

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2010.079

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2010.079 van:

principaal J., anesthesioloog, werkzaam te C., appellant in het
der in beroep, verweerder in het incidenteel beroep, verweer-
Amsterdam, eerste aanleg, gemachtigde: mr. J.C.C. Leemans te
tegen
beroep, D., wonende te C., verweerder in het principaal hoger
aanleg, appellant in het incidenteel beroep, klager in eerste
gemachtigde: mr. R.W. Smit te Amersfoort.

1. Verloop van de procedure

D. - hierna te noemen klager - heeft op 11 september 2008 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen anesthesioloog J. - hierna te noemen de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 26 januari 2010, onder nummer 08/254 heeft dat College de arts de maatregel van berisping opgelegd.

De arts is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. Klager heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend en heeft daarbij tevens incidenteel beroep ingesteld. De arts heeft vervolgens een verweerschrift in het incidenteel beroep ingediend.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 6 januari 2011, waar zijn verschenen E. en F. (zonen van de patiënte), bijgestaan door mr. R.W. Smit voornoemd alsmede de arts bijgestaan door mr. J.C.C. Leemans voornoemd. Klager heeft bij faxbericht van 29 december 2010 laten weten dat hij wegens gezondheidsproblemen niet bij de zitting aanwezig zal zijn.

De zaak is over en weer bepleit. Beide gemachtigden hebben dat gedaan aan de hand van een pleitnota die zij aan het Centraal Tuchtcollege hebben overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

2.1 De in eerste aanleg vastgestelde feiten.

"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 G. te C..

2.2 Op 20 september 2006 heeft de anesthesioloog A. de echtgenote van klager, mevrouw H. (verder te noemen H.), geboren op 15 mei 1937, gezien ter voorbereiding op een knieervangende operatie. Zij is daarbij vergezeld door haar zoon, F..

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

Tijdens het consult heeft A. via de computer kennisgenomen van de laboratoriumuitslagen. De uitslagen waren normaal. Het ECG vertoonde geen afwijkingen. H. 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 A. tijdens het consult kennisgenomen van de laatste brief van de internist. Uit deze brief kwam naar voren dat H. 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 H. onderzocht door de KNO-arts I.. Deze arts heeft H. vanwege het vermoeden op de diagnose obstructief slaap-apneu syndroom (conform de Slaapschaal van Slaap-werkgroep Morpheus) verwezen naar het slaapcentrum te L. voor nader onderzoek.

2.5 Op 14 november 2006 heeft de operatie plaatsgevonden. De operatie is geslaagd en na de operatie ligt H. 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 H. aangebrachte PCA-pomp (morphinepomp) in werking gesteld. De dienstdoende verpleegkundige heeft eenmaal laten zien op welke wijze deze morphinepomp werkt. Hierna heeft H. zelf 3 of 4 keer op de knop van de pomp gedrukt.

2.7 Ondanks de toegediende morphine, wordt de pijn bij H. 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 morphine toegediend. In totaal is via de PCA-pomp 21 mg morphine toegediend.

2.8 Diezelfde avond hebben de zonen van H. 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 H. gestopt en heeft zij een hartstilstand gekregen. De verpleegkundige start de hartmassage en krijgt daar enkele minuten later hulp bij van anderen. H. heeft weer hartslag gekregen en wordt naar de IC-afdeling vervoerd. Daar wordt geen hersenbloeding geconstateerd maar wel een longontsteking en sepsis.

2.9 H. is op 11 december 2006 overleden.

2.10 Na het overlijden van H. heeft de (interne) Calamiteitencommissie van het G. 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. “

2.2 De in eerste aanleg ingediende klacht en het daartegen gevoerde verweer houden het volgende in.

“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.”

2.3 Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn voormelde beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

“5. De overwegingen van het college.

5.1 Verweerder heeft tijdens de operatie en postoperatief op 14 november 2006 de anesthesiologische zorg aan H. 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 H. 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 H., 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. H. 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 H. 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 H. 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."

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 Tuchtcollege en hierboven onder 2.1 staan weergegeven.

4. Beoordeling van het hoger beroep

Procedure

4.1 In beroep heeft de arts een tweetal grieven aangevoerd. Hij concludeert tot gegrondverklaring van het beroep, vernietiging van de bestreden beslissing en ongegrondverklaring van de beide klachtonderdelen, althans tot oplegging van een minder zware maatregel dan de opgelegde berisping.

4.2 Klager heeft gemotiveerd verweer gevoerd in het principale beroep en tevens bij verweerschrift incidenteel beroep ingesteld. Hij is van mening dat het beroep van de arts moet worden afgewezen en de bestreden beslissing in stand moet blijven.

Daarnaast is hij van oordeel dat het klachtonderdeel dat de arts de alarmoproep van de verpleegkundigen niet voldoende serieus heeft genomen, gegrond verklaard wordt.

4.3 De arts heeft ten slotte gemotiveerd verweer gevoerd in het incidentele beroep.

Beoordeling in het principaal appel

4.4 Het eerste onderdeel van de grieven richt zich tegen het oordeel van het regionaal tuchtcollege dat in de verkoeverkamer te veel morfine is toegediend, gelet op de voorgeschiedenis en het snurken van patiënte. De arts ziet niet in hoe de voorgeschiedenis van patiënte het morfinebeleid kan hebben beïnvloed, nu hem omtrent een mogelijk slaapapneu niets bekend was.

4.5 Dit deel van de grief slaagt alleen met betrekking tot het onbekend zijn van het snurken bij patiënte. Uit de preoperatieve beoordeling die door een collega van de arts is verricht is niet op te maken dat er sprake van snurken of OSAS was. Het Centraal Tuchtcollege merkt hier wel bij op dat de inhoud van de preoperatieve beoordeling dermate summier was dat het in de rede had gelegen dat de arts zich, alvorens met de anesthesie aan te vangen, nader verdiept zou hebben in de ziektegeschiedenis en algemene conditie van de patiënte.

4.6 Het Regionaal Tuchtcollege heeft terecht in de beoordeling betrokken dat de leeftijd van patiënte een hoger risico met zich bracht. Dat is met name van belang omdat de bepaling van de nierfunctie door meting van het kreatininegehalte in het bloed bij patiënten van boven de zestig een vast onderdeel uitmaakt van de preoperatieve screening. Bij mensen met een verhoogde bloeddruk, zoals patiënte, diende dat eens te meer bepaald te worden. Deze meting heeft ook plaatsgehad, en de arts heeft ter zitting verklaard van de uitslag daarvan op de hoogte te zijn geweest.

Hij heeft die verhoging als niet belangrijk ingeschat, aangezien het kreatininegehalte slechts een grove maat is. Naar het oordeel van het college is dat niet terecht. Het kreatininegehalte gaat pas stijgen als de nierfunctie al matig gestoord is. De resterende nierfunctie bij patiënte moet worden geschat op 40%. Het gevolg daarvan is een substantiële verlenging van de halfwaardetijd van de toegediende morfine en haar werkzame metabolieten.

4.7 Het tweede onderdeel van de grieven komt erop neer dat de arts niet verantwoordelijk kan worden geacht voor het onjuiste gebruik van de PCA-pomp omdat hij erop mocht vertrouwen dat de medewerkers weten dat overeenkomstig het protocol dient te worden gehandeld. Deze grief slaagt in zoverre dat de arts erop mag vertrouwen dat medewerkers het protocol PCA-pomp goed uitvoeren. Dit neemt echter niet weg dat de arts wel verantwoordelijk is voor het voorschrijven van de PCA-pomp en zich er in het algemeen van behoort te vergewissen dat een patiënt voldoende in staat is bij pijn de pomp zelf te hanteren. Het staat in dit geval vast dat patiënte de Nederlandse taal niet machtig was. Om die reden, en gelet ook op de cultuurbarrière, was een verantwoorde bediening van de pomp niet mogelijk.

4.8 Een wezenlijk onderdeel van Patient Controlled Analgesia is het opladen van de patiënt met (in dit geval) morfine. Dat is hier niet gebeurd. Patiënte heeft bij het aanzetten van de PCA-pomp geen oplaaddosis gekregen. Minstens zo belangrijk is de constatering dat de arts dat niet heeft geconstateerd en op geen enkel moment aanleiding heeft gezien daarnaar onderzoek te doen. Zelfs achteraf lijkt hij geen poging te hebben gedaan de gang van zaken te reconstrueren. Met name die constatering weegt bij de beoordeling van de klacht zwaar. Uit de stukken blijkt dat op aanwijzen van de arts eerst ruim een uur na de operatie, toen de al gestarte PCA ontoereikend bleek, binnen een tijdsbestek van 70 minuten 8 maal 2 mg morfine buiten de pomp om is toegediend. Volgens het verkoeververslag was patiënte daarna slaperig. Vijftien minuten na de laatste gift is de bewaking op de verkoeverkamer gestaakt en heeft de arts opdracht gegeven patiënte naar de verpleegafdeling te laten gaan. Weer een half uur laten is patiënte daar aangekomen. Door deze patiënte op deze wijze "achteraf" op te laden en kort daarna naar de qua bewaking minder geoutilleerde verpleegafdeling te laten gaan, in combinatie met de eerder

genoemde verlengde halfwaardetijden, heeft de arts de PCA op onjuiste wijze uitgevoerd.

Beoordeling in het incidenteel appel.

4.9 H. heeft geklaagd dat het regionaal college ten onrechte heeft geoordeeld dat de arts op 14 november 2006 vanaf 18.00 uur geen dienst had. Deze klacht faalt, omdat ook in dit hoger beroep niet aannemelijk is geworden dat niet zijn collega M., maar hijzelf die avond dienst had.

De opgelegde maatregel (nadere beoordeling van het principaal appel)

4.10 De arts klaagt dat de zwaarte van de opgelegde maatregel ten onrechte is beïnvloed door het feit dat de perioperatieve verslaglegging aan de summiere kant is geweest. Ook die klacht gaat uit van een onjuiste lezing van de bestreden uitspraak. De klacht faalt in zoverre eveneens.

4.11 Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat onder de gegeven omstandigheden geen aanleiding bestaat tot oplegging van een minder vergaande maatregel dan het Regionaal Tuchtcollege al heeft opgelegd. Het beroep wordt verworpen.

Publicatie

4.12 Om redenen aan het algemeen belang ontleend, zal de publicatie van deze beslissing worden gelast.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

In het principaal beroep:

verwerpt het beroep;

In het incidenteel beroep:

verwerpt het beroep;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse

BIG

Staatscourant, en

voor Gezondheids-

en Medisch Contact met

zal worden aangeboden aan het Tijdschrift

recht, Gezondheidszorg Jurisprudentie

het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door: mr. A.H.A. Scholten, voorzitter,

mr. M. Zandbergen en prof. mr. J.K.M. Gevers, leden-juristen en dr. R.T. Ottow en

J.S. Pöll, leden-beroepsgenoten en mr. H.J. Lutgert, secretaris en uitgesproken ter

openbare zitting van 15 maart 2011, door mr. W.D.H. Asser, in tegenwoordigheid van

de secretaris.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.