

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2008/254

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE AMSTERDAM

Het College heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 11 september 2008 binnengekomen klacht van:

A,  
wonende te B,  
klager,

tegen

dr. C,  
anesthesioloog,  
thans werkzaam te D te B,  
verweerder.

#### 1. Het verloop van de procedure.

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met bijlagen;
- het antwoord met bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek met bijlage;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;
- de pleitnotities van mr. J.C.C. Leemans, door hem namens verweerder overgelegd ter terechtzitting.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

De klacht is ter openbare terechtzitting op voet van artikel 57 lid 1 Wet BIG gezamenlijk, maar niet gevoegd, behandeld met de klachtzaak tegen dr. E, geregistreerd onder nummer 08/253.

Namens klager waren zijn twee zoons: F en G aanwezig. Verweerder was eveneens ter terechtzitting aanwezig.

Klager werd bijgestaan door mr I. Laseur, advocaat te Amersfoort, en verweerder door mr. J.C.C. Leemans, verbonden aan DAS Rechtsbijstand te Amsterdam.

De rapportage van de heer H, anesthesioloog, is bij brief d.d.

4 november 2009 van mr. O.L. Nunes in het geding gebracht in de gezamenlijk behandelde klachtzaak onder nummer 08/253 en wordt ook in dit geding geacht te zijn ingebracht.

Bij brief d.d. 30 november 2009 heeft mr. J.C.C. Leemans stukken in het geding gebracht.

## **2. De feiten.**

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

2.1 Verweerder is als anesthesioloog verbonden aan D te B.

2.2 Op 20 september 2006 heeft de anesthesioloog dr. E (verder: E) de echtgenote van klager, mevrouw I (verder te noemen I), geboren mei 1937, gezien ter voorbereiding op een knieervangende operatie. Zij is daarbij vergezeld door haar zoon, F.

2.3 Voor dit consult had I samen met haar zoon een vragenlijst ingevuld. In het vragenformulier staat vermeld dat I in 1964 een schildklieroperatie en in 2004 een operatie aan handen (pols) heeft gehad. Tijdens het consult is verder ter sprake gekomen dat I jaarlijks de internist bezocht waar zij bekend was met onder meer een status na strumectomie. I leed aan hypertensie, welke goed gereguleerd was. Lichamelijk onderzoek toonde een spoor oedeem aan de benen. De medicatie die I gebruikte betrof Zocor, Amlodipine, Atenolol, Dihydral, Paracetamol, Froben, Zyrtec en oogdruppels. I heeft aan E gemeld dat zij last had van snurken waarvoor zij een afspraak had gemaakt bij de KNO-arts.

Tijdens het consult heeft E via de computer kennisgenomen van de laboratoriumuitslagen. De uitslagen waren normaal. Het ECG vertoonde geen afwijkingen. I had een gewicht van 80 kg, bij een lengte van 1.58m. Er was sprake van obesitas met een BMI van 32.5.

Voorts heeft E tijdens het consult kennisgenomen van de laatste brief van de internist. Uit deze brief kwam naar voren dat I sinds 1996 onder controle stond bij de internist vanwege nabehandeling in verband met een ontbrekende bijschildklier. In de brief werd een stabiele hypertensie beschreven. Ook de cardiale status werd beschreven.

2.4 Op 9 oktober 2006 is I onderzocht door de KNO-arts dr. J. Deze arts heeft I vanwege het vermoeden op de diagnose obstructief slaap-apneu syndroom (conform de Slaapschaal van Slaap-werkgroep Morpheus) verwezen naar het slaapcentrum te K voor nader onderzoek.

2.5 Op 14 november 2006 heeft de operatie plaatsgevonden. De operatie is geslaagd en na de operatie ligt I op de verkoeverkamer. Ze is aanspreekbaar en vanaf dat moment zijn er diverse familieleden aanwezig.

2.6 Omdat er pijn ontstaat in de verkoeverkamer, wordt de bij I aangebrachte PCA-pomp (morphinepomp) in werking gesteld. De dienstdoende verpleegkundige heeft eenmaal laten zien op welke wijze deze morphinepomp werkt. Hierna heeft I zelf 3 of 4 keer op de knop van de pomp gedrukt.

2.7 Ondanks de toegediende morphine, wordt de pijn bij I erger. Na overleg met verweerder wordt via het infuus (naast de morphinepomp) extra morphine toegediend. Er is 14 mg morphine extra, intraveneus toegediend. De pijn neemt echter niet af. Zij krijgt het benauwd, krijgt moeilijkheden met de ademhaling en krijgt pijn in haar schouders en in het bovenste deel van haar rug. In opdracht van verweerder dient de verpleegkundige daarvoor 500 mg Naproxen toe. Vervolgens wordt zij naar de afdeling orthopedie gebracht. Terwijl zij op deze afdeling ligt is haar opnieuw door de verpleegkundige een

onbekende hoeveelheid morfine toegediend. In totaal is via de PCA-pomp 21 mg morfine toegediend.

2.8 Diezelfde avond hebben de zonen van I hun moeder aangetroffen met de tong uit de mond en met schuim op haar tong. Zij ademt moeilijk en reageert niet op de poging van de gealarmeerde verpleegkundige om haar wakker te maken. De verpleegkundige heeft met de dienstdoende anesthesioloog gebeld. Deze verwijst naar de orthopedisch chirurg. Op het moment dat de verpleegkundige met de dienstdoende arts telefonisch overleg pleegt, is de ademhaling van I gestopt en heeft zij een hartstilstand gekregen. De verpleegkundige start de hartmassage en krijgt daar enkele minuten later hulp bij van anderen. I heeft weer hartslag gekregen en wordt naar de IC-afdeling vervoerd. Daar wordt geen hersenbloeding geconstateerd maar wel een longontsteking en sepsis.

2.9 I is op 11 december 2006 overleden.

2.10 Na het overlijden van I heeft de (interne) Calamiteitencommissie van het D onderzoek gedaan. De Calamiteitencommissie heeft geconcludeerd dat een apneu als gevolg van het bestaan van een obstructief apneu-syndroom (OSAS) en daarbij toediening van morfine het meest voor de hand ligt als oorzaak van het overlijden. Verder staat in de rapportage van de Calamiteitencommissie dat het mogelijk bestaan van een apneu-syndroom postoperatief wel is vermeld, maar niet expliciet aan de behandelend anesthesioloog is doorgegeven.

2.11 De commissie heeft onder meer het bestaan van het volgende geconcludeerd: (1) bagatellisatie van het bestaan van een obstructief slaap-apneu syndroom bij preoperatief onderzoek, (2) toediening van (te) grote hoeveelheden morfine in de postoperatieve periode en (3) een te snel ontslag van de verkoeverkamer in relatie tot de toediening van hoge doses morfine.

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

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

- 1) patiënte een te grote hoeveelheid morfine heeft toegediend;
- 2) niet heeft toegezien op een juiste hantering van de PCA-pomp;
- 3) de alarmoproep van de verpleegkundigen niet voldoende serieus heeft genomen.

### **4. Het standpunt van verweerder.**

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

### **5. De overwegingen van het college.**

5.1 Verweerder heeft tijdens de operatie en postoperatief op 14 november 2006 de anesthesiologische zorg aan I verleend totdat hij haar naar de afdeling orthopedie liet overplaatsen.

Allereerst merkt het college het volgende op. Het perioperatieve anesthesiologische verslag is zeer summier. Ter terechtzitting heeft verweerder medegedeeld dat hij na het prikken van de spinaal weinig heeft opgeschreven om zo snel mogelijk de operatiekamer te verlaten en daarmee zo min mogelijk tijd op de operatiekamer door te brengen om postoperatieve wondinfectie te voorkomen. Verweerder erkent ook niet gecontroleerd te hebben of deze perioperatieve verslaglegging adequaat uitgevoerd werd door de anesthesiemedewerker. Het belang van een goede verslaglegging is – op grond van wetgeving en gedragsregels van de beroepsgroep - de verantwoordelijkheid van verweerder en dient met het oog op adequate zorg aan de patiënt en het geven van relevante informatie aan andere betrokken zorgverleners, op een juiste wijze te geschieden. Dat is hier niet gebeurd. Verweerder heeft vrijwel niets vastgelegd. Zijn excuus is niet

afdoende. Met het oog op het voorkomen van postoperatieve wondinfecties gaat het er niet om, als zorgverlener zo kort mogelijk op de operatiekamer te zijn, maar om het aantal deur- c.q. persoonsbewegingen van en naar de operatiekamer zo gering mogelijk te houden.

Door de summiere verslaglegging is onduidelijk wat er is gebeurd.

5.2 Met betrekking tot het eerste klachtonderdeel dat verweerder een te grote hoeveelheid morfine heeft toegediend, oordeelt het college als volgt.

In het algemeen dient te worden aangenomen dat de aan I toegediende morfine in de verkoeverkamer aan de hoge kant is. In totaal is via de PCA-pomp 21 mg morfine toegediend en er is 14 mg morfine extra, intraveneus toegediend.

De hogere leeftijd van de patiënt brengt echter een hoger risico met zich. De voorgeschiedenis en het snurken van I, hadden bekend kunnen zijn.

Gelet op deze patiënt (leeftijd), de voorhanden zijnde (preoperatieve) informatie, de geldende postoperatieve richtlijnen binnen het ziekenhuis en de summiere verslaglegging, is dit klachtonderdeel gegrond.

5.3 Over het tweede klachtonderdeel, dat verweerder niet heeft toegezien op een juiste hantering van de PCA-pomp, oordeelt het college als volgt.

De anesthesioloog is verantwoordelijk voor het gebruik van de PCA-pomp. In het algemeen geldt dat de behandelend arts zich van te voren ervan moet vergewissen of naast toediening van morfine door hulpverleners, een patiënt voldoende in staat is bij pijn ook zelf de pomp adequaat te hanteren.

Zoals aangegeven is in totaal is op de verkoeverkamer via de PCA-pomp 21 mg morfine toegediend en er is 14 mg morfine extra, intraveneus toegediend in een relatief korte tijd. I is op 17.20 uur op de afdeling aangekomen en is daar rond 18.00 uur weggegaan. In de vragenlijst van de verpleegkundige staat met betrekking tot I dat zij bij aankomst "onrustig en pijnlijk" oogt. In combinatie met de aanmerkelijke hoeveelheid morfine die is toegediend, had er een beter toezicht moeten zijn op de juiste hantering van de PCA-pomp. Dit klachtonderdeel is derhalve eveneens gegrond.

5.4 Het derde klachtonderdeel, dat verweerder de alarmoproep van de verpleegkundigen niet voldoende serieus heeft genomen, is niet gegrond.

Verweerder had vanaf 18.00 uur geen dienst. Op het moment van de onderhavige oproep had een collega van verweerder dienst.

Dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

5.5 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht op onderdelen 1 en 2 gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens I had behoren te betrachten.

Het college acht de aan verweerder verweten en gegrond bevonden klachtonderdelen heel ernstig van aard. De oplegging van na te melden maatregel is daarom passend en geboden.

## **6. De beslissing.**

Het Regionaal Tuchtcollege berispt verweerder.

Aldus gewezen op 1 december 2009 door:

mr. F.G. Bauduin, voorzitter,

dr. C. Keijzer, dr. T. Kuipers, D.E. de Jong, leden/arts

mr. R.M.S. van Berkestijn-Doppegieter, lid-jurist,

mr. S.S. van Gijn, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 26 januari 2010 door de voorzitter  
in aanwezigheid van de secretaris.  
w.g. mr. F.G. Bauduin, voorzitter  
w.g. mr. S.S. van Gijn, secretaris