

# uitspraak tuchtcollege

## Overdosis door slecht handschrift

Een onduidelijk handschrift kan nare gevolgen hebben. Zo ook in deze zaak. De later aangeklaagde neuroloog had voor een uitbehandelde patiënt met uitgezaaide kanker een recept uitgeschreven voor dexamethason. In het handgeschreven afbouwschema stond dat de dosering van 8 tot 1 tablet van 0,5 mg per dag werd teruggebracht. Maar de apotheker las 8,5 mg, en zag daar – vreemd genoeg – geen aanleiding tot overleg in. Als het een week later niet goed gaat met de patiënt, concludeert de waarnemend huisarts direct dat de dosering te hoog is. De patiënt overlijdt de volgende dag aan meningitis, veroorzaakt door *Listeria monocytogenes*.

De neuroloog erkent dat hij onduidelijk heeft geschreven, maar vindt wel dat de apotheker had kunnen vermoeden dat er iets niet klopte. Tabletten van 8,5 mg bestaan immers niet en de aanvangsdosering van 68 mg is wel erg hoog. Het tuchtcollege is echter onverbiddelijk: zeker bij zware medicijnen in grote doseringen moet 'uiterste nauwkeurigheid' worden betracht. En de arts mag niet zonder meer vertrouwen op de apotheker als 'vangnet'. Zijn handschrift komt de neuroloog te staan op een waarschuwing. Of de hoge dosering het overlijden van patiënt heeft bespoedigd of veroorzaakt, kan het college niet beoordelen.

Was dit alles niet gebeurd bij het gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS), dat met ingang van 2013 verplicht is (zie het bericht op blz. 8-9)? Dat is maar zeer de vraag. Ook typefouten komen voor en die wekken bij de apotheker wellicht nog minder achterdocht dan schrijffouten. De belangrijkste les uit deze zaak is daarom: lees het recept nog een keer na voordat u het meegeeft aan de patiënt of op de verzendknop drukt.

Sophie Broersen, arts  
prof. Aart Hendriks, jurist KNMG

Regionaal Tuchtcollege voor de  
Gezondheidszorg te 's-Gravenhage  
d.d. 12 april 2011

(ingekort door redactie MC)

Het college heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van A (...), klaagster, tegen C, neuroloog, (...), verweerder.

**1. Het verloop van de procedure**  
(...)

**2. De feiten**

2.1 De echtgenoot van klaagster (hierna: patiënt) had kanker met uitzaaiingen naar onder meer de hersenen. Patiënt was verteld dat genezing niet meer mogelijk was. Nadat bestralingen hadden plaatsgevonden en patiënt weer naar huis ging, heeft de arts op 11 juni 2009 een recept voor 150 tabletten van het me-

dicijn dexamethason uitgeschreven. In het recept was een afbouwschema opgenomen, in die zin dat de dosering in vier weken werd teruggebracht naar uiteindelijk 1 tablet van, naar de arts bedoelde, 0,5 mg (hierna: het recept).

2.2 Op 16 juni 2009 kreeg de apotheker van patiënt het recept onder ogen. De apotheker heeft de voorgeschreven dosering gelezen als 8,5 mg (in plaats van 0,5 mg) en heeft geen aanleiding gezien om dit te verifiëren bij de arts. Hierna is de dexamethason aan patiënt verstrekt, uitgaande van een voorgeschreven dosering van 8,5 mg.

2.3 Op 24 juni 2009 kwam klaagster naar de apotheek met de mededeling dat het niet goed ging met haar man.

Met de waarnemend huisarts is vervolgens contact geweest. Toen deze het recept zag, reageerde hij onmiddellijk met de constatering dat er op het recept 8,5 mg stond, hetgeen naar zijn idee te hoog was.

2.4 Patiënt is toen opgenomen, waarna hij op 25 juni 2009, aan meningitis veroorzaakt door de bacterie *Listeria monocytogenes*, is komen te overlijden.

**3. De klacht**

Klaagster verwijt de arts dat deze foute medicatie heeft voorgeschreven waardoor patiënt is overleden.

**4. Het standpunt van de arts**

De arts stelt dat hij een dosering van 0,5 heeft voorgeschreven, maar erkent dat hij onduidelijk heeft geschreven en dat hij zich kan voorstellen dat deze gelezen is als 8,5 mg. Hij betreurt het dat deze onduidelijkheid hem niet is opgevallen. Hij voegt hieraan toe dat hij een afbouwschema had voorgeschreven volgens de geldende richtlijnen, met in de eerste week een dagdosering van 4 mg en de laatste week van 0,5 mg. Uitgaande van de door de apotheker gelezen dosering van 8,5 mg, levert dit in de eerste week een dagdosering op van 68 mg en in de laatste week van 8,5 mg. Dat hij de lagere dosering heeft bedoeld blijkt ook uit het feit dat er geen tabletten dexamethason van 8,5 mg bestaan, maar slechts van 0,5 en 1,5 mg en dat andere doseringen speciaal in de apotheek moeten worden gemaakt. Een bovengrens van 16 mg dexamethason is gebruikelijk bij de behandeling van tumoren. De arts betreurt het dat de apotheker geen contact met hem heeft opgenomen. Hij werd pas op 27 juni 2009 op de hoogte gesteld van het misverstand. Hij was zeer ontdaan door de ontstane situatie.

Patiënt is uiteindelijk overleden aan bacteriële meningitis. Niet is na te gaan of het gedurende een week slikken van de te hoge dosering dexamethason aan het overlijden van patiënt heeft bijgedragen.

## 5. De beoordeling

5.1 Het college heeft het recept bestudeerd en vindt, evenals de apotheker, de waarnemend huisarts en de arts, dat de voorgeschreven dosering op het recept als 8,5 valt te lezen. Deze onduidelijke schrijfwijze valt de arts aan te rekenen. Hoewel fouten maken menselijk is, kun-

nen dergelijke fouten niet worden getolereerd. Juist bij medicijnen, zeker bij dergelijke zware medicijnen in grote doseringen, dient de uiterste nauwkeurigheid te worden betracht. Indien de arts het recept zou hebben overgelezen, had hij de onduidelijke schrijfwijze bovendien onmiddellijk kunnen zien.

5.2 Hoewel in de regel de apotheker als 'vangnet' fungeert, mag de arts daar niet zonder meer op vertrouwen. Hij heeft een eigen verantwoordelijkheid voor de juistheid van het recept. De arts is in zoverre tucht-rechtelijk onder de maat gebleven.

5.2 Het college merkt op dat het niet kan beoordelen of de te hoge (aanvangs)dosering het overlijden van patiënt heeft bespoedigd/veroorzaakt, zodat dit onderdeel van de klacht faalt.

5.3 Na te melden maatregel wordt passend en geboden geacht.

5.4 Om redenen aan het algemeen belang ontleend, wordt publicatie van deze beslissing gelast.

## 6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage:

- legt op de maatregel van waarschuwing; (...).

Deze beslissing is gegeven door mr. M.A.F. Tan-de Sonnaville, voorzitter, mr. E.T.M. Olsthoorn-Heim, lid-jurist, dr. B. van Ek, F.G.A.J. Hakvoort-Cammel en P.C.L.A. Lambregts, leden-artsen, bijgestaan door mr. I.C.M. Spitters-Vermeulen, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 12 april 2011.

# /selectie\_van\_de\_inspectie

## Kind naar de psychiater, vader weet van niks

**Feiten** Klager stelt het optreden aan de kaak van de huisarts van zijn echtgenote en van hun bij haar wonende zoon. In het patiëntendossier staat dat de zoon een stem hoorde in zijn hoofd als hij overstuur was en dat de huisarts de casus anoniem zou voorleggen aan de kinderpsychiater van het Riagg. Deze liet in een telefonisch advies weten dat een diagnostisch consult zeker gewenst was. De huisarts besloot daarop tot verwijzing naar de psychiater en besepte pas daarna dat hij hiervoor geen toestemming aan klager had gevraagd. Hij deed dat vervolgens alsnog, maar toestemming kreeg hij niet. De vader dient een klacht in omdat hij niet bij de besluitvorming is betrokken.

**Overwegingen tuchtcollege** De huisarts erkent dat hij de zoon van klager niet had mogen doorverwijzen naar de kinderpsychiater van het Riagg zonder klager daarbij te betrekken. Toen de huisarts zich dit realiseerde en hij klager hierover benaderde, had de intake bij het Riagg al plaatsgevonden. De klacht is op dit punt gegrond en het tuchtcollege waarschuwt de huisarts.

**Relevantie volgens de inspectie** Gezien de uitspraak van het tuchtcollege moet ervan worden uitgegaan dat de huisarts de klager pas informeerde toen hij de naam van diens zoon al aan de psychiater had doorgegeven. Hij had eerder met de moeder afgesproken de casus alleen anoniem voor te leggen. Daar was natuurlijk niets op tegen. Daarna is de koninklijke weg dat je toch echt eerst het informed consent geregeld moet hebben alvorens je tot handelen (de verwijzing) over kunt gaan. Dat betekende in dit geval dat beide ouders daarvoor toestemming moesten verlenen.

(Zaaknummer RTC Eindhoven 10166)



De inspectie selecteert en commentarieert elke week een ongepubliceerde tuchtzaak. Zie voor de volledige uitspraak:

Selectie van de inspectie



[www.medischcontact.nl/selectie\\_van\\_de\\_inspectie](http://www.medischcontact.nl/selectie_van_de_inspectie)



De volledige tekst van deze uitspraak staat op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.