

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2024/7250

A2024/7250

Beslissing van 14 januari 2025

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing van 14 januari 2025 op de klacht van:

**A**,  
wonende in B, C,  
klager,  
gemachtigde: mr. A. van Dorp, werkzaam in Utrecht,

tegen

**D**,  
anesthesioloog,  
werkzaam in E,  
verweerster, hierna ook: de anesthesioloog,  
gemachtigde: mr. J.M. de Vries, werkzaam in Utrecht.

**1. De zaak in het kort**

1.1 Klager is in een kliniek geopereerd aan zijn schouder. De anesthesioloog verzorgde de inleiding van de algehele anesthesie. Zij vertrok na de inleiding uit de operatiekamer. Ongeveer twee uur later, ruim een uur na de operatie, bezocht zij klager weer. Klager was op dat moment nog niet wakker uit de algehele anesthesie en was niet goed wekbaar. Toen klager wakker werd, had hij afasie en een rechter

hemiparese. Na nog eens 40 minuten werd er een ambulance opgeroepen. Klager is vervoerd naar het F en aldaar behandeld met hyperbare zuurstof. De therapie had resultaat en klager ervaart thans relatief weinig restverschijnselen.

1.2 Klager vindt dat de anesthesioloog eerder bij hem betrokken had moeten zijn na zijn operatie. Daarnaast vindt hij de verslaglegging in het dossier gebrekkig. Ook verwijt klager de anesthesioloog dat zij niet snel genoeg heeft gehandeld toen bleek dat er sprake was van ernstige neurologische problematiek, waardoor er vertraging is ontstaan in een acute situatie.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat de klacht gedeeltelijk gegrond is. Hierna vermeldt het college eerst hoe de procedure is verlopen. Daarna licht het college de beslissing toe.

## **2. De procedure**

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 31 mei 2024;
- het verweerschrift met de bijlagen.

2.2 De partijen hebben de gelegenheid gekregen om onder leiding van een secretaris van het college met elkaar in gesprek te gaan (mondeling vooronderzoek). Daarvan hebben zij geen gebruik gemaakt.

2.3 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 3 december 2024. De zaak is gezamenlijk behandeld met de klacht tegen een verpleegkundige, A2024/7450. De partijen zijn verschenen, waarbij klager digitaal aanwezig was. Zij werden bijgestaan door hun gemachtigden. De partijen en hun gemachtigden hebben hun standpunten mondeling toegelicht. De gemachtigde van klager heeft pleitnotities voorgelezen en aan het college en de andere partij overhandigd.

## **3. Wat is er gebeurd?**

3.1 Klager is op 31 januari 2022 geopereerd aan zijn schouder (arthoscopie en bicipstenodese) bij G, hierna te noemen de kliniek.

3.2 De anesthesioloog was die dag de verantwoordelijke anesthesioloog in de kliniek. Zij werkte daar sinds begin 2020 een keer per week. Deze dag was zij de enige anesthesioloog binnen de kliniek. De kliniek heeft twee operatiekamers, waarvan er die dag één in gebruik was. De holding en de verkoever bevinden zich beide in dezelfde ruimte. Patiënten kunnen van elkaar worden afgeschermd.

3.3 Om 07.30 uur is de stopprocedure 3B ingevuld. Klager is rond 07.57 uur naar de operatiekamer (OK) gebracht waar stopmoment 4 is uitgevoerd. Om 08.05 uur werd de algehele anesthesie door de anesthesioloog gestart met lidocaïne, propofol en remifentanil gevolgd door het inbrengen van een beademingsmasker (Larynxmasker). In het later door de calamiteitencommissie opgestelde rapport wordt aangegeven dat direct na de inleiding de bloeddruk van klager daalde tot een waarde van 65/38 mmHg. Hierop heeft de anesthesioloog 10 mg efedrine toegediend. De bloeddruk werd toen 102/51 mmHg. Op de OK-tafel werd klager in de strandstoel-positie gepositioneerd. Rond 08.12 uur is de anesthesioloog van de OK vertrokken.

3.4 Uit het rapport van de calamiteitencommissie is gebleken dat om 08.15 uur weer een bloeddrukdaling optreedt (tot een waarde van 77/44 mmHg). De anesthesioloog is hierover niet op dat moment geïnformeerd, wel is er actie ondernomen door de aldaar aanwezige anesthesiemedewerker door een pompje met fenylefrine te starten en doseringen propofol en remifentanil te verlagen. De operatie is om 08.19 uur gestart. De bloeddruk van klager bleef laag (laagst gemeten waarde van 53/36 mmHg). Na het meer horizontaal positioneren van de OK-tafel om 08.29 uur stijgt de bloeddruk om 08.32 uur naar 135/89 mmHg. Voor de rest van de operatie variëren de bloeddrukwaarden tussen de 98/46 en 79/36 mmHg.

3.5 De operatie was om 09.09 uur klaar. De anesthesiemedewerker op de OK heeft een verkeerd (intern) telefoonnummer van de anesthesioloog gebeld waardoor hij haar niet te pakken kreeg. De uitleiding is daarom gestart zonder de fysieke aanwezigheid van de anesthesioloog op de operatiekamer. Om 09.20 uur is klager door de anesthesiemedewerker en een verpleegkundige naar de verkoever gebracht.

3.6 Om 09.24 uur probeerde de verkoeververpleegkundige klager te wekken. Dit lukte niet.

3.7 Tussen 09.20 uur en 09.30 uur heeft de anesthesioloog de anesthesiemedewerker gesproken, hierbij vertelde hij haar dat hij haar telefonisch niet te pakken kreeg en de uitleiding (het ongedaan maken van de algehele anesthesie) daarom zelf heeft gedaan, samen met een andere anesthesiemedewerker. Om 09.30 uur vindt de inleiding van de volgende patiënt plaats. Hier was de anesthesioloog bij aanwezig.

3.8 Om 09.45 uur is de anesthesioloog naar de verkoever gegaan om klager te beoordelen. Zij hoorde van de verkoeververpleegkundige dat klager nog sliep. Op dat moment nam de anesthesioloog waar dat het prikken van een infuus bij een andere patiënt moeizaam verliep en zij nam dit over. Dit duurde tot ongeveer 10.00 uur.

3.9 Hierna, rond 10.00 uur, heeft de anesthesioloog in de koffiekamer overleg gehad met de anesthesiemedewerker over een andere casus. Dit duurde tot ongeveer 10.15 uur. Tijdens dit overleg heeft de anesthesiemedewerker de anesthesioloog ingelicht over de tweede opgetreden bloeddruk daling bij klager bij aanvang van de operatie.

3.10 Om 10.15 uur is de anesthesioloog teruggekeerd naar klager. Klager was op dat moment nog steeds niet ontwaakt. De verkoeververpleegkundige liet weten dat klager nog helemaal niet wakker was geweest. De anesthesioloog probeerde klager wakker te schudden. Klager opende zijn ogen, maar had een voorkeursstand van hoofd en ogen naar links. De anesthesioloog heeft hierop een oriënterend neurologisch onderzoek uitgevoerd: de pupillen waren symmetrisch en reageerden goed op licht, door klager werden geen opdrachten uitgevoerd. De voetzoolreflex was negatief en de rechterarm en het rechterbeen hadden geen motoriek en sensibiliteit. Wel kon klager zijn linkerarm bewegen.

3.11 De anesthesioloog nam contact op met twee anesthesiologen om te overleggen. De eerste anesthesioloog werd niet bereikt. Uit het overleg dat ze met de tweede collega-anesthesioloog heeft gevoerd concludeerde de anesthesioloog dat klager met spoed moest worden overgeplaatst. De anesthesioloog nam daarop contact op met een neuroloog uit het H te I, het achterwachtziekenhuis van de kliniek, die aangaf dat klager met spoed moest worden ingestuurd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis (in dit geval het F). Na nog een telefoongesprek met de dienstdoende neuroloog van het F bleek dat klager daar terecht kon.

3.12 De anesthesioloog vroeg hierop de teamleider anesthesie met spoed een ambulance te bellen. Dit gebeurde om 10.55 uur. De ambulance arriveerde om 11.03 uur en vertrok met klager om 11.18 uur. Om 11.26 uur is klager bij de spoedeisende hulp van het F gearriveerd.

3.13 In het F werd de diagnose luchtembolie in de venae jugulares gesteld. Klager is opgenomen op de intensive care en is behandeld met hyperbare zuurstof.

3.14 Het incident is door de directie van de kliniek onderzocht. In een brief van 24 april 2022 aan de IGJ concludeerde de kliniek dat uit het onderzoek is gebleken dat er sprake is van een complicatie en geen calamiteit.

3.15 Klager was het niet eens met de conclusie van het rapport. De kliniek schakelde een onafhankelijke partij in om het onderzoek opnieuw te doen. In het tweede onderzoek (van augustus 2022) werd wel vastgesteld dat sprake was van een calamiteit.

3.16 Klager heeft ook zelf, via zijn rechtsbijstandsverzekeraar, een onderzoek door een anesthesioloog/arts medisch adviseur laten uitvoeren. De conclusie van dit onderzoek was dat er op meerdere punten laakbaar is gehandeld.

#### **4. De klacht en de reactie van de anesthesioloog**

4.1 Klager verwijt de anesthesioloog dat:

- a) zij niet heeft gehandeld volgens de professionele standaard door niet direct betrokken te zijn bij klager gedurende een periode van 120 minuten, startend direct na een problematische inleiding tot en met 65 minuten postoperatief;
- b) er sprake is van gebrekkige en/of foutieve dossiervoering;
- c) zij niet efficiënt heeft gehandeld nadat zij opmerkte dat er bij klager sprake was van een sterk afwijkend neurologisch beeld met duidelijke tekenen van een hemiparese, met als gevolg onnodig veel vertraging in een acute situatie.

4.2 De anesthesioloog heeft het college verzocht de klachtonderdelen a en b ongegrond te verklaren. Zij is van mening dat klachtonderdeel c gegrond is en verzoekt het college daarbij geen maatregel op te leggen.

4.3 Het college gaat hierna verder in op de standpunten van partijen.

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

5.1 Het is duidelijk dat het gebeurde veel indruk heeft gemaakt op klager en ook (nog steeds) vervelende gevolgen voor hem heeft. Ook de anesthesioloog is erdoor aangegrepen.

*Welke criteria gelden bij de beoordeling?*

5.2 De vraag is of anesthesioloog de zorg heeft verleend die van haar verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende anesthesioloog. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Dat een zorgverlener beter anders had kunnen handelen is niet altijd genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt.

*Klachtonderdeel a) niet handelen volgens de professionele standaard*

5.3 Klager stelt dat de anesthesioloog hem te lang niet heeft gezien of bezocht. De anesthesioloog heeft hem na de inleiding op de OK niet meer gezien tot het moment op de verkoeverkamer om 10.15 uur. Hier zitten 120 minuten tussen. Volgens klager is dit niet in lijn met de professionele standaard en had de anesthesioloog klager met kortere intervallen gezien moeten hebben. Daarnaast is pas na 66 minuten na het einde van de operatie opgemerkt dat klager niet wakker was geworden of wakker was. Dit had volgens klager veel eerder moeten zijn opgemerkt, ook door de anesthesioloog.

5.4 De anesthesioloog heeft in haar verweerschrift en tijdens de zitting de gang van zaken toegelicht. De anesthesioloog is na de inleiding en na de eerste hypotensie van klager uit de OK vertrokken. Klager kreeg binnen enkele minuten weer een acceptabele bloeddruk. Klager is toen behandeld door de anesthesiemedewerker die op de OK aanwezig was. De anesthesioloog is op dat moment niet op de hoogte gesteld van de tweede bloeddrukdaling. Bij de uitleiding van klager heeft de anesthesiemedewerker getracht de anesthesioloog te bellen, maar bleek achteraf het verkeerde telefoonnummer te hebben gebruikt. De anesthesioloog sprak de anesthesiemedewerker tussen de OK van klager en de volgende OK (tussen 09.20 en 09.30 uur). Zij werd op dat moment op de hoogte gesteld over de uitleiding en het feit dat klager op dat moment nog aan het slapen was. Dit gaf de anesthesioloog geen reden om klager op dat moment te bezoeken.

5.5 Na de tweede OK, rond 09.45 uur, is de anesthesioloog naar de verkoever gegaan. Zij hoorde op dat moment dat klager nog sliep. Tegelijkertijd hielp zij een verpleegkundige met het plaatsen van een lastig infuus en een plexusverdoving. Hierna heeft zij van 10.00 uur tot 10.15 uur een overleg gehad met de anesthesiemedewerker in de koffiekamer. Na dit gesprek is zij bij klager gaan kijken op de verkoever. Dit was om 10.15 uur, 120 minuten na haar vertrek van de OK en 66 minuten na het einde van de operatie/de uitleiding. In deze periode van 09.45 uur tot 10.15 uur is de anesthesioloog door de verkoeververpleegkundige meegedeeld dat klager nog sliep, dat de controles stabiel waren en dat zij zich daardoor geen zorgen maakte. De anesthesioloog is concluderend van mening dat zij heeft mogen varen op de mededelingen en signalen van zowel de verkoeververpleegkundige als de anesthesiemedewerker(s). Er was voor haar geen aanleiding om klager zelf te bezoeken, omdat er geen niet pluis-gevoel was.

5.6 Het college moet nu beoordelen of de anesthesioloog in strijd met de professionele standaard heeft gehandeld door (pas) na 120 minuten na vertrek van de OK/66 minuten na het einde van de operatie/uitleiding klager te bezoeken op de verkoever. Het staat vast dat er geen richtlijnen of professionele standaarden bestaan waaruit blijkt dat een anesthesioloog binnen een bepaalde termijn de patiënt na de OK weer dient op te zoeken, dus daar kan het college niet aan toetsen. Wel staat vast dat binnen de opleiding tot anesthesioloog inderdaad als uitgangspunt wordt geformuleerd dat de anesthesioloog de patiënt na de ingreep bezoekt, maar daar gelden geen termijnen voor. Het college staat nu voor de vraag of de anesthesioloog in dit specifieke geval klager eerder had moeten bezoeken.

5.7 Het college neemt hierbij het volgende in overweging. De zorg tijdens de directe postoperatieve periode maakt integraal deel uit van de algehele anesthesiologische zorg. De anesthesioloog draagt de volledige verantwoordelijkheid gedurende deze fase. De anesthesioloog mag tijdens het verblijf van een patiënt op de verkoever echter vertrouwen op de waarneming en beoordeling van de verkoeververpleegkundige. De anesthesioloog is tussen de twee OK's en nog een keer na de tweede OK gerustgesteld door respectievelijk de anesthesiemedewerker en de verkoeververpleegkundige, in die zin dat klager op die momenten nog onder anesthesie was en dat de controles stabiel waren. Ook kreeg de anesthesioloog tussentijds geen alarmerende berichten van de verkoeververpleegkundige. Het college kan daarom volgen dat er voor de anesthesioloog geen reden voor een niet pluis-gevoel was.

5.8 Daarnaast speelt een rol dat de anesthesioloog niet bij de uitleiding betrokken was. De anesthesiemedewerker kon haar telefonisch niet bereiken doordat hij een verkeerd nummer belde. Het circuleren van verkeerde telefoonnummers was een bekend probleem binnen de kliniek, een probleem dat al meerdere keren (ook door de anesthesioloog) bij het management aan de orde was gesteld. Het niet bereikbaar zijn valt de anesthesioloog daarom niet te verwijten. Toen de anesthesioloog naar haar volgende OK liep, kwam zij de anesthesiemedewerker tegen en begreep zij dat de uitleiding probleemloos zonder haar was afgerond.

5.9 Dit alles afwegende komt het college tot de conclusie dat de anesthesioloog niet in strijd met de professionele standaard heeft gehandeld. Er zijn geen vaste richtlijnen waaraan de anesthesioloog zich moest houden. Dat neemt niet weg dat het op het eerste gezicht in de rede had gelegen dat de anesthesioloog klager eerder was gaan zien, temeer omdat de afstanden binnen de kliniek kort zijn en de anesthesioloog niet bij de uitleiding aanwezig was. Daar tegenover staat echter dat de anesthesioloog mocht vertrouwen op signalen en mededelingen van de verkoeververpleegkundige. De mededelingen die zij kreeg waren positief, waardoor er bij de anesthesioloog geen alarmbellen gingen rinkelen. Het college komt hiermee tot het oordeel dat er geen sprake is tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

*Klachtonderdeel b) gebrekkige dossiervoering*

5.10 Dit klachtonderdeel stelt aan de orde dat er volgens klager geen vitale waarden zijn genoteerd tijdens het verblijf op de verkoeverkamer tussen 10.05 en 10.38 uur. Verder heeft de anesthesioloog foutief genoteerd dat klager om 10.55 uur naar het ziekenhuis zou zijn vervoerd, dit moet 11.18 uur zijn.

5.11 De anesthesioloog beaamt dat de registraties niet herleidbaar hebben plaatsgevonden. De metingen, die werden bijgehouden op een draagbaar kastje, zijn wel handmatig geregistreerd maar nadien niet opgeslagen of uitgeprint. Destijds werden alleen de laatste waarden uitgeprint, en daarmee geregistreerd, ten behoeve van de dossiervoering. Deze wijze van verslaglegging in het EPD is veelvuldig aan de orde gebracht bij het management van de kliniek. Vandaag de dag is de manier van werken aangepast en wordt een volledig elektronische registratie gemaakt, die ook in het EPD wordt gedocumenteerd. Het college oordeelt dat de wijze van registratie die ten tijde van de operatie van klager werd gehanteerd, verre van ideaal is. Deze werkwijze kan de anesthesioloog echter niet worden verweten. Dit deel van de klacht is ongegrond.

5.12 Verder heeft klager terecht benoemd dat de verkeerde vertrektijd van de ambulance in het dossier staat vermeld. De anesthesioloog heeft ook erkend dat een onjuiste tijd van vertrek staat genoteerd. Zij heeft hiervoor geen andere verklaring dan dat zij niet goed op de klok heeft gelet en daarom in de hectiek een verkeerde tijd heeft genoteerd. Het college vindt deze verschrijving in het dossier niet zodanig dat dit een tuchtrechtelijk verwijt oplevert. Ook dit deel van de klacht is ongegrond.

*Klachtonderdeel c) te laat alarm slaan*

5.13 Klager verwijt het de anesthesioloog dat zij er te lang over heeft gedaan om een ambulance te bellen en alarm te slaan. Voordat zij de ambulance belde, heeft zij eerst overleg telefonisch gevoerd met twee andere artsen. Volgens klager zat er 40 minuten tussen het opmerken van de hemiparese en het daadwerkelijk bellen van de ambulance. Door eerst te bellen met artsen op andere locaties heeft de anesthesioloog te veel en onnodig tijd verloren laten gaan.

5.14 De anesthesioloog heeft uitgelegd dat zij op dat moment de enige anesthesioloog in de kliniek was en eerst met een andere anesthesioloog wilde overleggen over de situatie. De eerste anesthesioloog die zij belde nam niet op, waarna zij een andere collega belde die wel opnam. De anesthesioloog onderkent echter wel dat zij achteraf gezien meteen een ambulance had moeten bellen. Zij was zich ervan bewust dat het bij klager vastgestelde neurologisch beeld een noodsituatie betrof, maar zij was zich op dat moment niet voldoende bewust van de acute noodzaak om direct een ambulance te bellen. Het college onderschrijft dit. Hoewel het



begrijpelijk is dat de anesthesioloog eerst overleg wenste te voeren met een collega-anesthesioloog, leende deze (uitzonderlijke) situatie zich ervoor om eerst de ambulance te waarschuwen. Dit had dan ook van de anesthesioloog mogen worden verwacht. Klachtonderdeel c is gegrond.

### *Slotsom*

5.15 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat klachtonderdeel c gegrond is en de andere klachtonderdelen ongegrond.

### *Maatregel*

5.16 Omdat de klacht gedeeltelijk gegrond is, moet het college bepalen welke maatregel daarbij moet worden opgelegd. Het valt de anesthesioloog aan te rekenen dat zij in een evident acute situatie niet direct een ambulance heeft gebeld. Zij is hierdoor tekort geschoten in de zorgverlening. Het college ziet wel dat de anesthesioloog is aangedaan door de situatie en heeft gereflecteerd op haar handelen. Het college acht de maatregel van een waarschuwing passend en geboden, als zakelijke terechtwijzing dat in de toekomst anders gehandeld moet worden.

## **6. De beslissing**

Het college:

- verklaart klachtonderdeel c gegrond;
- legt de anesthesioloog de maatregel op van een waarschuwing;
- verklaart de klacht voor het overige ongegrond.

Deze beslissing is gegeven door E.A. Messer, voorzitter, R.J. Stolker en D.G. Snijdelaar, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door T.C. Brand, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 14 januari 2025.