonnis 'onbegrijpelijk'. 'Als een anesthesioloog besluit om een onderbuiks-ingreep onder spinale anesthesie te doen en er gaat iets mis, dan zou je op basis van deze uitspraak de chirurg daarvoor ter verantwoording kunnen roepen. Dat is onzinnig.'

AMC-hoogleraar gynaecologie en tot voor kort CCMS-voorzitter Otto Bleker zegt dat de hoofdbehandelaar natuurlijk de

kwaliteit van zijn consulenten moet kennen en ze 'buitensporig goed moet informeren'.

EIGEN KENNISDOMEINEN

Hij vindt het daarom een goede zaak dat zowel de snijdend arts als de anesthesioloog op hun verantwoordelijkheid zijn aangesproken. 'Er is sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid onder regie van een hoofdverantwoordelijke. Maar ik vind ook dat men rekening moet houden met de omstandigheid dat vakken als anesthesie en intensive care volslagen eigen kennisdomeinen zijn geworden. De hoofdbehandelaar kan daarvan slechts globaal op de hoogte zijn.'

KNMG-jurist Johan Legemaate splitst zijn oordeel over de uitspraken van het tuchtcollege in een inhoudelijk en een procedureel aspect. 'Inhoudelijk gaat het om een gedeelde verantwoordelijkheid. In principe geldt: ieder zijn terrein. Ik ben overigens met het tuchtcollege van mening dat je als operateur wel wat moet weten van het terrein van de anesthesioloog. Procedureel is het voor de patiënt en de familie goed één aanspreekpunt te hebben. Zijn er meer hulpverleners in het spel, dan is het goed dat één van hen een coördinerende rol op zich neemt. In gevallen als deze is dat de snijdend specialist. Aan het eind van de rit, toen het misging en de oogarts tegen de familie zei dat de operatie wel goed was gegaan maar dat bij het uitleiden een pro-

<< Deze stelling zet de klok meer dan vijftig jaar terug, toen de anesthesiologie nog geen zelfstandig medisch specialisme was. Bovendien is zij strijdig met de huidige praktijk in ons land en daarbuiten.

De casus spitst zich toe op de risico-inschatting voor anesthesie. In het rapport 'Preoperatief onderzoek, een herijking van uitgangspunten' uit 1997 draagt de Commissie Anesthesiologie van de Gezondheidsraad de verantwoordelijkheid daarvoor op aan de operateur en anesthesioloog gezamenlijk. De commissie legt de uitvoerende verantwoordelijkheid voor het preoperatief onderzoek bij de anesthesioloog en adviseert dat snijdend specialisten en anesthesiologen lokaal afspraken maken over de onderlinge taakverdeling in het preoperatieve traject. In de meeste ziekenhuizen is dat gebeurd.

Anesthesiologen doen inmiddels op grote schaal poliklinisch het preoperatief onderzoek. Dit blijkt zowel de kwaliteit van het preoperatief onderzoek als de logistiek van het preoperatieve traject te verbeteren. Dat is belangrijk omdat patiënten steeds vaker in dagbehandeling worden geopereerd of nuchter worden opgenomen.

Het valt te betreuren dat het Regionaal Tuchtcollege blijkens zijn uitspraak kennelijk niet op de hoogte is van deze ontwikkelingen, en de tekortkomingen in deze casus aangrijpt om met

een achterhaald standpunt over de verantwoordelijkheid van chirurg en anesthesioloog in het operatieve traject te komen. Hier wreekt zich dat geen anesthesioloog deel van dat college heeft uitgemaakt.

R.A. THIEME GROEN, *anesthesioloog-intensivist*

* * *

Met verbazing las ik de uitspraak van het tuchtcollege. Graag wil ik de aangeklaagde oogarts in zijn verdediging ondersteunen. De opgetreden complicatie bij de patiënt (subcutaan emfyseem) moet zijn ontstaan door een verbinding tussen de luchtwegen en het omringende weefsel (bijvoorbeeld intubatieletsel). Deze complicatie heeft geen relatie met de medische voorgeschiedenis van de patiënt en had derhalve preoperatief niet kunnen worden voorspeld (had ook kunnen gebeuren bij een ASA1-patiënt). Niet de competentie van de betreffende oogarts, maar de competentie van het regionaal tuchtcollege staat ter discussie.

HENK J. VAN LEEUWEN, *MD, PhD*

* * *

De anesthesiologie heeft zich ontwikkeld tot een medisch specialisme met een eigen kennisdomein dat de gehele

bleem was opgetreden, verwees hij naar de anesthesioloog. Zo hoort het niet.'

Otto Bleker wijst erop dat artsen nog maar zelden solistisch te werk gaan, zeker in het ziekenhuis. Dokters hebben bijna per definitie te maken met medebehandelaars: in allerlei collegiale trajecten bestaat dus het risico op miscommunicatie door te weinig overleg. De patiënt kan daardoor schade oplopen: 'Dat dwingt tot het opstellen van lokale protocollen, waarin de gedelegeerde verantwoordelijkheid van bijvoorbeeld de anesthesioloog voor bepaalde groepen patiënten en ingrepen kan worden geregeld.' Legemaate benadrukt dat 'je onder

Jammer dat er geen hoger beroep is ingesteld

normale omstandigheden op de competentie van de ander afgaat, maar dat je onder afwijkende omstandigheden die competentie moet aanvullen met goed en concreet overleg.'

Anders gezegd, wijken artsen af van een beleidsafpraak - hier: geen operaties onder volledige anesthesie - dan is volgens Legemaate gezamenlijk overleg een *conditio sine qua non*. 'Het is mooi dat het tuchtcollege zegt dat je van elkaars vakgebied enigszins op de hoogte moet zijn, maar het was nog beter geweest als

het tuchtcollege op het belang van overleg had gehamerd. Gaat het dan mis, dan kan de tuchtrechter er rekening mee houden dat tevoren een beargumenteerde risicotaxatie is gemaakt. Die tussenstep is in deze casus niet gezet. Dan vind ik het terecht dat de tuchtrechter behoorlijk streng is. Hoewel ik het oordeel over de oogarts te fors vind.'

MISVERSTANDEN

Anesthesioloog De Lange zou het beter hebben gevonden als beide zaken tegelijkertijd en als één geheel naar buiten waren gebracht. 'In het vonnis over de oogarts wordt op zijn minst de sugges-

tie gewekt dat de anesthesioloog "vrijuit gaat", in die zin dat hij geen enkele verantwoording draagt.'

Legemaate is het daarmee eens: 'Beide uitspraken hadden naar elkaar moeten verwijzen, zodat de inhoudelijke samenhang tussen de zaken duidelijk was geweest. De benadering die het tuchtcollege nu heeft gekozen, leidt alleen maar tot misverstanden.' Daar komt bij: 'De optelsom van beide zaken leidt tot meer begrip voor het vonnis van de tuchtrechter.'

De Lange en Legemaate hebben ook kritiek op de samenstelling van het tuchtcollege. De Lange: 'Ik ben zelf al jaren lid van het regionaal tuchtcollege in Amsterdam en daar zouden we in ieder geval een snijdend specialist én een anesthesioloog in het college hebben opgenomen.' In het beoordelende college zat nu wel een chirurg, maar de anesthesiologische expertise ontbrak.

Johan Legemaate wijst erop dat deze zienswijze in de evaluatie van de Wet BIG twee jaar geleden ook al een gevoelig punt was. 'Ik vind: de kamer die een zaak behandelt, moet zo zijn samengesteld dat de kerncompetenties van een geschil zijn vertegenwoordigd. Een anesthesioloog die weet heeft van de standaardprocedure in de verhouding met de operateur zou daarom zeker geen overbodige luxe zijn geweest.'

Zowel De Lange als Legemaate vinden het jammer dat geen hoger beroep is ingesteld. De Lange: 'Bij elke anesthesiologische complicatie kan voortaan de chirurg aansprakelijk worden gesteld.' Legemaate relativeert dat idee, want roept in herinnering dat het tuchtrecht formeel geen precedentwerking kent. 'Het wordt interessant als een ander tuchtcollege zich over een vergelijkbare zaak zou uitspreken. Dan pas is misschien een wat meer algemene lijn te destilleren. Nu is dit simpelweg een omstreden uitspraak, niet meer, niet minder.' ■

perioperatieve zorg, de intensive care, de pijnbestrijding en de prehospitalische zorg omvat. In dit licht is de uitspraak van het tuchtcollege als een regelrechte uitglijdende te beschouwen. Het college stelt dat een oogarts zijn algemene geneeskundige kennis over aspecten die bij een operatie van belang zijn, dient bij te houden. Tevens wordt gesteld dat de algehele verantwoordelijkheid voor een operatie bij de operateur ligt. Dat geldt ook voor de anesthesie en de keuze van de anesthesievorm. Maar hoe kan iemand verantwoordelijk worden gesteld voor iets waarvan hij geen enkele kennis heeft.

Volgens de Wet BIG is het geven van anesthesie een voorbehouden handeling. Een arts mag uitsluitend die voorbehouden handelingen verrichten die tot zijn deskundigheidsgebied worden gerekend. Ook dient hij over de bekwaamheid te beschikken om die handeling naar behoren uit te voeren. Deskundigheid wordt verkregen door te voldoen aan wettelijke opleidingseisen. Het Centraal College Medische Specialismen stelt in de opleidingseisen niet de eis aan snijdende disciplines om kennis te hebben over de anesthesiologie. Bekwaamheid heeft betrekking op wat een beroepsopvoerend individu weet en kan. En een oogarts is noch deskundig, noch bekwaam op het gebied van de anesthesiologie. In 1997 publiceerde de Gezondheidsraad het rapport 'Preoperatief Onderzoek'

waarin wordt geadviseerd de verantwoordelijkheid voor het preoperatief onderzoek bij de anesthesioloog te leggen. (...) Wij zijn het volledig eens met het redactioneel commentaar bij de uitspraak dat een hoofdbehandelaar vertrouwen mag hebben in het advies van een medebehandelaar. De keuze van anesthesie, de gebruikte middelen en technieken, de perioperatieve bewaking en de behandeling van specifieke anesthesiologische complicaties behoren tot het domein van de anesthesioloog. Met de uitspraak dat de operateur verantwoordelijk is voor de anesthesie en de keuze van de anesthesievorm slaat het college de plank volledig mis en gaan we terug in de tijd. Natuurlijk bestaat er een gedeelde verantwoordelijkheid van operateur en anesthesioloog voor de totale behandeling. Maar wel binnen hun eigen specifieke professionele deskundigheid en bekwaamheid. Deze uitspraak doet de geloofwaardigheid van het tuchtrecht geen goed.

PROF. DR. G.J. SCHEFFER, PROF. DR. J.J. DE LANGE, PROF. DR. J. KLEIN, PROF. DR. J. DAMEN, PROF. DR. L.H.D.J. BOOIJ en PROF. DR. J.W. VAN KLEEF, *anesthesiologen*

* * *

Een reactie van prof. dr. J.T.A. Knappe, hoogleraar anesthesiologie aan het UMC Utrecht, is te vinden op onze website: www.medischcontact.nl/dezeweek.

