

beslissing

MEDISCH TUCHT COLLEGE

Zaaknummer: CUR202003343

Beschikking d.d. 8 februari 2022

inzake

1. Klager 1,
2. Klager 2,
3. Klager 3, en
4. Klager 4,
wonenden in Curaçao,
klagers,
gemachtigde: R.A.P.H. Pols,

tegen

1. [Verweerster 1], anesthesist,
wonende in Curaçao,
verweerster sub 1,
gemachtigde: mr. drs. A.J. Henriquez,

en

2. [Verweerder 2], gynaecoloog,
wonende in Curaçao,
verweerder sub 2,
verschenen in persoon.

Partijen zullen hierna klagers en [Verweerster 1] en [Verweerder 2] (verweerders) worden genoemd.

1. Het procesverloop

- 1.1. Het procesverloop in de zaak tussen klagers en verweerders blijkt uit:
- het klaagschrift met producties;
 - het verweerschrift van [Verweerster 1];
 - de e-mails van [Verweerster 1] van 23 augustus 2021 met aanvullende stukken;
 - de e-mails van mr. Henriquez van 13 en van 15 september 2021 houdende producties 12 tot en met 21;
 - de mondelinge behandeling;

- de pleitaantekeningen zijdens klagers;
- de pleitaantekeningen zijdens [Verweester 1];
- het schriftelijke verweer van [Verweerder 2].

1.2. De uitspraak is (nader) bepaald op heden.

2. De feiten

2.1. Op 20 maart 2019 wordt bij [Patiënte] ([Patiënte]) na onderzoek in het Advent Ziekenhuis een buitenbaarmoederlijke zwangerschap in de rechter eileider, met als gevolg een geruptureerde eileider rechts, geconstateerd. [Patiënte] wordt dezelfde dag om 14:00 uur opgenomen in het Advent Ziekenhuis ter uitvoering van een buikoperatie en een curettage. In het 'admission medical plan' schrijft [Verweerder 2]: "*Spoed!*", alsmede dat hij in afwachting is van overleg met de anesthesist.

2.2. Uit de verpleegkundige anamnese volgt dat [Patiënte] op het moment van opname een polsfrequentie van 105 sl/m heeft en een bloeddruk van 135/85. In het verpleegrapport wordt genoteerd dat [Patiënte] om 14:00 uur een glas chocolademelk heeft gedronken. Om 14:40 uur wordt [Patiënte] naar de OK gebracht. Uit het operatieverslag volgt dat bij aankomst in de OK aan [Verweerder 2] wordt gemeld dat [Patiënte] heeft gebraakt in de operatiekamer. Om 15.30 uur kreeg [Patiënte] van [Verweester 1] de narcose toegediend en om 15:45 uur startte [Verweerder 2] met de operatie.

2.3. [Verweerder 2] heeft eerst de curettage van de baarmoeder verricht en vervolgens de buikoperatie uitgevoerd. De operatie is ongecompliceerd verlopen. Eindtijd van de operatie was 17:20 uur. Kort voor de beëindiging van de anesthesie heeft [Verweester 1] [Patiënte] 10 mg Dipidolor intraveneus toegediend.

2.4. Om 17:30 uur was [Patiënte] weer wakker c.q. bij bewustzijn en werd zij geëntubeerd. [Patiënte] is vervolgens overgeplaatst van de OK-tafel naar haar bed. Uit het 'anesthesie rapport' van [Verweester 1] volgt ten aanzien van het medisch beloop het volgende.

- Ongeveer 5 minuten nadat [Patiënte] bij bewustzijn was raakt zij in bradycardie/asystolie.
- Om 17:35 uur noteert [Verweester 1] dat de vitale functies van [Patiënte] afwezig zijn. [Verweester 1] start hartmassage. [Verweester 1] heeft de OK-assistenten en [Verweerder 2] er bij geroepen
- [Verweester 1] dient [Patiënte] tot twee keer toe wisselend Ephedrine en Adreline toe, alsmede aansluitend Narcan.
- [Patiënte] wordt vervolgens om 17.40 uur opnieuw geëntubeerd en om 18:35 uur, nadat [Patiënte] weer spontaan ademde en bij een saturatie van 96%,

wederom geëntubeerd.

- Om 19:05 uur noteert [Verweerster 1] dat [Patiënte] opnieuw wordt geëntubeerd nadat 25 mg Esmeron is toegediend omdat de saturatie wederom daalt.
- Onder deze omstandigheden besluit [Verweerster 1] [Patiënte] over te plaatsen naar de intensive care afdeling van Sehos. De ambulance wordt gebeld voor het transport van [Patiënte] naar het CMC. De ambulance arriveert om 19:37 uur bij het Advent Ziekenhuis.

2.5. Op het moment van aankomst van de ambulance bedraagt de polsfrequentie van [Patiënte] 86 sl/m, de bloeddruk van 113/76 en de saturatie 68%. Het ambulance personeel vindt deze waarden te onstabiel om [Patiënte] te vervoeren en gaan over tot uitzuigen. Na het uitzuigen wordt de saturatie 96%. Er wordt beademd met frequentie 8 en PEEP 14, zo volgt uit het inspectierapport 23 juli 2020.

2.6. In het CMC wordt bij [Patiënte] een comateuze toestand en diffuus cerebraal oedeem gediagnosticeerd als gevolg van hypoxie. Acht (8) dagen post operatief wordt [Patiënte] uit het ziekenhuis ontslagen en ter verdere verpleging opgenomen in Hamied verzorgingstehuis. [Patiënte] is vijftien (15) dagen post operatief overleden.

2.7. Het autopsieverslag van 8 april 2019 concludeert ten aanzien van de oorzaak van het overlijden van [Patiënte], het navolgende.

“Cause of death was inflammation (bronchopneumonia) of the lungs, especially of the right lung. The findings in the brain (macroscopically and histological) are compatible with the clinically described severe brain damage caused by a former oxygen deficiency, weeks ago. Fatal pneumonia is a typical complication of prolonged immobilization of a patient. (...)

Based on the clinical-pathological examination of the surgical specimens, the indication for the operation can be confirmed. The patient’s consent to the operation had been provided.

The cause for the clinically described pulmonary edema, which led to an insufficient supply of oxygen to the brain after the operation, could not be clarified by the autopsy or the histological examinations. A morphological recognizable, pre-existing, organic cause or a relevant aspiration during the operation could be ruled out by histological examinations.

During the surgery, all values were obviously within the normal range. Problems with artificial respiration or a relevant blood loss cannot be identified from the clinical documentation.

Therefore, the first thing to think about is an iatrogenic cause, such as medication intolerance, or, above all, possible air embolism as a typical and possible complication due to surgery on the uterus (entry of air into the vascular system through injured venous plexuses of the uterus). These are rare, but possible complications of such a surgery.

The long survival period significantly hinders the morphological clarification of the real cause. Currently, the clinical documentation does not provide a recognizable, reproachable medical mistake.

Only the extent to which adequate monitoring was provided in the wake-up phase cannot be seen from the clinical documentation.”

2.8. Naar aanleiding van een klacht van klagers heeft de Inspectie voor de Volksgezondheid op 23 juli 2020 gerapporteerd. Uit het rapport blijkt, voor zover van belang, het volgende.

“Conclusies

1. *De zorg voor de operatie*

De Inspectie constateert dat de nodige protocollen aanwezig waren. De zorg en voorbereidingen, zoals intake, screening zijn goed gegaan tot op het moment dat de anesthesioloog gekozen heeft om van het protocol af te wijken en niet de aantal uren van nuchter zijn af te wachten. Ook het uiteindelijke startsein voor de operatie is niet correct afgegeven, immers de mate van spoed in deze had de benodigde zes uren kunnen wachten, blijkens de inschatting van de gynaecoloog. De vastlegging van dit deel van de zorg is niet volledig, gezien het ontbreken van de vastlegging van het braken van mevrouw [Patiënte] en het wel of niet toedienen van antibiotica in de tijd voorafgaande aan het braken. Desondanks kan de Inspectie niet stellen dat deze keuzes de aanleiding hebben gegeven tot de keten van gebeurtenissen die uiteindelijk tot de complicaties en de uiteindelijke dood van mevrouw [Patiënte] hebben geleid. *De klacht dat de zorg voor de operatie niet goed was, acht de Inspectie gedeeltelijk gegrond.*

2. *De zorg tijdens de operatie*

De Inspectie concludeert dat dit conform beleid is gegaan. De operatie zelf is binnen de te verwachten tijdsruimte verlopen en zonder bijzonderheden, zoals ook bevestigd wordt door het autopsieverlag. *De klacht dat de zorg tijdens de operatie niet goed was, acht de Inspectie ongegrond.*

3. *De zorg na de operatie*

De Inspectie concludeert dat de postoperatieve bewaking door anesthesie gefaald heeft. Aanwezigen hebben het alarm niet gehoord om eerder, c.q. op tijd te kunnen ingrijpen. Uit deze en de andere naar voren gebrachte informatie alsmede het feit dat het onderhoud en functioneren van de apparatuur conform zowel de directie van het Advent Ziekenhuis als het personeel (inclusief de anesthesioloog) in orde waren, concludeert de Inspectie dat de bsignalen van de apparatuur uitgezet dan wel onhoorbaar zijn geweest. Dit acht de Inspectie verkeerd. Ook omdat er niet voldoende ogen aanwezig waren, waardoor ook de losgeslagen sensoren voor saturatie niet werden opgemerkt. Er was ook geen ander personeel bij patiënte achtergebleven. Het heeft naar de mening van de Inspectie te lang geduurd voordat Mevrouw [Verweerster 1] bewust werd dat mevrouw [Patiënte] in problemen zat. De gang catastrofale van zaken verhoudt zich niet tot een delay van 5 minuten, maar is juist in overeenstemming met 15-20 minuten voordat [Verweerster 1] bewust werd van de problemen. Afgaand op de andere gegevens leidt de Inspectie af dat mevrouw [Patiënte] gedurende 15-20 minuten onbewaakt moet zijn achtergebleven. Er was verder niemand om mee te kijken.

De gegeven medicatie om de situatie op te vangen is volgens protocol gegaan. Behalve bij de laatste dosering van naloxone op de dipidolor. Dit geeft meer oedeem. In deze casus is het mogelijk dat het meer schade heeft gegeven dan dat het ten goede is geweest. De keuze om te detuberen was niet volgens protocol. Al na de eerste intubatie had mevrouw [Verweerster 1] overplaatsing moeten regelen. Ze heeft nagelaten dit te doen. Bij vertrek van de ambulance trad er een onnodig delay op. Dit was te wijten aan dat mevrouw [Patiënte] onstabiel was om vervoerd te worden en tijdsverlies om mevrouw [Verweerster 1] te overtuigen dat ze mee moest gaan in de ambulance. Conform het protocol had Mevrouw [Verweerster 1] met patiënte mee moeten gaan naar het SEHOS en aldaar ook ter plekke overdracht doen eventuele extra informatie verschaffen.

Zorg tijdens de rit: Zowel mevrouw [Verweerster 1] als het ambulancepersoneel geven aan dat er alleen werd uitgezogen. Dit is in tegenstelling tot wat het protocol zegt. Het alleen uitzuigen zorgt dat er meer vocht in de longen komt. Dit had voorkomen moeten worden door juist te beademen, de druk verhogen. Mevrouw [Verweerster 1] heeft nagelaten dit te doen. Gegeven het wel bestaan van protocollen in het Advent Ziekenhuis die het bovenstaande naar alle waarschijnlijkheid hadden kunnen voorkomen, moet uit het bovenstaande afgeleid

worden dat het de *keuzen* in combinatie met onzorgvuldigheid zijn, die tot de gevolgen hebben geleid. De trigger aan het begin, bradycardie door dipidolor, rechtvaardigt in het geheel niet het beloop van de gebeurtenissen en ook niet de afloop. Bij tijdig en adequaat ingrijpen had het ernstige beloop en de infauste afloop voorkomen kunnen worden.

Door de bovenstaande opeenstapeling van nalatigheid en gebeurtenissen is een keten van processen in gang gekomen die uiteindelijk ertoe hebben geleid dat er onherstelbare schade aan met hersenen, longen en circulatie is ontstaan, met als uiteindelijk gevolg de dood van mevrouw [Patiënte]. *De klacht dat de zorg na de operatie niet goed was, waardoor onherstelbare schade bij patiënte is ontstaan, acht de Inspectie gegrond.*"

2.9. Vervolgens hebben klagers tegen [Verweerster 1] en [Verweerder 2] een klacht in gediend bij het Medisch Tucht College.

3. De klacht

3.1. De klacht van klagers bestaat uit zes samenhangende onderdelen die – zakelijk weergegeven – betrekking hebben op onzorgvuldig handelen van [Verweerster 1] en [Verweerder 2] vóór, tijdens en na de operatie. De afzonderlijke klachtonderdelen laten zich als volgt samenvatten:

- I. het ontbreken van een spoedindicatie voor het onmiddellijk uitvoeren van de operatie. De spoedeisendheid van de operatie was niet zodanig levensbedreigend dat er niet kon worden gewacht totdat [Patiënte] nuchter was;
- II. Het toedienen van Dipidolor tegen het einde van de operatie was contra-geïndiceerd;
- III. de bewakingsapparatuur waar [Patiënte] op was aangesloten tijdens de operatie werkte niet, waardoor [Patiënte] 15 tot 20 minuten na de operatie onbewaakt was;
- IV. er is besloten tot detuberen in plaats van tijdig de ambulance te bellen waardoor er veel tijd verloren is gegaan en vervolgens ging [Verweerster 1] niet meteen mee met de ambulance;
- V. tijdens het uitvoeren van de beademing zijn de longen van [Patiënte] uitgezogen;
- VI. vermoeden dat de verslaglegging van de anesthesie achteraf is ingevuld.

3.2. Aldus klagen klagers erover dat [Verweerster 1] en [Verweerder 2] niet de juiste medische zorg hebben aangeboden en derhalve niet hebben gehandeld conform hetgeen gebruikelijk is in de kring van haar beroepsgenoten, waardoor zij ernstige schade hebben berokkend en het vertrouwen in de geneeskundigen hebben ondermijnd.

3.3. [Verweerder 2] en [Verweester 1] hebben gemotiveerd verweer gevoerd en concluderen tot ongegrondverklaring van de klachten. Op de stellingen van partijen wordt, voor zover van belang, hieronder nader ingegaan.

4. De beoordeling

4.1. Klagers verwijten [Verweerder 2] en [Verweester 1] – kort gezegd – onzorgvuldig handelen waardoor [Patiënte] een niet natuurlijke dood is gestorven. Vóór de operatie heeft [Verweerder 2] in overleg met [Verweester 1] zonder medisch aantoonbare noodzaak besloten tot opereren zonder dat [Patiënte] nuchter was. Falende ingrepen en onvoldoende zorg zijdens [Verweester 1] hebben ná de operatie tot onherstelbare schade bij [Patiënte] geleid. Het aan [Verweerder 2] en [Verweester 1] gemakte verwijt is nader uiteengezet in zes klachtonderdelen. Het College zal de stellingen van partijen weergeven per klachtonderdeel weergeven en beoordelen.

Klachtonderdeel I

4.2. Ter onderbouwing van klachtonderdeel I voeren klagers aan dat [Verweerder 2] en [Verweester 1] de operatie hebben laten doorgaan zonder te wachten totdat de patiënt nuchter was. Van een levensbedreigende situatie die noopte tot een levensreddende spoedoperatie, was geen sprake. Er was geen indicatie voor een acute bloeding in de buik; de hartslag was iets verhoogd, maar de bloeddruk en het bloedverlies (Hb) was normaal. Aangezien [Patiënte] om 14:00 uur nog een glas chocomelk had gedronken had de operatie onder deze omstandigheden pas zes uur later mogen worden uitgevoerd. [Verweerder 2] en [Verweester 1] hadden hierover overleg moeten voeren nu voor de operatie bekend was dat [Patiënte] niet nuchter was. Daarvan is niet gebleken.

4.3. [Verweester 1] en [Verweerder 2] voeren ter verweer aan dat er wel een spoedindicatie tot opereren was. Er was sprake van een vastgestelde geruptureerde buitenbaarmoederlijke zwangerschap welke aan het bloeden was, de Hb-waardes waren gedaald en de polsfrequentie liep op. Onder deze omstandigheden geldt het protocol: ‘6 uur nuchter alvorens opereren’ niet. De situatie was zodanig dat het probleem binnen 6 uur moest worden opgelost.

4.4. Het College oordeelt als volgt. Vaststaat dat uit het echoverslag volgt dat er bij [Patiënte] vóór de operatie vrij bloed in de buik werd geconstateerd en dat [Verweerder 2] de operatie als een spoedoperatie had aangemeld. [Verweerder 2] en [Verweester 1] geven beiden aan overleg te hebben gehad voorafgaande operatie. Beiden waren ermee bekend dat [Patiënte] voor de operatie gebraakt had en (dus) niet nuchter was. Desalniettemin is besloten binnen de 6-uurs termijn tot operatie

over te gaan. Ondanks dat de exacte gang van zaken ten aanzien van de besluitvorming niet uit de dossierstukken kan worden afgeleid, is genoegzaam gebleken dat het een gezamenlijke beslissing van [Verweerder 2] en [Verweester 1] is geweest om [Patiënte] met spoed te opereren. Het College is met [Verweerder 2] en [Verweester 1] van oordeel dat zij, gelet op alle omstandigheden van het geval, tot deze beslissing hebben kunnen komen. In geval van een geruptureerde buitenbaarmoederlijke zwangerschap in combinatie met vrij bloed in de buik is sprake van een spoedsituatie die binnen enkele uren moest worden opgelost en waarbij in ieder geval niet 6 uur kan worden gewacht met opereren totdat de patiënt nuchter is. Voor zover klachtonderdeel I zich ter zake richt tegen [Verweerder 2] en [Verweester 1], faalt die klacht. Dat geldt niet voor zover de klacht zich ten aanzien van [Verweester 1] richt tegen de wijze waarop zij de anesthesie heeft toegepast in geval van een niet nuchtere patiënt. Daartoe geldt dat in geval van een spoedoperatie bij een patiënt die niet nuchter is, crashinductie dient plaats te vinden om snelle intubatie mogelijk te maken. Uit het anesthesierapport volgt dat [Verweester 1] [Patiënte] voor aanvang van de anesthesie 200 mgs propofol, 30 mgs rocuronio en 30 ugs fentanyl heeft toegediend. Deze hoeveelheden horen, mede gelet op het lichaamsgewicht van [Patiënte], niet bij een crashinductie. Met name de dosis rocuronium had moeten worden verhoogd. [Verweester 1] heeft dat nagelaten, terwijl zij ter zitting heeft gesteld wel een crashinductie te hebben toegepast. Aldus is sprake van onzorgvuldig handelen zijdens [Verweester 1] en slaagt de klacht.

4.5. Ten aanzien van [Verweerder 2] merkt het College ter zake op dat een curettage bij een spoedindicatie om een buitenbaarmoederlijke zwangerschap te opereren waarbij al bloed in de buik is, obsoleet is en vertragend werkt. Voorts is ter zitting gebleken dat er geen opname anamnese, lichamenlijk onderzoek en differentiaal diagnose in de notities van [Verweerder 2] beschikbaar zijn. De preoperatieve verslagvorming schiet derhalve ernstig tekort. Nu daar geen klacht tegen is gericht en het voorts geen invloed heeft op het verdere medische verloop, volstaat het College met de opmerking ter zake.

Klachtonderdeel II

4.6. Ter onderbouwing van klachtonderdeel II voeren klagers aan dat het toedienen van Dipidolor tegen het einde van de operatie contra-geïndiceerd was, omdat het bekend is dat deze medicatie een ademhalingsdepressie kan veroorzaken.

4.7. [Verweester 1] bevestigt dat Dipidolor de oorzaak kan zijn van de bradycardie en saturatiedaling, maar voegt daar aan toe dat de toediening van 10 mg op dat moment niet overmatig of contra-geïndiceerd was.

4.8. Het College is van oordeel dat het toedienen van Dipidolor aan het einde van de operatie niet contra-geïndiceerd was. Dipidolor wordt standaard toegediend als pijnbestrijding aan het einde van de operatie. De toegediende hoeveelheid is niet

per definitie in strijd met de geldende protocollen. Dat Dipidolor in zijn algemeenheid een ademhalingsdepressie kan veroorzaken maakt niet dat het toedienen daarvan zonder meer contra-geïndiceerd is. De Inspectie concludeert hierover dat het mogelijk meer schade heeft gegeven. Dat is echter een conclusie achteraf, gelet op het medisch verloop, maar levert geen grond op voor het oordeel dat de toediening daarvan op voorhand als onzorgvuldig moet worden aangemerkt. Er is niet gebleken van omstandigheden op dat moment die een dergelijke conclusie zouden kunnen rechtvaardigen. Dit klachtonderdeel, dat is gericht tegen [Verweerster 1], faalt eveneens.

Klachtonderdeel III

4.9. Ter onderbouwing van klachtonderdeel III voeren klagers aan dat uit het dossier volgt dat geen van de betrokkenen de alarmsignalen van de bewakingsapparatuur waar [Patiënte] op was aangesloten tijdens de operatie hebben gehoord. Volgens klagers waren de saturatiemeter en de bloeddrukmeter niet verbonden met de monitor, waardoor deze niet werkten. Daardoor is [Patiënte] 15 tot 20 minuten na de operatie onbewaakt geweest.

4.10. [Verweerster 1] heeft aangevoerd dat zij zelf steeds bij [Patiënte] is gebleven en de zuurstofkap op de neus/mond van [Patiënte] heeft gehouden. [Patiënte] is dus niet onbewaakt geweest, ongeacht of de apparatuur werkte. Voorts wijst [Verweerster 1] er op dat de saturatie en de pols al na 5 minuten na het detuberen wegvielen. Dat volgt ook uit het anesthesieverslag. De verklaring van personeelsleden dat zij [Verweerster 1] pas na 20 minuten hoorden roepen om hulp, is onjuist, aldus [Verweerster 1]. [Verweerder 2] heeft daarover aangegeven dat hij bezig was het operatieverslag te schrijven toen hij werd gewaarschuwd voor het alarm bij de patiënt. Volgens [Verweerder 2] was dat binnen de 15 minuten na de operatie.

4.11. Ter beoordeling van klachtonderdeel III wordt in het midden gelaten of de bewakingsapparatuur werkte en of [Patiënte] daardoor 15-20 minuten onbewaakt is geweest. Uit de beschikbare informatie is hetgeen zijdens klagers en de Inspectie hierover is aangegeven, onvoldoende vast te stellen. Voor het oordeel is dat ook niet van belang. Daartoe geldt het volgende. Uit de verklaring van [Verweerster 1] en het anesthesieverslag volgt dat de saturatie en de pols van [Patiënte] binnen 5 minuten na extubatie wegvielen. Dat wordt bevestigd door het Inspectierapport waaruit volgt dat de eerste controle na extubatie een saturatie van 9% liet zien en er geen polsslag werd gevoeld, waarna is gestart met hartmassage. Dat betekent dat de saturatie van [Patiënte] tussen 0 en 5 minuten na extubatie is gedaald naar 9%. Dat betreft een zodanig ernstige saturatiedaling binnen 5 minuten die, ongeacht of de bewakingsapparatuur werkte, niet onopgemerkt of zonder ingrijpen had kunnen blijven indien [Verweerster 1], zoals zij stelt, [Patiënte] steeds op de kap heeft gehad en haar niet onbewaakt heeft gelaten. Aldus is voldoende gebleken dat [Patiënte] tenminste 5 minuten zodanig onbewaakt is gebleven dat de saturatie ongemerkt tot

een levensbedreigende niveau kon dalen zonder dat er werd ingegrepen. Dat kan [Verweerster 1] als verantwoordelijke anesthesist worden aangerekend. Dit klachtonderdeel slaagt dan ook.

Klachtonderdeel IV

4.12. Ter onderbouwing van klachtonderdeel IV voeren klagers aan dat er sprake was van een noodsituatie waarbij [Patiënte] kunstmatig beademd moest worden, in welk geval het protocol dwingend voorschrijft dat de patiënt direct naar het Sehos vervoerd moet worden, de ambulance direct gebeld moet worden en de anesthesist mee moet rijden met de ambulance. [Verweerster 1] heeft besloten tot detuberen in plaats van de ambulance te bellen waardoor er veel tijd verloren is gegaan en vervolgens ging [Verweerster 1] niet meteen mee met de ambulance.

4.13. [Verweerster 1] heeft niet meteen na het opnieuw intuberen besloten om [Patiënte] over te plaatsen naar het Sehos omdat op dát moment duidelijk leek dat de tensiedaling en ademdepressie het gevolg waren van de Dipidolor en dat het ventileren van [Patiënte] en antagoneren met Naloxone voldoende maatregelen zouden zijn. Het overplaatsen van [Patiënte] nadat zij respiratoir en circulatoir weer stabiel was zou overmatig zijn geweest. Pas nadat [Patiënte] na de tweede detubatie opnieuw in een reanimatiesetting terecht kwam, werd duidelijk dat er meer aan de hand was dan alleen een reactie op de gegeven Dipidolor. Overigens is [Verweerster 1] niet bekend met het protocol dat alle patiënten die na een operatie dienen te worden geïntubeerd meteen naar het Sehos moeten worden overgeplaatst. Voorts is er geen undue delay opgetreden bij het vertrek van de ambulance door toedoen van [Verweerster 1]. Daarentegen dienden er eerst allerlei handelingen te worden verricht (stabilisering patiënt, verhelpen lekken zuurstoffles, zoektocht familielid om mee te gaan met ambulance) en is de ambulance binnen 13 minuten na aankomst weer vertrokken.

4.14. Het College is van oordeel dat niet is gebleken van een binnen het Advent Ziekenhuis geldend protocol waaruit volgt dat alle patiënten, na intubatie om welke reden dan ook, meteen naar het Sehos (thans CMC) moeten worden overgeplaatst. Desalniettemin is het College van oordeel dat alle feiten en omstandigheden in aanmerking nemende, [Verweerster 1] in het onderhavige geval daartoe had moeten besluiten. In het geval sprake is van een situatie waarin er wordt gereïntubeerd na een reanimatie had direct tot overplaatsing naar het Sehos (intensive care - (IC)) moeten worden besloten. De beslissing van [Verweerster 1] om na de eerste reanimatie, in plaats van overplaatsing naar Sehos, tot extubatie over te gaan zonder dat er sprake was van een IC-setting, is verwijtbaar. Vervolgens is er een cascade van problemen ontstaan waardoor de tweede reïntubatie noodzakelijk werd. Zeer waarschijnlijk is dat vervolgens NPPE (negative pressure pulmonary edema) is opgetreden, waarna [Patiënte] alsnog op transport naar het Sehos is gezet. [Verweerster 1], die volgens haar eigen verklaring uitging van een reactie op de Dipidolor, heeft NPPE als zeer waarschijnlijke diagnose, niet onderkend, met alle

gevolgen van dien. Dit klachtonderdeel is daarom gegrond.

Klachtonderdeel V

4.15. Ter onderbouwing van klachtonderdeel V voeren klagers aan dat [Verweerster 1] tijdens het uitvoeren van de beademing de fout heeft gemaakt de longen van [Patiënte] uit te zuigen. Daardoor wordt de toestand van de patiënt alleen maar slechter. Met het afzuigen ontstaat er een simulatie om vocht te produceren in de longen waardoor het longoedeem in omvang alleen maar groter wordt. In een dergelijke situatie dient de beademing te bestaan uit het toedienen van zuurstof onder druk. In dat verband wijzen klagers er ook op dat dat [Verweerster 1] [Patiënte] op zichzelf heeft teruggeworpen om zelfstandig te ademen, zonder in te kunnen grijpen met het geven van zuurstof onder druk, terwijl er op dat moment een proces van vochtophoping plaatsvindt. Ook is aannemelijk dat de keel geïrriteerd en gezwollen is door twee keer te intuberen en twee keer te detuberen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de saturatie onder deze omstandigheden wederom wegzakt, waardoor [Verweerster 1] [Patiënte] voor de derde keer medicamenteus moet verslappen en nu met kracht moet intuberen.

4.16. [Verweerster 1] voert hiertegen over aan dat [Patiënte] tijdens de ambulancerit met PEEP werd beademd en dat het bloederige vocht welke naast de tube bleef lopen werd weggezogen. [Verweerster 1] stelt correct te hebben gehandeld door met PEEP de ontstane en aanwezige longoedeem terug te dringen in de longalveoli en zodoende de oxygenatie van het bloed te verbeteren. Voorts voert [Verweerster 1] aan dat er in haar visie sprake is geweest van een overmatige reactie van het lichaam op Dipidolor, zich uitende in een bradycardie, welke is verergerd door de Naloxone-gift en daarbovenop het optreden van zich snel verergerende longoedeem, waardoor ondanks intubatie, PEEP-beademing en uitzuigen geen adequate saturatie meer bereikt kon worden. [Verweerster 1] valt ter zake geen onzorgvuldigheid te kunnen worden verweten.

4.17. Uit het feitelijk verslag van de Inspectie volgt dat [Patiënte] tijdens de ambulancerit wel met PEEP werd beademd (zie r.o. 2.5.). Voor zover de klacht op het ontbreken daarvan is gestoeld, faalt hij. Voor zover de klacht er op is gericht dat er in het geheel niet mocht worden afgezogen, faalt de klacht eveneens. Nog los van het feit dat uit het feitelijk relaas volgt dat het ambulancepersoneel tot afzuiging is overgegaan, geldt dat er tijdens het transport geen goede ventilatie is en het zuurstof gehalte slechter is. Onder die omstandigheden kan, bij een PEEP beademing, besloten worden tot afzuiging ter voorkoming van verstoppingen. Deze handelwijze acht het College dan ook niet verwijtbaar. Dat staat verder los van de een onjuiste medische inschatting c.q. het niet overwegen van de diagnose NPPE.

Klachtonderdeel VI

4.18. Ter onderbouwing van klachtonderdeel VI voeren klagers aan te vermoeden dat de verslaglegging van de anesthesie achteraf is ingevuld omdat het

anesthesierapport zich niet bij de ingeleverde stukken bevindt. [Verweerster 1] kan zich daarin niet vinden. Het anesthesierapport is duidelijk en overzichtelijk en naar waarheid en correct ingevuld.

4.19. Ondanks dat de wijze van verslaglegging door zowel [Verweerder 2] als [Verweerster 1] niet de schoonheidsprijs verdiend, waardoor niet op alle punten de feitelijke gang van zaken gereconstrueerd kan worden, kan naar het oordeel van het College, zonder nadere onderbouwing, niet zonder meer worden aangenomen dat het anesthesieverslag achteraf is ingevuld. Het enkele feit dat het in eerste instantie niet bij de stukken zat is daartoe onvoldoende.

Conclusie

4.20. Het voorgaande leidt tot de slotsom dat [Verweerder 2], operateur, ter zake het medisch verloop geen verwijt valt te maken. De beslissing om [Patiënte] met spoed en niet nuchter te opereren, was gerechtvaardigd onder de huidige omstandigheden. Zowel voor als na de operatie heeft [Verweerster 1] niet de zorg betracht die van haar verwacht mocht worden. Zij heeft voor de operatie de anesthesie (crashinductie) op onjuiste wijze uitgevoerd. Voorts heeft zij [Patiënte] na de operatie in ieder geval de eerste 5 minuten na extubatie zodanig onbewaakt gelaten dat de saturatie ongemerkt tot een levensbedreigend niveau kon zakken. [Verweerster 1] heeft aangegeven dat zij er aan het einde van de dag alleen voor stond en dat er geen assistent-anesthesist aanwezig om haar bij de uitvoering van haar werkzaamheden te assisteren. Deze omstandigheid verzwaart de werkzaamheden van [Verweerster 1] aanzienlijk en dient primair het Advent Ziekenhuis te worden toegerekend, desalniettemin ontslaat het [Verweerster 1] niet van haar verantwoordelijkheid de juiste zorg te betrachten. De oorzaak van de ontstane bradycardie en saturatiedaling kort na de operatie is echter niet komen vast te staan. De patholoog-anatoom speculeert over de oorzaak daarvan, maar komt niet tot een heldere conclusie. Wel staat vast dat er vooraf geen c.q. onjuiste crashinductie is uitgevoerd en [Verweerster 1] na de reanimatie als gevolg van de bradycardie tot overplaatsing naar het Sehos had moeten besluiten in plaats van extubatie. Vervolgens is er een cascade van problemen ontstaan waardoor de tweede reïntubatie noodzakelijk werd, waarna zeer waarschijnlijk NPPE is opgetreden. Een diagnose die [Verweerster 1] niet heeft onderkend.

4.21. In hoeverre het overlijden van [Patiënte] uiteindelijk is terug te voeren op het falende optreden van [Verweerster 1] voor en na de operatie valt gelet op de beschikbare informatie niet vast te stellen. Naar het College begrijpt zou die duidelijkheid voor de nabestaanden bij kunnen dragen aan de acceptatie van het verlies van [Patiënte]. Zij hebben een familielid verloren nadat zij haar in handen van de medische zorg hadden gesteld. Voor het uiteindelijke oordeel van het College is dat echter niet van belang. Het College toetst of een zorgverlener, in dit geval [Verweerster 1], bij het handelen waarover wordt geklaagd is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met

de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard. Het uiteindelijke gevolg van het verweten handelen is daarbij niet per definitie van belang. Dat betekent dat de vraag of er een causaal verband heeft bestaan tussen het handelen van [Verweerster 1] en het uiteindelijke overlijden van [Patiënte] onbeantwoord kan blijven.

4.22. Het College is van oordeel dat [Verweerster 1] ernstig tekort is geschoten in de zorg die zij voor en na de operatie ten opzichte van [Patiënte] had moeten betrachten. In die zin is de klacht (vervat in klachtonderdelen I, III en IV) gegrond. Tijdens het verhandelde ter zitting is gebleken dat [Verweerster 1] er blijk van heeft gegeven dat zij – onder beperkende omstandigheden binnen het Advent Ziekenhuis – niet juist heeft gehandeld, althans dat een en anders was verlopen als zij er niet alleen voor had gestaan. Het College is van oordeel dat het belang van de individuele gezondheidszorg met zich brengt dat voor het voorkomen van een herhaling van ernstig nalaten door [Verweerster 1] niet kan worden volstaan met de maatregel van berisping. De omstandigheden waaronder [Verweerster 1] naar zij heeft verklaard haar werk moet verrichten, wordt door het College als risicovol aangemerkt: te weten dat zij lange werkdagen maakt en dat zij daarbij moet werken zonder assistent. Gelet op de aard en de ernst van de gedragingen wordt een schorsing van drie (3) maanden aangewezen geacht. Een deel van die schorsing, te weten twee (2) maanden, wordt voorwaardelijk opgelegd. [Verweerster 1] wordt daardoor gestimuleerd er voor te zorgen niet te werken althans nadere maatregelen te treffen onder risicovolle omstandigheden.

5. De beslissing

Het Medisch Tuchtcollege:

Ten aanzien van [Verweerder 2]

5.1. verklaart de klacht tegen [Verweerder 2] ongegrond;

Ten aanzien van [Verweerster 1]

5.2. verklaart de klachtonderdelen I (deels), III en IV tegen [Verweerster 1] gegrond;

5.3. legt aan [Verweerster 1] de maatregel op van schorsing in de uitoefening van de geneeskunde voor de duur van drie (3) maanden, waarvan twee (2) maanden voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar onder de voorwaarde dat [Verweerster 1] binnen deze periode niet tuchtrechtelijk verwijtbaar handelt; deze schorsing gaat in direct nadat deze beslissing onherroepelijk is geworden;

5.4. bepaalt dat een geanonimiseerde versie van deze beslissing met het oog op het algemeen belang bekend wordt gemaakt door plaatsing op de website van de

Inspectie voor de Volksgezondheid.

Aldus gegeven door mr. S.M. Christiaan, voorzitter, drs. R.R. Voigt, medisch lid en drs. A. Roose, medisch lid en uitgesproken in tegenwoordigheid van de secretaris op 8 februari 2022

Drs. Voigt en drs. Roose zijn buiten staat deze beslissing mede te ondertekenen.