

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2015-240b

### **Datum uitspraak: 15 november 2016**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

**A**,  
wonende te B,  
klaagster,  
gemachtigde: mr. drs. J. Wouters, werkzaam te Middelburg,  
tegen:  
**C**, anesthesioloog,  
voorheen werkzaam te D,  
verweerder,  
gemachtigde: mr. I.M.I. Apperloo (DAS N.V).

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

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit de volgende stukken;

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 9 oktober 2015;
- het verweerschrift;
- de repliek;
- de dupliek.

1.2 Partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om in het vooronderzoek hun standpunten nader toe te lichten.

De mondelinge behandeling door het college heeft plaatsgevonden ter openbare zitting van

20 september 2016. Partijen zijn verschenen met hun gemachtigden en hebben, mede naar

aanleiding van vragen van de leden van het college, hun standpunten mondeling toegelicht.

De gemachtigden hebben pleitnotities voorgedragen en aan het College overgelegd.

### **2. De feiten**

2.1 Verweerder is anesthesioloog en was in april 2014 als zodanig werkzaam in het E, locatie

D. Klaagster is aldaar bij ruim achtendertig weken zwangerschap van haar eerste kind op 2 april 2014 opgenomen voor inleiding van de bevalling in verband met zwangerschapsdiabetes. Klaagster werd met het oog op de bevalling begeleid door de in het ziekenhuis werkzame verloskundige. Zij is aan een CTG (cardiotocograaf) gelegd, waarmee de weeënactiviteit van klaagster en het hartritme van de ongeboren baby werden gemonitord.

Op 3 april 2014 omstreeks 19.10 uur is klaagster op haar verzoek in verband met pijn als gevolg van de weeën aangemeld voor pijnstilling via een epidurale katheter (ruggenprik of epidurale analgesie, hierna ook afgekort als EDA). Deze is vervolgens aangelegd door verweerder. In het partusverslag van de kraamafdeling staat vermeld dat klaagster die dag om 21.15 uur een pijnscore 3 (op een schaal van 0-10) aangaf.

2.2 In verband met een blijvend afwijkend hartritme van de baby (strak CTG met verminderde variabiliteit en deceleraties) en onvoldoende vorderende ontsluiting bij klaagster heeft de dienstdoende gynaecoloog F (hierna: de gynaecoloog) omstreeks 22.30 uur besloten dat een spoedkeizersnede geïndiceerd was. Zij heeft kort nadien telefonisch contact opgenomen met verweerder. Hij heeft de gynaecoloog meegedeeld dat hij nog vijftien minuten bezig zou zijn met de operatie van een andere patiënt, in verband waarmee ook niet direct een operatieteam beschikbaar was. In dit telefonische overleg hebben verweerder en de gynaecoloog besloten dat het niet zinvol was een tweede operatieteam op te roepen en dat voor de verdoving bij de keizersnede gebruik kon worden gemaakt van de EDA.

2.3 Omstreeks 22.50 uur is klaagster aangekomen op de operatiekamer, waarna de voorbereidingen voor de keizersnede, desinfectie en afdekken met steriele doeken, zijn gestart, terwijl ondertussen de EDA werd “opgetopt”, dat wil zeggen dat met het oog op de keizersnede een extra hoeveelheid lokaal anestheticum in een hogere concentratie werd toegediend via de EDA.

2.4 Voor aanvang van de operatie heeft de gynaecoloog vervolgens tweemaal de gevoeligheid van de huid van klaagster getest. Bij de eerste test had klaagster nog pijn. Er is toen besloten te wachten tot de EDA voldoende zou werken. Bij de tweede test, die enige minuten na de eerste heeft plaatsgevonden, bleek de huid ongevoelig en is de gynaecoloog met instemming van verweerder met de keizersnede begonnen. Bij het bereiken van het buikvlies bleek klaagster erg veel pijn te hebben en trok zij haar benen op, waardoor de gynaecoloog de baby niet uit de baarmoeder kon halen. De gynaecoloog heeft verweerder daarop gevraagd direct algehele anesthesie toe te passen. Verweerder heeft klaagster op dat moment met behulp van een mondkapje een mengsel van lachgas en zuurstof toegediend. Toen dit niet voldoende bleek, heeft verweerder alsnog algehele verdoving toegediend. Om 23.07 uur is het zoontje van klaagster en haar echtgenoot, G, geboren.

2.5 Klaagster heeft de keizersnede als traumatisch ervaren.

2.6 In de Algemene Kwaliteitsnormen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en

Gynaecologie, goedgekeurd op 25 november 2011, staat vermeld:

“... mag er maximaal 30 minuten verlopen tussen het besluit tot een spoed sectio caesarea c.q. de oproep daarvoor en de aanvang van de operatie.”

### **3. De klacht**

De klacht luidt – voor zover het college uit het klaagschrift kan afleiden –, waar het verweerder betreft en zakelijk weergegeven, als volgt.

Verweerder heeft:

- (i) zich in aanwezigheid van klaagster op voor haar onprettige wijze uitgelaten door:
  - in een telefoongesprek met een derde te zeggen dat hij niet voor ieder wissewasje wilde worden gebeld, waardoor klaagster het gevoel kreeg dat zij een “wissewasje” was;
  - met een verpleegkundige te praten over zijn aantrekkingskracht op vrouwen en daarmee samenhangende privé-aangelegenheden;

(ii) onzorgvuldig gehandeld tegenover klaagster door niet voor voldoende verdoving te zorgen tijdens de keizersnede en in dat verband onvoldoende met de gynaecoloog te communiceren.

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

Verweerder heeft erkend dat hij zich in aanwezigheid van klaagster ongelukkig en onprofessioneel heeft uitgelaten, waarvoor hij haar ook excuses heeft aangeboden.

Voorts heeft verweerder erkend dat er in verband met de tijdsdruk om het kind geboren te laten worden te kort is gewacht op het inwerken van de extra toegediende medicatie bij het “optoppen” van de EDA. Hij kan zich niet herinneren dat klaagster voor aanvang van de operatie om algehele anesthesie gevraagd heeft. Toen klaagster daar om vroeg bij het bereiken van het buikvlies door de gynaecoloog, is de algehele anesthesie zo snel mogelijk gegeven.

De gynaecoloog heeft volgens verweerder zonder overleg de eerste huidtest gedaan, die nog pijnlijk was. Bij de tweede huidtest bleek de huid ongevoelig en klaagster had volgens verweerder ook geen pijn bij het maken van de incisie. Toen bij het bereiken van het buikvlies bleek dat klaagster veel pijn had, heeft verweerder – omdat algehele anesthesie nadelige effecten kan hebben op het pas geboren kind – eerst nog het mengsel van lachgas en zuurstof aan klaagster toegediend. Daarbij kunnen enkele minuten verstrijken. Verweerder hoopte dat dit voldoende zou zijn, maar dat bleek niet het geval. Verweerder heeft toen alsnog algehele anesthesie gegeven. Dit geschiedt door middel van intraveneuze toediening en heeft na ongeveer veertig seconden effect. Het is mogelijk dat de baby toen al geboren was; dit kon verweerder niet zien door het operatiedoek, terwijl de verschillende handelingen aan het eind van de keizersnede elkaar ook erg snel hebben opgevolgd.

#### **5. De beoordeling**

5.1 Verweerder heeft de gewraakte uitlatingen erkend. Het college is van oordeel dat deze,

gedaan in aanwezigheid van een patiënt, in strijd met zijn met wat van een redelijk handelend zorgverlener mag worden verwacht. Klachtonderdeel (i) is gegrond.

5.2 Ook klachtonderdeel (ii) acht het college gegrond. Vast staat dat de verdoving tijdens de

operatie niet voldoende is geweest, waardoor klaagster gedurende een aantal minuten zeer veel pijn heeft geleden. Het feit dat klaagster bij het bereiken van het buikvlies zoveel pijn had, betekent dat het blok niet goed zat, hetzij doordat de EDA niet goed genoeg gepositioneerd was, hetzij dat er niet lang genoeg is gewacht op het effect van de optop-dosis. Naar het oordeel van het College had verweerder dit kunnen voorkomen door in ieder geval te controleren of de EDA goed functioneerde, dat wil zeggen of er een symmetrisch sensibel blok op adequate hoogte vastgesteld kon worden. Verweerder heeft niet gesteld en ook anderszins is niet gebleken dat hij dit heeft getest na het plaatsen van de EDA. Ook heeft verweerder niet gesteld en evenmin is gebleken dat hij kort voor aanvang van de keizersnede heeft getest of het blok hoog genoeg zat en symmetrisch was, nu de hoogte van het blok aanwijzingen geeft over de diepte van de verdoving. Het feit dat de huid ter plaatse van de te maken incisie ongevoelig is, betekent nog niet dat het dieperliggende weefsel op die plaats ook adequaat verdoofd is. Ook op een hogere plaats op de buik/borst dient de huid dan bij testen niet pijnlijk te zijn. Indien verweerder dit had getest en het blok zou (nog) niet hoog genoeg hebben gezeten, dan had verweerder met de gynaecoloog moeten overleggen of het verantwoord was

om nog langer te wachten, en – indien dat niet het geval zou zijn – of een andere anesthesietechniek aangewezen zou zijn.

Voorts is gebleken dat verweerder, toen de gynaecoloog en – naar verweerder erkent – ook klaagster daar bij het bereiken van het buikvlies om vroeg, niet direct algehele anesthesie aan klaagster heeft toegediend. Hij heeft ter zake aangevoerd dat algehele anesthesie schadelijke gevolgen kan hebben voor de pasgeboren baby. Dit is op zichzelf juist, maar neemt niet weg dat onder deze omstandigheden algehele anesthesie toch aangewezen is, aangezien deze sneller en met meer zekerheid tot een adequate anesthesie leidt dan de combinatie lachgas/zuurstof als aanvulling op een (nog) onvoldoende werkende EDA. In ieder geval lag het op de weg van verweerder over het al dan niet toedienen van algehele anesthesie met de gynaecoloog te overleggen indien hij het met haar verzoek niet eens was. Gesteld noch gebleken is dat dit overleg heeft plaatsgevonden.

Verweerder heeft aldus onvoldoende zorgvuldigheid betracht bij de beoordeling of de EDA voldoende zou zijn voor het verrichten van een sectio caesarea. Nu het de taak en de verantwoordelijkheid van verweerder als anesthesioloog bij de operatie was dat klaagster voldoende pijnstilling/verdooving toegediend kreeg, heeft hij gehandeld in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoorde te betrachten ten opzichte van klaagster. Ook klachtonderdeel (ii) is derhalve gegrond.

5.3 Met betrekking tot de vraag of een maatregel gepast is, en zo ja, welke maatregel, overweegt het college het volgende.

Vast staat dat de keizersnede voor klaagster door het gebrek aan voldoende verdooving een buitengewoon pijnlijke en heel nare gebeurtenis is geweest, terwijl juist de verdooving/pijnstilling bij de operatie de taak en verantwoordelijkheid van verweerder was.

Daarnaast heeft verweerder ongepaste opmerkingen gemaakt in de aanwezigheid van klaagster. Een maatregel is daarom op zijn plaats.

Het college herkent echter niet het “trieste en ontluisterende beeld” dat de gemachtigde van klaagster heeft geschetst. Hij heeft de operatie gekenschetst als een chaos, waarbij verweerder en de gynaecoloog elkaar door het operatiedoek niet zouden hebben kunnen zien. Dit alles wordt niet door de feiten geschraagd. In het bijzonder kan – anders dan de gemachtigde lijkt te suggereren – niet gezegd worden dat de algehele anesthesie, ongeveer op het moment dat het kind geboren werd, overbodig was; klaagster moest daarna nog worden gehecht. Wel is juist dat verweerder onvoldoende met de gynaecoloog heeft gecommuniceerd. Verder is gebleken dat verweerder na de operatie geen gesprek meer heeft gehad met klaagster en haar echtgenoot, terwijl het gepast zou zijn geweest om een dergelijk gesprek persoonlijk aan hen aan te bieden.

Het college houdt er in het voordeel van verweerder rekening mee dat hij de algehele anesthesie heeft uitgesteld uit zorg voor het pasgeboren kind. Daarnaast neemt het college in aanmerking dat verweerder ter terechtzitting er blijk van heeft gegeven dat hij inziet dat de opmerkingen die hij in het bijzijn van klaagster heeft gemaakt volstrekt ongepast waren en hij haar daarvoor zijn excuses heeft aangeboden. Ook heeft hij uitgelegd dat hij het gesprek met klaagster en haar echtgenoot niet is aangegaan omdat hij van collega's had begrepen dat dit niet op prijs werd gesteld.

Alle feiten en omstandigheden afwegend is het college van oordeel dat met de maatregel van waarschuwing kan worden volstaan.

## **6. De beslissing**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg beslist als volgt: verklaart de klacht voor wat betreft beide klachtonderdelen gegrond; legt op de maatregel van waarschuwing.

Deze beslissing is gegeven door mr. A.E.B. ter Heide, voorzitter, mr. N.B. Verkleij, lid-jurist, dr. I. Dawson, dr. J.W. de Leeuw en prof. dr. R.J. Stolker, leden-artsen, bijgestaan door

mr. E.C. Zandman, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 15 november 2016.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te

Den Haag, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.