

# uitspraak tuchtcollege

## Operateur ook verantwoordelijk voor anesthesie

Een verrassende wending in een hogerberoepszaak tegen een cardiothoracaal chirurg. Deze verwijderde bij een 49-jarige man een ingegroeide mediastinumtumor, waarbij dramatische complicaties optraden met hersendood tot gevolg. Een cruciale vaatklem schoot los.

Terwijl de arts van het regionaal tuchtcollege nog een waarschuwing kreeg omdat hij de patiënt niet preoperatief gesproken had én verzuimd had na de bloeding meer bekwaam hulp in te roepen, gooide het hoogste tuchtcollege het over een heel andere boeg. Niet het bovenstaande werd hem kwalijk genomen, maar het feit dat hij – als algeheel verantwoordelijke voor de operatie – er niet voor had gezorgd dat de anesthesioloog preoperatief al een infuus had ingebracht in de liesader. Het was namelijk te verwachten dat het infuus in de nek onvoldoende zou zijn om tot een snelle volume-resuscitatie te komen.

Voer voor discussie, lijkt ons. Een discussie die trouwens enige jaren geleden ook al in Medisch Contact werd gevoerd (MC 51/2004: 2053 en MC 3/2005: 96). En het onderwerp komt opnieuw aan bod in een nagespeelde, vergelijkbare casus op het symposium over tuchtrecht dat de KNMG en MC samen verzorgen op 23 november (zie [www.knmg.nl/symposium/tuchtrecht](http://www.knmg.nl/symposium/tuchtrecht)).

Ben Crul, arts  
mr. Diederik van Meersbergen

**Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 6 januari 2011**

*(ingekort door redactie MC)*

Beslissing in de zaak onder nummer C2009.147 van A en B, (...) klagers in eerste aanleg, (...) tegen E, cardiothoracaal chirurg, (...).

### 1. Verloop van de procedure (...)

#### 2. Beslissing in eerste aanleg

##### '2. De feiten

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

2.1 K, geboren in 1958, overleden op 14 oktober 2007 in het L-ziekenhuis te G, was de partner van A en een broer van B en M.

2.2 K was in juni 2007 opgenomen in het N-ziekenhuis in C wegens pleuropneumonie links. Bij onderzoek werd toen bij toeval een proces in het voorste mediastinum gevonden. Hiernaar is nader onderzoek gedaan. Als differentiaaldiagnose is gesteld een mediastinumtumor, thymoom of teratoom, met mogelijk ingroei in de vena cava superior.

K is verwezen naar de longchirurgische praktijk van het L-ziekenhuis.

2.3 Op 19 september 2007 is de casus van K besproken in een multidisciplinair overleg. De disciplines longziekten, thoraxchirurgie, radiotherapie en nucleaire geneeskunde waren daarin vertegenwoordigd. De conclusie was dat K in aanmerking kwam voor een sternotomie waarbij het proces in opzet radicaal zou worden verwijderd.

2.4 K heeft daarna in ieder geval de longarts op de polikliniek van het L-ziekenhuis te G bezocht.

2.5 K is op 10 oktober 2007 opgenomen op de afdeling longchirurgie van het L-ziekenhuis voor het verwijderen van het proces door middel van een sternotomie. Deze operatie is op 12 oktober 2007 uitgevoerd door verweerder. Verweerder werd bijgestaan door een arts-assistent.

2.6 Verweerder heeft K vóór de operatie niet gezien of gesproken. Verweerder heeft zich eind van de middag en/of begin van de avond van 11 oktober 2007 twee maal begeven naar de kamer van K teneinde hem te spreken. Verweerder heeft hem daar toen niet aangetroffen.

2.7 Verweerder heeft tijdens de operatie geconstateerd dat de situatie ernstiger was dan vooraf op grond van het beeldvormend onderzoek werd gedacht. De tumor bleek niet alleen ingegroeid in de vena cava superior, maar ook in de bovenkwab van de rechterlong. Verweerder heeft daarop met de longarts O overlegd hoe hij verder zou gaan met de operatie. De uitkomst van het overleg was dat de operatie werd voortgezet, met het doel een radicale resectie van het proces te bereiken, omdat dit de beste therapie werd geacht.

2.8 Verweerder heeft een vaatklem als proefpartieel op de cava superior geplaatst en tien minuten gewacht. Toen dit geen hemodynamische problemen gaf, is de klem opnieuw partieel geplaatst en is verweerder begonnen met de verwijdering van de tumor. Tijdens het uitprepareren van de tumor is de partiële vaatklem losgeschoten. Er trad toen een acute bloeding op. De cava superior is vervolgens gedurende vijftien minuten volledig afgeklemd, net onder de vena anonyma en ter hoogte van de inmonding in het rechter atrium. Ook is heparine toegediend. Na verwijdering van de volledige klem trad langzaam herstel op van saturatie en hemodynamiek. Gezien de nog bestaande stuwing werd een 8 mm prothese (kunstvat) vanaf de vena anonyma naar het linkerhartoor gehecht.

In de operatiekamer verscheen H, cardiothoracaal chirurg in het L-ziekenhuis te G. De anesthesioloog uitte het vermoeden dat bij K neurologische schade was ontstaan. Verweerder en H hebben na overleg besloten af te zien van een totale vervanging van de vena cava superior. K is overgebracht naar de intensive care. Daar aangekomen deed zich een hemodynamische achteruitgang voor. Aansluitend heeft een tweede operatie plaatsgevonden, waarbij de vena cava superior alsnog is vervangen met gebruikmaking van de hart-longmachine.

Deze tweede operatie is uitgevoerd door verweerder, H en een arts-assistent.

2.9 Na de tweede operatie is in de avond van 12 oktober 2007 na neurologisch onderzoek geconstateerd dat K klinisch hersendood was. K is op 14 oktober 2007 overleden.

**3. Het standpunt van klager en de klacht**

*De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder heeft gehandeld in strijd met hetgeen van hem mocht worden ver-*

*wacht, in het bijzonder op de volgende punten:*

1. *Ten onrechte is voorafgaand aan het afklemmen van de vena cava superior geen heparine toegediend.*

2. *Bij de volledige afklemming van de vena cava superior vond bloeddrukdaling plaats, gepaard gaande met een snel hartritme. Ten onrechte is toen onvoldoende vocht aangeboden via infusen in het been.*
3. *Na het afklemmen herstelden de bloeddrukdaling en het snelle hartritme zich niet. Klagers vragen zich af of daarbij voldoende is stilgestaan. Al tien minuten na aankomst op de ICU bleek hij niet in orde te zijn en is de vena cava superior vervangen. Dit had direct moeten gebeuren.*
4. *Ten onrechte heeft bij de volledige afklemming van de vena cava superior geen drukregistratie in de halsaders plaatsgevonden.*
5. *Verweerder had onvoldoende ervaring om de eerste operatie te verrichten.*  
(...)

## /selectie\_van\_de\_inspectie

### Milde straf voor seksuele relatie

**Zaaknummer :** RTC 's-Gravenhage 2010-102, uitspraak 7 juni 2011

**Specialisme :** homeopathisch arts

**Uitspraak :** schorsing voor de duur van zes maanden, waarvan drie maanden voorwaardelijk, met een proeftijd van twee jaar

**Klager :** patiënte

**Relevantie volgens de inspectie:** Een seksuele relatie aangaan tijdens een behandelrelatie mag gewoon niet en zou altijd een schorsing op moeten leveren. Ook als je achteraf je fout erkent. Er is inmiddels al zoveel over geschreven en er zijn al zoveel vergelijkbare tuchtzaken geweest dat deze tuchtnorm bij alle artsen uitgebreid bekend is. Het college is dus nog mild geweest, en de vraag rijst hoe licht de maatregel was geweest als de arts géén alcohol met de patiënt had genuttigd en hij zijn dossier wél netjes had verzorgd.

**Feiten:** Patiënte kwam bij de arts in verband met psychische klachten. Daarbij is onder meer aan de orde gekomen dat patiënte een alcoholprobleem had. Anderhalve maand later vond een controleconsult plaats, en weer enige tijd later heeft de arts telefonisch contact met patiënte opgenomen en geïnformeerd naar haar ervaringen met het door hem voorgeschreven homeopathische medicijn. Vervolgens hebben diverse telefonische contacten en ook ontmoetingen plaatsgevonden en is tussen patiënte en de arts een affectieve en seksuele relatie ontstaan. Gedurende deze relatie bleef patiënte onder behandeling van de arts en heeft hij medicijnen voorgeschreven. Een aantal maanden later is de relatie tussen patiënte en de arts beëindigd.

**Overwegingen tuchtcollège:** Het aangaan van een seksuele relatie is onder alle omstandigheden ontoelaatbaar in de professionele behandelrelatie tussen arts en patiënt. De arts had de behandelrelatie moeten verbreken toen hij niet-professionele gevoelens van genegenheid voor patiënte kreeg en daarna nog een flinke afkoelingsperiode in acht moeten nemen alvorens een relatie met haar aan te gaan. Bovendien had de arts diverse malen alcohol met patiënte gedronken, terwijl klaagster hem al bij het eerste consult had verteld over haar alcoholprobleem. Ook heeft de arts weliswaar een dossier bijgehouden, maar in zo'n onleesbaar handschrift, dat een inhoudelijke beoordeling niet mogelijk is en het dossier niet geschikt is voor overdracht.

### 3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Het Centraal Tuchtcollege gaat voor de beoordeling van het hoger beroep uit van de feiten en de omstandigheden zoals zijn vastgesteld door het regionaal tuchtcollège en hierboven onder 2.1 staan weergegeven.

### 4. Beoordeling van het hoger beroep

*Procedure.*

(...)

*Beoordeling van het principaal appel.*

4.3 In het principaal beroep onderschrijven klagers de beslissing van het regionaal tuchtcollège dat de arts persoonlijk met K (verder: de patiënt) over de aan de operatie verbonden risico's had moeten overleggen en dat de arts de operatie niet alleen had behoren door te zetten. Klagers voegen hieraan toe dat de arts onvoldoende met de mogelijkheid van het losschieten van de vaatklep rekening heeft gehouden.

Deze klacht hangt nauw samen met het tweede klachtonderdeel dat inhoudt dat de patiënt onvoldoende vocht via infusen in het been is aangeboden toen bij de volledige afklemming van de vena cava superior bloeddrukdaling plaats vond gepaard gaande met een snel hartritme.



De inspectie selecteert en becommentarieert elke week een ongepubliceerde tuchtzak. Zie voor alle feiten, het volledige commentaar van de inspectie én de overwegingen van het tuchtcollège:



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

4.4 Aangaande de stelling van klagers dat de arts met de mogelijkheid van het losschieten van de vaatklep onvoldoende rekening heeft gehouden overweegt het Centraal Tuchtcollege als volgt.

Het Centraal Tuchtcollege is – met de deskundige J – van oordeel dat het bij het gebruik van een partiële klem, vanuit het oogpunt van veiligheid, verstandig is om ‘centrale controle’ te bewerkstelligen. De anesthesiologische voorbereiding is bij deze operatie niet optimaal geweest. Omdat op de preoperatieve CT-scan al een verdenking bestond op ingroei van de tumor in de vena cava superior had rekening gehouden moeten worden met manipulatie van dit vat. De arts had vanwege de beperkte mogelijkheid (eventueel) bloed aan te vullen via het infuus in de hals, als voorzorgsmaatregel, voor aanvang van de operatie, een infuus moeten (doen) aanbrengen in de liesader van de patiënt – hetgeen tot een snellere volumeresuscitatie zou hebben kunnen leiden – of zich ervan moeten vergewissen dat dit infuus was aangelegd zodat bij plotseling substantieel bloedverlies een bloeddruk daling kon worden opgevangen. Gezien de preoperatief vermoede ingroei in de vena cava superior had hierop geanticipeerd moeten worden. Dat het in beginsel tot de verantwoordelijkheid van de anesthesioloog behoort er voor zorg te dragen dat zo’n infuus is aangebracht, doet er niet aan af dat de arts er een verwijt van kan worden gemaakt dat dit infuus niet is aangebracht, nu de algehele verantwoordelijkheid voor een operatie (inclusief anesthesie) bij de operateur – in dit geval de arts – ligt (zie zaak 2004/60 RTG Den Haag en zaak 2004/069 CTG). Deze grief slaagt derhalve.

Het Centraal Tuchtcollege acht de operatie vanwege genoemde omis-sie niet lege artis uitgevoerd. Dit is tuchtrechtelijk verwijtbaar en het Centraal Tuchtcollege acht de maatregel van waarschuwing hiervoor passend en geboden.

*Beoordeling van het incidenteel appel.*

4.5 In het incidenteel beroep komt de arts op tegen de gegrondverklaring door het Regionaal Tuchtcollege van het klachtonderdeel inhoudende dat (i) de arts, gelet op de aan de operatie verbonden risico’s persoonlijk met de patiënt had behoren te overleggen en (ii) dat hij de operatie niet alleen had behoren voort te zetten.

4.6 Aangaande (i) oordeelt het Centraal Tuchtcollege als volgt. Het had verreweg de voorkeur verdiend dat de arts vóór de operatie de patiënt persoonlijk had gesproken en hem zelf van de operatie en de daaraan verbonden risico’s op de hoogte had gesteld. Het Centraal Tuchtcollege acht echter voldoende aannemelijk dat de arts pas erg laat – eerst de middag van de dag voorafgaand aan de operatie – vernam dat hij voor deze operatie stond ingedeeld, twee (vergeefse) pogingen heeft gedaan de patiënt persoonlijk te spreken en er in de ochtend van de dag van de operatie geen gelegenheid meer voor persoonlijk contact was omdat de arts toen ingedeeld stond voor een andere operatie. Voorts blijkt genoegzaam uit de stukken dat de aan de operatie verbonden risico’s onder meer door de longarts met de patiënt zijn besproken. Het gegeven dat de arts de patiënt niet in persoon heeft gesproken impliceert derhalve niet dat de patiënt niet dan wel onvoldoende geïnformeerd is over de operatie en de daaraan verbonden risico’s en dat er geen sprake zou zijn van ‘informed consent’. Deze grief slaagt.

4.7 Aangaande (ii) overweegt het Centraal Tuchtcollege als volgt. Het Centraal Tuchtcollege neemt als uitgangspunt – nu het tegendeel niet is gebleken – dat de arts ten tijde van de operatie bevoegd en bekwaam was om deze specifieke operatie uit te voeren. Het was beter geweest als de arts de onderhavige uitzonderlijke operatie met een ervaren collega had uitgevoerd maar gelet op het gegeven dat de arts al vier jaar als cardio-thoracaal

chirurg ervaring had opgedaan en een groot aantal operaties zelfstandig had uitgevoerd, hij er gedurende de operatie niet aan heeft getwijfeld de operatie aan te kunnen, dit zijn specifiek aandachtsgebied was, de zaak in het multidisciplinair overleg was besproken en het gehele team van cardiothoracaal chirurgen (onder wie opleider en indeler) hem de uitvoering van deze operatie toevertrouwde, is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de arts er geen tuchtrechtelijk verwijt van kan worden gemaakt dat hij er niet van aanvang aan, dan wel gaandeweg de operatie, een collega bij heeft betrokken. Deze grief slaagt eveneens.

4.8 Voor het overige – klachtonderdelen 1, 3 en 4 – heeft de behandeling in hoger beroep het Centraal Tuchtcollege niet geleid tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het College in eerste aanleg.

4.9 Het voorgaande betekent dat nu zowel het principaal als het incidenteel beroep gegrond zijn, de bestreden beslissing deels moet worden vernietigd en de arts op andere gronden dan in eerste aanleg de maatregel van waarschuwing dient te worden opgelegd.

4.10 Om redenen aan het algemeen belang ontleend, zal de publicatie van deze beslissing worden gelast. Afzonderlijke publicatie van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege Amsterdam, zoals in die beslissing is bepaald, is onder deze omstandigheden niet nodig.

## 5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

### in principaal beroep:

- vernietigt de beslissing waarvan beroep voor zover daarbij de hiervoor onder 4.3 omschreven klacht ongegrond is verklaard en opnieuw rechtdoende;
- verklaart deze klacht alsnog gegrond;



- legt de arts de maatregel van waarschuwing op;
  - verwerpt het beroep voor het overige;
- in incidenteel appel:**
- vernietigt de beslissing waarvan beroep voor zover daarbij de klachten zoals hiervoor onder 4.5 omschreven gegrond zijn verklaard en opnieuw rechtdoende;
  - verklaart deze klachten alsnog ongegrond;

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. A.D.R.M. Boumans, voorzitter, mr. L.F. Gerretsen-Visser en prof. mr. J.K.M. Gevers, leden-juristen, dr. R.T. Ottow en dr. A.A. de Rotte, leden-beroepsgenoten, en mr. H.J. Lutgert, secretaris en

uitgesproken ter openbare zitting van 6 januari 2011, door mr. A.H.A. Scholten, in tegenwoordigheid van de secretaris.



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.

## praktijkperikel

### Generieke voetencrème?

Een vriendelijke patiënte van 76 jaar bezocht mijn spreekuur tijdens de vakantie van mijn maat. Ze had van hem poeder voor de tenen en een crème voor de jeuk op de wreef gekregen. Maar het had na drie weken onvoldoende geholpen: 'De uitslag wordt niks minder dokter, het jeukt steeds meer en die crème krijg ik er met geen mogelijkheid af.'

Op mijn vraag hoe zij dat laatste bedoelde, antwoordde ze: 'De voet blijft helemaal wit, dokter.' 'U bedoelt door het poeder...', probeerde ik. 'Nee, nee, door de crème!' Ik las in het dossier dat mijn collega miconazolpoeder en een tube miconazol-/hydrocortisoncrème had voorgeschreven.

Zij liet me de voet zien en er was inderdaad een felrood, nattend eczeem met kloven en rondom een merkwaardige witte aanslag, die inderdaad niet weg te vegen was. 'Maar waarmee hebt u dan gesmeerd?' vroeg ik verbaasd. Haar tas ging open en ze plaatste twee groene doosjes op tafel. Ik zag al direct 'miconazolpoeder' op de kleinste, en op de andere een mij onbekende naam. Vast weer zo'n exotisch generiek product, dacht ik nog geërgerd. Tot ik de verpakking wat beter las: Deckende Schuhcreme für Glattleder.

We hebben tot tranen toe samen gelachen. Hoe de fout heeft kunnen ontstaan, wist zij niet. Thuis zou ze 'de goede tube' gaan zoeken.

Ik heb niet gevraagd waarmee zij de afgelopen weken haar schoenen geïetst heeft.



beeld: Thinkstock

/praktijkperikel