

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2019-111a

**Datum uitspraak: 26 november 2019**

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

**A**,  
wonende te B,  
klaagster,

tegen:

**C**, anesthesioloog,  
destijds werkzaam te D,  
beklaagde,  
gemachtigde: mr. O.L. Nunes, werkzaam te Utrecht.

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

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 1 mei 2019;
- het verweerschrift met bijlagen;
- de brief met bijlagen van klaagster van 17 augustus 2019, ontvangen op 20 augustus 2019;
- de repliek met bijlagen;
- de dupliek met bijlagen;
- de brief met bijlagen van klaagster van 29 september 2019, ontvangen op 2 oktober 2019;
- de brief met bijlagen van klaagster van 2 oktober 2019, ontvangen op 7 oktober 2019.

1.2 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 15 oktober 2019. Klaagster en beklagde zijn verschenen, beklagde bijgestaan door zijn gemachtigde, en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Klaagster heeft een pleitnotitie overgelegd. Klaagster en de gemachtigde van beklagde hebben ter zitting nadere stukken ingediend.

1.3 De klacht is behandeld tezamen met vier andere, met de klacht samenhangende zaken zoals bedoeld in artikel 57, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Die zaken zijn bekend onder dossiernummers 2019-111 b t/m e.

## 2. De feiten

2.1 Beklaagde is van 2004 tot 1 augustus 2010 als anesthesioloog verbonden geweest aan het E, (hierna: E) in D

2.2 Klaagster, geboren in 1956, is in 2008 wegens - onder meer - klachten aan de rechterknie verwezen naar het E Op 14 april 2009 heeft de orthopedisch chirurg en hoofdbehandelaar van klaagster in het E de indicatie gesteld voor een operatie aan het rechteronderbeen (een de stand veranderende osteotomie van de tibiakop). Het betrof een zogenoemde electieve ingreep, dat wil zeggen een operatie die niet acuut of strikt noodzakelijk is, maar waarvoor de patiënt in overleg met de behandelaar heeft gekozen. De operatiedatum werd vastgesteld op 20 juli 2009.

2.3 Met het oog op deze operatie is op 26 mei 2009 een preoperatieve screening bij klaagster verricht. In dat verband is preoperatief bloedonderzoek verricht. De uitslagen van dit onderzoek waren: hemoglobine 9.6, hematocriet 0.44, leucocyten 9.3 en trombocyten 529.

2.4 Klaagster heeft eind 2008 een hartinfarct doorgemaakt, waarvoor een PCI met stentplaatsing had plaatsgevonden. Om trombose in de stent te voorkomen gebruikte klaagster de antistollingsmedicatie Ascal en Plavix. Dit is een contra-indicatie voor een electieve operatie. De geplande operatie is daarom uitgesteld naar 18 januari 2010.

2.5 Op 19 november 2009 is met het oog daarop een preoperatieve screening bij klaagster verricht. Daarbij heeft opnieuw preoperatief bloedonderzoek plaatsgevonden. De uitslagen van dit onderzoek waren: hemoglobine 10.1, hematocriet 0.50, leucocyten 11.3 en trombocyten 737.

2.6 Op 10 december 2009 is klaagster gezien door een internist in het E in verband met haar bloedwaarden. Er is opnieuw een bloedonderzoek gedaan. De uitslagen van dit onderzoek waren: hemoglobine 10.2, hematocriet 0.49, leucocyten 12.6 en trombocyten 704. Ook is bij dit onderzoek een JAK2-mutatie geconstateerd.

2.7 Vervolgens is klaagster doorverwezen naar een internist-hematoloog in het E (beklaagde in zaak 2019-111e). Klaagster is op 8 januari 2010 door de hematoloog gezien.

2.8 De hematoloog heeft op 8 januari 2010 een zogeheten 'expresbrief' geschreven, hetgeen betekent dat de brief direct door andere behandelaren in het ziekenhuis kon worden geraadpleegd. Zij heeft in die expresbrief het volgende opgenomen:

***“Voorlopige diagnose:***

*Polycythemia vera*

***Medicatie verandering:***

*Reeds ascal*

***Beleid:***

*Patiënte had zelf al diagnose gesteld, deze is nu bevestigd omdat jak-2 mutatie positief is. Beenmergpunctie zal nog plaatsvinden. Er wordt gestart met flebotomien, tzt ook met cytoreductie. Stoppen met roken!*

### **Overige/nadere toelichting**

*Cave verhoogd trombose risico.*"

2.9 Naar aanleiding van deze expresbrief is door een collega-anesthesioloog van beklaagde (beklaagde in zaak 2019-111c) in het medisch dossier van klaagster genoteerd: "08-01: brief [..]: polycythemia vera. Ascal continueren" en akkoord gegeven voor de operatie.

2.10 Op 18 januari 2010 is door de orthopedisch chirurg/hoofdbehandelaar de operatie uitgevoerd. Beklaagde was gedurende deze operatie betrokken als anesthesioloog.

2.11 Postoperatief is beklaagde op 18 januari 2010 eenmalig telefonisch benaderd door een verpleegkundige in verband met (hevige) pijnklachten van klaagster. Nadien is beklaagde niet meer betrokken geweest bij de behandeling van klaagster.

2.12 Klaagster bleef na de operatie klachten houden en heeft op 12 februari 2011, 14 november 2011 en in januari 2013 nogmaals operaties aan haar rechter onderbeen ondergaan.

### **3. De klacht**

Klaagster verwijt beklaagde, naar het College begrijpt, dat hij haar geen goede zorg heeft verleend en haar niet goed heeft voorgelicht, omdat hij:

- a. niet heeft nagevraagd of het verantwoord was om klaagster met de bij haar gestelde (voorlopige) diagnose polycythemia vera (hierna: PV) te opereren, voordat het groene licht werd gegeven om te opereren;
- b. niet aan de hoofdbehandelaar heeft gemeld dat er sprake was van PV en dat hij ook geen melding heeft gedaan van de hoge preoperatieve labuitslagen;
- c. de time-outprocedure niet volledig heeft uitgevoerd;
- d. onzorgvuldig is geweest met het noteren in het medisch dossier, omdat daarin niet is vermeld of er overleg is geweest;
- e. toen er postoperatief telefonisch contact met hem werd opgenomen door de verpleging over pijnklachten, niet geadviseerd heeft om de hoofdbehandelaar in te schakelen.

### **4. Het standpunt van beklaagde**

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

### **5. De beoordeling**

5.1 Het College stelt voorop dat duidelijk is dat klaagster veel te verduren heeft gehad. Zij heeft jarenlang vele medische klachten en beperkingen ondervonden, en heeft meerdere behandelingen (moeten) ondergaan.

5.2 Het College moet in deze zaak een tuchtrechtelijke beoordeling geven van het beroepsmatig handelen van beklaagde. Daarbij gaat het er niet om of zijn handelen beter had gekund, maar of hij binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroeps-

uitoefening is gebleven. Daarbij moet het College rekening houden met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klaagster klachtwaardig gevonden handelen en met wat op dat moment in de beroepsgroep van beklagde als norm was aanvaard.

5.3 Het College is van oordeel dat beklagde niet kan worden verweten dat hij heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij klaagster behoorde te geven en zal de klacht in al haar onderdelen ongegrond verklaren. Het College zal dit oordeel hierna toelichten.

#### *Klachtonderdelen a, b en c*

5.4 Klaagster heeft tegen vele artsen die op een of andere manier bij haar behandeling betrokken zijn geweest of in haar medische dossier worden genoemd klachten ingediend. Het College constateert dat klaagster er stellig van overtuigd is dat de operatie op 18 januari 2010 niet had moeten doorgaan vanwege de aandoening PV waar zij aan lijdt. Zij vindt dat dit door de betrokken artsen geconstateerd had moeten worden en dat hier tussen de artsen onderling overleg over had moeten plaatsvinden, en ook dat klaagster hierover (meer) geïnformeerd had moeten worden. Het feit dat de operatie wel is uitgevoerd, betekent naar de mening van klaagster dat het verschrikkelijk is misgegaan, omdat zij is blootgesteld aan enorme (onnodige) risico's en zelfs in levensgevaar is geweest.

5.5 Het College overweegt als volgt. Een anesthesioloog dient er voor te zorgen dat de anesthesie bij een ingreep optimaal en zo veilig mogelijk voor de patiënt verloopt. Hierbij hoort een preoperatieve screening waarin de gezondheidstoestand van de patiënt wordt onderzocht en een risico-inschatting wordt gemaakt ten aanzien van de voorgenomen ingreep. Het voorkomen van trombose en van bloedingen is daarbij een belangrijk aspect.

In januari 2010 is op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde – onder begeleiding van het toenmalige Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO – een richtlijn opgesteld (hierna: de CBO-richtlijn), getiteld Het Preoperatieve Traject. In deze CBO-richtlijn zijn vier 'stopmomenten' opgenomen waarop onder andere gecontroleerd moet worden of een patiënt het traject verder kan vervolgen ('groen of rood licht'). De genoemde preoperatieve screening is stopmoment 1. Stopmoment 2 is de planning en stopmoment 3 is een controle van de actuele situatie na opname van de patiënt. Dan wordt onder andere gecontroleerd of alle afspraken ten aanzien van de voorbereiding, peroperatieve zorg en nazorg zijn uitgevoerd en of de conditie van de patiënt belangrijk is gewijzigd. Stopmoment 4 is een overleg ("time-out-procedure" genoemd) tussen de operateur, anesthesioloog en OK-personeel in aanwezigheid van de patiënt vlak voor de operatie.

5.6 Beklaagde was wat het preoperatieve traject betreft in het geval van klaagster alleen betrokken bij stopmoment 4, de time-out-procedure tussen de operateur, anesthesioloog en OK-personeel in aanwezigheid van de patiënt, vlak voor de operatie. In het operatieverslag staat vermeld dat deze time-out-procedure is uitgevoerd voorafgaand aan de operatie op 18 januari 2010. Op dit moment in het proces wordt er alleen nog 'rood licht' gegeven als er tussen stopmoment 3 en stopmoment 4 iets wezenlijks is veranderd in de toestand van de patiënt. Dat was bij klaagster niet het geval. Klaagster had na haar bezoek aan de internist-hematoloog, waar de te nemen voorzorgsmaatregelen waren besproken en ook waren of nog zouden worden uitgevoerd, groen licht gekregen van de beoordelende anesthesioloog. De betreffende anesthesioloog heeft in de wetenschap dat bij klaagster sprake was van PV en dat zij met Ascal werd behan-

deld, het uitvoeren van de operatie verantwoord geacht en dat was wat hij behoorde te beoordelen. Beklaagde had geen aanleiding om aan die beoordeling te twijfelen. Het grootste risico van PV bij een operatie bestaat in het ontstaan van trombose en dit risico was door het gebruik van Ascal voldoende weggenomen. De diagnose PV vormde in combinatie met de Ascal dus geen contra-indicatie voor de betreffende operatie, mede gelet op de relatief gering verhoogde bloedwaarden van klaagster en de genomen c.q. te nemen voorzorgmaatregelen (continueren van Ascal, flebotomieën en postoperatief tromboseprofylaxe in de vorm van fraxiparinespuitjes). Er waren verder geen aanwijzingen voor een nadien opgetreden belangrijke verandering. Bovendien zou de operatie onder bloedleegte plaatsvinden. De genoemde vermelding van de PV in het dossier behoefde beklagde – gelet op de toevoeging dat de Ascal werd gecontinueerd – er dan ook niet toe te brengen hiervan expliciet mededeling te doen aan de operateur, noch om alsnog te beslissen dat de operatie niet kon worden uitgevoerd, hier nader overleg over te voeren of informatie op te vragen. Hoewel PV een zeldzame ziekte is, is zij ook weer niet zo zeldzaam dat anesthesiologen daarmee niet bekend zijn.

5.7 Het door klaagster aangehaalde artikel uit 1991 en het door haar aangehaalde artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Hematologie uit 2007 maken dit oordeel van het College niet anders. Klaagster is van mening, gelet op informatie op de website van het F – zo begrijpt het College –, dat bij een hematocriet van meer dan 0.45 er in elk geval vier maanden gewacht zou moeten worden met een operatie, om in die maanden de hematocriet onder controle te krijgen (dat wil zeggen op 0.42 of lager). Van een dergelijk algemeen aanvaard (landelijk) beleid is geen sprake. Er waren ten tijde van de operatie van klaagster geen richtlijnen hierover. Het was dus aan de anesthesiologen om, afhankelijk van de omstandigheden van het geval, het te voeren beleid te bepalen, zoals dat overigens ook het geval is als er wel sprake is van richtlijnen, waarvan dan echter in beginsel alleen gemotiveerd kan worden afgeweken. Zoals hiervoor overwogen is het College van oordeel dat in het geval van klaagster het uitvoeren van de operatie niet medisch onzorgvuldig was. Daarbij merkt het College nog op dat de hematocrietwaarde van klaagster na de flebotomie en ten tijde van de operatie was verlaagd naar 0.42, een acceptabele hoogte. Klaagster heeft betoogd dat die waarde bij aanvang van de operatie nog niet bekend kon zijn geweest. Ook als dat juist zou zijn, dan geldt dat de beoordelend anesthesioloog de voorgaande waarde van 0.49 aanvaardbaar kon achten, te meer nu nog aderlating zou plaatsvinden.

5.8 Dat de time-outprocedure niet volledig zou zijn uitgevoerd – zoals klaagster stelt – is dus niet gebleken. Voor zover zij hiermee bedoelt dat beklagde bij een volledige time-outprocedure de orthopedisch chirurg had moeten informeren over de PV en/of de operatie had moeten annuleren, is het College daar hiervóór al op ingegaan.

5.9 Het vorenstaande leidt ertoe dat de klachtonderdelen a, b en c ongegrond zullen worden verklaard.

#### *Klachtonderdeel d*

5.10 Klaagster vindt dat beklagde onzorgvuldig is geweest met het noteren in het medisch dossier, omdat daarin niet is vermeld of er overleg is geweest. Zoals het College hierboven heeft overwogen is het van oordeel dat op het moment van de time-outprocedure er geen redenen waren om alsnog te beslissen dat de operatie niet kon worden uitgevoerd, of hier nader overleg over te voeren. Beklaagde was bovendien alleen betrokken bij het peroperatieve deel van de operatie op 18 januari 2010. Het operatieverslag met daarin de vermelding dat de time-outprocedure is uitgevoerd is

opgenomen in het medisch dossier. Het College ziet geen aanleiding om beklaagde ter zake van het bijhouden van het dossier enig verwijt te maken.

5.11 Ook klachtonderdeel d zal daarom ongegrond worden verklaard.

#### *Klachtonderdeel e*

5.12 In het medisch dossier staat vermeld dat er op 18 januari 2010 met beklaagde telefonisch overleg is geweest over de door klaagster op dat moment aangegeven pijnscore van meer dan 10 (de hoogste waarde). Klaagster is van mening dat beklaagde hierover contact had moeten opnemen met de hoofdbehandelaar, omdat er gelet op de hevigheid van de pijn nader onderzoek had moeten plaatsvinden.

5.13 Zoals uit de notitie in het medisch dossier blijkt, heeft beklaagde in het telefonisch overleg besloten om een extra dosering sterke pijnbestrijding (“*dipi 20 mg*”) te laten toedienen. Daarna is beklaagde niet meer over klaagster geconsulteerd. Het College is van oordeel dat beklaagde daarmee niet onzorgvuldig heeft gehandeld. Orthopedische ingrepen zoals de operatie die klaagster heeft ondergaan op 18 januari 2010 zijn zeer pijnlijke ingrepen. Een pijnscore van meer dan 10 hoefde dan ook niet direct te leiden tot nader onderzoek. Beklaagde kon en mocht op dat moment volstaan met een extra dosering pijnbestrijding. Nu beklaagde daarna niet meer is geconsulteerd, kan hem niet het verwijt worden gemaakt dat zijn handelwijze niet zorgvuldig was.

5.14 Klachtonderdeel e zal dan ook ongegrond worden verklaard.

#### *Conclusie*

5.15 De conclusie is dat beklaagde niet kan worden verweten dat hij heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ten opzichte van klaagster behoorde te betrachten. De klacht zal in al haar onderdelen ongegrond worden verklaard.

## **6. De beslissing**

Het College:

- verklaart de klacht in al haar onderdelen ongegrond.

Deze beslissing is gegeven door N.B. Verkleij, voorzitter, P.M. van Dijk-de Keuning, lid-jurist, C. Keijzer, J.W. de Fijter en A.M.J.S. Vervest, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door R. van der Vaart, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 26 november 2019.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

- Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als
  - het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard of
  - als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

- Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

- Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.