

EIGEN TAKEN, EIGEN FOUTEN

Verantwoordelijkheden anesthesiologen en chirurgen duidelijk afbakenen

Is een snijdend specialist (mede)verantwoordelijk voor de anesthesie tijdens een operatie? De chirurg zit daar niet op te wachten. En de anesthesioloog voelt zich aangetast in zijn professionaliteit.

M.M. TEN HOOPEN C.S.

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage deed een opmerkelijke uitspraak op 6 juli 2004.¹ In een zaak over een oogoperatie, waarbij zich tijdens het uitleiden uit de narcose een fatale complicatie had voorgedaan, kwam het tot de conclusie dat de algehele verantwoordelijkheid voor een operatie bij de operateur ligt. Dit geldt, aldus het college, ook voor de anesthesie en de keuze van de anesthesievorm. De oogarts had in dit geval (patiënte met belaste voorgeschiedenis; operatie in dagbehandelingcentrum) moeten verifiëren dat de anesthesioloog op een verantwoorde wijze tot zijn anesthesieadvies was gekomen. Met dit oordeel wordt de klok meer dan 35 jaar teruggezet. Niet alleen medisch gezien, gelet op de veranderingen in de (pre)operatieve zorg, maar ook vanuit juridisch oogpunt. Het bekende Nuboer-arrest van de Hoge Raad uit 1968 (over de aansprakelijkheid bij een hartoperatie in teamverband) en de ontwikkelingen in de jaren daarna op publiek- en privaatrechtelijk terrein duiden namelijk

De grenzen van professionele autonomie en competenties worden overschreden als men de ene specialist (mede)verantwoordelijk maakt voor het professioneel handelen van



niet op een 'alomvattende' verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van een operateur.² De uitspraak van het tuchtcollege heeft dan ook een stroom van kritiek opgeroepen.³

PRE-ASSESSMENTPOLIKLINIEK

Een recente ontwikkeling op het terrein van de operatieve behandeling is de totstandkoming van centra voor electieve chirurgie. Binnen dergelijke centra heeft de pre-assessment-polikliniek een spilfunctie. De anesthesioloog vervult daarin een centrale rol bij de beoordeling van de algemene gezondheids-toestand van de patiënt. De operateur richt zijn aandacht vooral

Vooraf in centra voor electieve chirurgie is duidelijkheid geboden

op de status localis en op de indicatiestelling voor de operatie. In dit kader is een belangrijke vraag wie van de betrokkenen - de verwijzend specialist, de anesthesioloog werkzaam in de pre-assessment-polikliniek, de uitvoerend anesthesioloog en de snijdend specialist - verantwoordelijk is voor zaken als de risicobepaling van de ingreep, het continueren van de medicatie rond de operatie (bijvoorbeeld diabetesmedicatie) en het voorschrijven van perioperatieve medicatie (zoals bètablokkade, tromboseprofylaxe, endocarditisprofylaxe, pijnmedicatie en stressschema's bij patiënten die corticosteroiden gebruiken). Hierover dient duidelijkheid te bestaan voordat grote aantallen patiënten het electieve operatieve traject ingaan.

CONTRACTPARTIJ

Wie aansprakelijk is als de patiënt schade lijdt, hangt af van met wie de patiënt een behandelingsovereenkomst heeft gesloten. Er zijn ziekenhuizen waar de medisch specialisten in dienstverband werken (arts-in-situatie) en ziekenhuizen waar de specialisten werken op basis van een toelatingsovereenkomst (arts-out-situatie). In een arts-in-situatie heeft de patiënt één behandelingsovereenkomst: met het ziekenhuis. Deze omvat zowel de geneeskundige behandeling als de bijbehorende zorg. De specialist is degene die de behandeling voor het ziekenhuis uitvoert, als diens 'hulp persoon'. Maakt

hij een fout, dan is het ziekenhuis - als contractpartij - aansprakelijk.⁴ In de arts-out-situatie is sprake van twee overeenkomsten: voor de geneeskundige behandeling contracteert de patiënt de specialist, voor de daarmee samenhangende zorg het ziekenhuis. Voor een fout bij de behandeling moet de patiënt normaalgesproken dan de specialist aanspreken. Om het voor de patiënt eenvoudiger te maken, heeft de wetgever bepaald dat het ziekenhuis ook in deze laatste situatie - 'centraal', naast de betrokken specialist - aansprakelijk is.⁵

Zijn bij de arts-out-behandeling meer personen betrokken, dan rijst de vraag of er met iedere specialist een behandelingsovereenkomst is.⁶ Er kan namelijk ook één specialist-contractant zijn, die zich bij de uitvoering van de behandeling bedient van een of meer hulp personen. Als bij een operatie de snijdend specialist als de behandelaar-contractant wordt gezien, zou de anesthesioloog als diens hulp persoon kunnen worden aangemerkt. In het Nederlandse recht bestaat op dit punt geen eenduidige opvatting.⁷ Het Duitse recht is al verder hierin en geeft argumenten die pleiten vóór de opvatting dat bij interdisciplinaire behandeling - zoals die door een snijdend specialist en een anesthesioloog - in beginsel een overeenkomst met elke behandelend specialist totstandkomt.⁸

AANSPRAKELIJKHEID

Onze visie op de vraag wie contractpartij is, impliceert dat een snijdend specialist niet voor fouten van een anesthesioloog als hulp persoon aansprakelijk kan worden gesteld. Maar kan dan niet toch een aansprakelijkheid voor diens handelen bestaan? Heeft iedere specialist-medicontractant een eigen 'domein' als het gaat om de kwaliteit en de veiligheid van de behandeling, of dient hij over de grenzen van zijn eigen métier heen te kijken? Ook hier blijkt het Duitse recht een aantal duidelijke aanknopingspunten te bieden.

Uitgangspunt dient naar ons oordeel - net als in Duitsland - te zijn dat iedere specialist verantwoordelijk is voor zijn eigen vakgebied en de risico's die zich op dat gebied voor de patiënt zouden kunnen voordoen. Controlehandelingen of een initiatief tot overleg zijn - uitgaande van de bekwaamheid van de medebehandelend collega - in beginsel niet vereist. Dikwijls vergt de behandeling zelf echter een duidelijke wederzijdse informatie-uitwisseling of coördinatie van de verrichtingen.⁹

De Duitse rechter kent veel betekenis toe aan afspraken die medisch-specialistische beroepsverenigingen met elkaar hebben gemaakt. Met name de regels die door de beroepsvereniging van de anesthesiologen en de chirurgen zijn opgesteld, worden in de rechtspraak veelvuldig aangehaald.¹⁰ Ook in Nederland kan een dergelijke zelfregulering, in de eerste plaats voor de medisch specialisten zélf, een belangrijke functie vervullen.

AANBEVELINGEN

Vanuit de opvatting dat elke specialist over eigen deskundigheid en bijbehorende verantwoordelijkheden beschikt, doen wij de volgende aanbevelingen.

Preoperatieve fase:

✧ Als uitvloeisel van de anamnese en het speciële onderzoek en rekening houdend met algemene en sociale factoren van de patiënt, doet de snijdend specialist de patiënt een behandelvoorstel waarvan een operatie meestal een onderdeel is. De specialist informeert de patiënt over de chirurgische risico's, over eventuele alternatieven, over het te verwachten >>

de andere specialist.



BEELD: HANNS OOSTHUIJZEN



Elke samenwerkende specialist moet attent zijn op het handelen van de ander.

- << resultaat en de waarschijnlijkheid dat dit bereikt wordt. De informatie strekt zich ook uit tot praktische zaken zoals de planning en de persoon die de ingreep uitvoert. De specialist vraagt toestemming en legt een en ander vast in het dossier. Hij laat de informatie over de anesthesie(techniek) over aan de anesthesioloog.
- ◇ De anesthesioloog verricht bij de preoperatieve screening onderzoek naar de gezondheidstoestand van de patiënt door anamnese, gericht lichamelijk onderzoek, zo nodig gevolgd door aanvullend onderzoek. Verder is hij verantwoordelijk voor optimalisering van de gezondheidstoestand vóór de operatie en voorlichting over de anesthesietechniek en eventuele alternatieven. De patiënt moet hiermee akkoord gaan.

- ◇ Bij grote ingrepen en een matige gezondheidstoestand van de patiënt (ASA 3 of meer) dient er structureel overleg plaats te vinden tussen de specialist - die verantwoordelijk is voor de beoogde operatie - en de anesthesioloog - die verantwoordelijk is voor de preoperatieve work-up van de patiënt - over de zin en de haalbaarheid van het voorstel. Eén van beiden bespreekt het resultaat met de patiënt.
- ◇ Zodra bekend is welke specialist de operatie daadwerkelijk uitvoert en welke anesthesioloog de anesthesie toedient, moeten beiden worden geïnformeerd over de afspraken die met de patiënt zijn gemaakt. Zij kunnen daarvan niet afwijken, tenzij dit alsnog met de patiënt wordt overeengekomen. In ieder geval dient de patiënt, zodra dat mogelijk is, te worden medegedeeld wie de operatie zal uitvoeren en wie daarbij de anesthesie zal toedienen.

Perioperatieve medicatie:

- ◇ Een groot aantal geneesmiddelen moet rond een operatie worden gecontinueerd of profylactisch worden toegediend. Te continueren geneesmiddelen beschermen de gezondheidstoestand van de patiënt (bijvoorbeeld bètablokkade,

Operateur verantwoordelijk voor toediening profylactische geneesmiddelen

insuline, corticosteroïden). Profylactische geneesmiddelen houden direct verband met de ingreep (bijvoorbeeld tromboseprofylaxe, antibioticaprofylaxe).

Medicatie die te maken heeft met de algemene gezondheidstoestand van de patiënt valt onder de verantwoordelijkheid van de anesthesioloog. De verantwoordelijkheid voor het toedienen van profylactische medicatie ligt bij de snijdend specialist.

- ◇ Voor perioperatief toe te dienen geneesmiddelen dienen lokale protocollen beschikbaar te zijn, waaraan alle betrokken medische specialismen zich committeren.
- ◇ Met behulp van een preoperatieve checklist dient de anesthesioloog een en ander af te vinken en tevens te controleren of de noodzakelijke profylaxe volgens het bestaande protocol is toegediend.
- ◇ Eindcontrole vindt direct preoperatief plaats door de uitvoerende anesthesioloog. Dit laat evenwel de verantwoordelijkheid van de snijdend specialist en van de anesthesioloog van de poli anesthesiologie onverlet.

Positionering van de patiënt op de operatietafel:

- ◇ De wijze waarop de patiënt op de operatietafel wordt gepositioneerd, bevordert dat de operateur onder optimale condities zijn werk doet. Hierbij wordt een maximale veiligheid voor de patiënt nagestreefd om afkoeling, decubitus, zenuwbeschadiging, gewrichtsluxaties en beschadiging van huid en vitale structuren te voorkomen.
- ◇ Hiervoor is het noodzakelijk dat een aantal standaardposities protocollair is vastgelegd.
- ◇ In het algemeen is de anesthesioloog verantwoordelijk voor de positionering van romp, armen, nek, hoofd en benen in

SAMENVATTING

gestrekte neutrale houding. Als dat laatste voor de betreffende ingreep bezwaarlijk is en de operateur tot een andere positie besluit, is deze daarvoor verantwoordelijk, waarbij ook hij maximale veiligheid dient na te streven.

- Over positionering van welk lichaamsdeel dan ook moet altijd worden overlegd tussen snijvend specialist en anesthesioloog.
- De positie van de patiënt tijdens de ingreep en de periode dat de patiënt in die positie heeft gelegen, dient in het anesthesieverlag te worden vastgelegd, inclusief de overwegingen om van de standaardpositie af te wijken.

Planning en uitvoering van het operatieprogramma:

- De planning van operaties moet zodanig zijn dat ze redelijkerwijs in de normale werktijd kunnen worden afgerond. Indien dat niet het geval is, dient de organisatie zodanig te zijn dat de ingreep en de anesthesie onder dezelfde veiligheidscondities kunnen worden voortgezet. Optimale informatieoverdracht tussen de teams is van groot belang.
- De uitvoering van een operatieprogramma is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het chirurgische en het anesthesiologische team.
- Regelmatige evaluatie van knelpunten over de aanvangstijd van operaties, vertragingen tussendoor en gebrekkige beschikbaarheid van materialen en mensen dienen uitgangspunt te zijn voor een continu verbeteringsproces.

Postoperatieve fase:

- In de direct postoperatieve fase is de anesthesioloog de verantwoordelijke specialist gedurende de tijd dat de patiënt in de postoperatieve zorgenkamer (verkoeverkamer) verblijft. De anesthesioloog houdt in deze periode nauw contact met de snijvend specialist en informeert deze zo nodig over het beloop.
- De anesthesioloog is tevens verantwoordelijk voor het ontslag van de patiënt uit de verkoeverkamer en hij dient erop toe te zien dat hiervoor van tevoren overeengekomen ontslagcriteria worden gehanteerd. Hij houdt daarbij rekening met het hem bekende zorgniveau op de verpleegafdeling.
- Op de verpleegafdeling is de snijvend specialist verantwoordelijk voor de zorg.
- Bij verwijzing naar een afdeling voor intensieve zorg zal de intensivist de coördinerende behandelaar zijn, waarbij deze de verplichting heeft de snijvend specialist en de anesthesioloog indien nodig te betrekken bij de zorg. Een en ander dient concreet in de regeling van de organisatie van de zorg te zijn vastgelegd.
- Voor onderdelen als postoperatieve pijnbestrijding kunnen aparte afspraken bestaan die per afdeling of per ziekenhuis in protocollen zijn vastgelegd, inclusief de daarbij behorende verantwoordelijkheden.

ATTENDERINGSPLICHT

Terug naar de Haagse tuchtrechter. Deze werd geconfronteerd met het overlijden van een patiënte in een situatie van medebehandeling. Hij moet hebben gezocht naar een constructie die gebeurtenissen met een dramatische afloop zoals deze voorkomt. De grenzen van professionele autonomie en competenties worden echter overschreden als men de ene specialist (mede)verantwoordelijk maakt voor het professioneel handelen van de ander. Dat staat ook op gespannen voet met het geldende publiek- en privaatrecht in Nederland. Iets anders is dat van elke

- Afbakening van de verantwoordelijkheid van anesthesiologen en snijvend specialisten is van belang. Zeker nu in veel ziekenhuizen centra komen voor electieve chirurgie.
- Bij samenwerking tussen een anesthesioloog en een snijvend specialist staat de verantwoordelijkheid van elk van beiden voor het eigen vakmatig handelen voorop. Dikwijls is echter een nauwe coördinatie van de verrichtingen vereist.
- Daarom moet er zowel een behandelingsovereenkomst met de anesthesioloog als met de snijvend specialist zijn. Iedere samenwerkende specialist kan worden aangesproken op eigen fouten.
- De aanbevelingen geven de grenzen aan van de verantwoordelijkheden van de verschillende specialisten, betrokken bij een operatieve behandeling. Tevens kunnen ze een belangrijke functie vervullen bij de rechterlijke toetsing van hun handelen.

De literatuurlijst vindt u bij dit artikel op onze website: www.medischcontact.nl/dezeweek.



samenwerkende specialist mag worden verwacht dat hij attent is op het handelen van de anderen en daar waar hij vermoedt dat problemen ontstaan of kunnen ontstaan door beslissingen of verrichtingen van een collega, deze collega daar terstond op wijst. Op deze attente houding en op deze attenderingsplicht kunnen medebehandelend specialisten - ook in civiel- en tuchtrechtelijk verband - worden getoetst. ■

mr. dr. M.M. ten Hoopen,
Universiteit Maastricht, afdeling Gezondheidsrecht

prof. dr. J.T.A. Knappe,
Universitair Medisch Centrum Utrecht, afdeling Anesthesiologie

prof. mr. F.C.B. van Wijmen,
Universiteit Maastricht, afdeling Gezondheidsrecht

A. Pfaff,
Máxima Medisch Centrum Eindhoven, afdeling Anesthesiologie

W. van Dijk,
Academisch Ziekenhuis Maastricht, directoraat Patiëntenzorg

M. van Steijn,
Academisch Ziekenhuis Maastricht, afdeling Orthopedie

C. Webers,
Academisch Ziekenhuis Maastricht, afdeling Oogheelkunde

prof. dr. M. van Kleef,
Academisch Ziekenhuis Maastricht, afdeling Anesthesiologie

Correspondentieadres: mvk@sane.azm.nl