



NIET -
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/
AFGEWEZEN

Anesthesioloog spuit verkeerde middel in

Een anesthesioloog dient bij een patiënt spinaalanesthesie toe. Hij checkt het etiket van de ampul niet, er vindt geen dubbelcheck plaats. Bij de ingreep heeft de man pijn, waarna de arts extra sedatie en pijnstilling laat toedienen. De patiënt ontwikkelt vervolgens ademhalingsproblemen, koorts, acidose, en ernstige ritmestoornissen. Hij belandt op de intensive care. Er wordt nog geen link gelegd met de anesthesie.

De volgende dag ontwikkelt een andere patiënt vrijwel dezelfde verschijnselen. Dan wordt ontdekt dat er geneesmiddelen zijn verwisseld: in plaats van het anestheticum bupivacaïne lag het antifibrinolyticum tranexaminezuur op de spinaalkar. De verschijnselen van de twee patiënten passen bij intrathecale toediening van dat laatste middel. De anesthesioloog en het ziekenhuis

geven tekst en uitleg aan de familie en doen melding bij de (toenmalige) Inspectie voor de Gezondheidszorg. Die stapt naar de tuchtrechter. De anesthesioloog erkent de gemaakte fouten en het tuchtcollege berispt hem.

Het tuchtcollege vermeldt expliciet er rekening mee te houden dat de medicatieverwisseling een zeer grote impact heeft gehad op de patiënt en zijn familie. 'De ernst van de gevolgen voor de patiënt in dit geval, maakt dat niet met een waarschuwing kan worden volstaan.' Daarbij redeneert het als volgt: een medicatiefout kan ernstige gezondheidsschade bij een patiënt veroorzaken. De normen die de anesthesioloog schond, zijn er om dergelijke schade te voorkomen. Het tuchtcollege is van mening dat als door overtreding van die normen de voorzienbare ernstige gevolgen daarvan daadwerkelijk optre-

den, het hier bij het opleggen van een maatregel rekening mee moet houden. In het verleden hebben de tuchtcolleges aangehouden dat de uitkomst binnen het tuchtrecht geen factor kan zijn bij de beoordeling van het handelen van de aangeklaagde. Dat zou ook logisch zijn, het gaat immers om de kwaliteit van het handelen en ook al was de patiënt hersteld: de fout blijft hetzelfde. Helaas is in deze zaak de eerste patiënt overleden. Het maakt wel weer eens duidelijk hoe belangrijk dubbele medicatiechecks zijn. Het hoeft maar één keer verkeerd te gaan.

Sophie Broersen, arts niet-praktiserend/journalist
Anneloes Rube, jurist KNMG

NB: De anesthesioloog die bij de tweede casus betrokken was, krijgt ook een berisping. Op onze website vindt u een link naar deze uitspraak.

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag d.d. 13 juni 2017

(ingekort door redactie Medisch Contact)

Het college heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, (...) klaagster, tegen A, anesthesioloog, werkzaam te B, verweerder, (...).

01

Het verloop van de procedure

(...)

02

De feiten

2.1 Verweerder is werkzaam als anesthesioloog in het C te B

(verder: het ziekenhuis).

2.2 Op 1 juli 2015 heeft verweerder bij een op het operatieprogramma geplande patiënt, geboren in 1937, spinaalanesthesie (ruggenprik) aangebracht voorafgaand aan de uit te voeren verwisseling van een TFN-pen in het rechterbovenbeen voor een gammanagel in verband met pseudoartrose. Verweerder werd bij de inleiding geassisteerd door een anesthesiemedewerker. Verweerder heeft de ampul met het toe te dienen geneesmiddel van de spinaalkar genomen en klaargemaakt voor toediening. Hij heeft daarbij niet het etiket van de ampul gecontroleerd. Evenmin heeft hij het etiket op de ampul door de anesthesiemedewerker hardop laten voorlezen of anderszins laten dubbelchecken.

2.3 Na het toedienen van de spinaalanesthesie gaf de patiënt te kennen dat hij een warm gevoel in de benen had. Dit werd door verweerder opgevat als teken dat de anesthesie ging werken. In de

veronderstelling dat de spinaalanesthesie goed werkte, heeft verweerder de operatiekamer (verder: ok) verlaten.

2.4 Al snel gaf patiënt pijn ter hoogte van het heiligbeen aan. Gedurende de ingreep werd patiënt onrustig, vertoonde hij trekkingen en gaf hij te kennen dat de benen niet goed verdoofd waren. Na herhaald telefonisch overleg tussen de anesthesie-medewerker en verweerder kreeg patiënt tijdens de operatie extra sedatie in de vorm van propofol en Sufenta (sufentanil) als pijnstilling en nog een aanvullende dosis propofol. Toen de verdoving nog niet goed werkte en de operatie vanwege trekkingen van de patiënt niet kon worden uitgevoerd, is verweerder naar de ok gegaan en heeft hij bij patiënt een larynxmasker ingebracht voor algehele anesthesie met sevofluraan. Ook kreeg patiënt extra sufentanil. Verweerder verliet hierna wederom de ok.

2.5 Kort daarna kreeg verweerder een noodoproep wegens desaturatie (zuurstoftekort) en omdat patiënt moeilijk te beademmen was. Hierop is verweerder direct naar de ok teruggegaan. Verweerder heeft bij patiënt slijm uit de keelholte weggezogen en hem omstreeks 12.35 uur geïntubeerd met behulp van succinylcholine. Verder heeft hij hem omstreeks 13.10 uur spierverslappende middelen toegediend (rocuronium). Hierna kon de operatie doorgang vinden.

2.6 Tijdens de uitleiding na de operatie nam de hemodynamische instabiliteit bij patiënt toe; er ontstonden onder andere ademhalingsproblemen, een hoog CO₂ met hoge bloeddruk en koorts. Patiënt werd, na raadpleging door verweerder van twee collega-anesthesiologen, onder de werkdiagnose maligne hyperthermie (ernstige verhoogde lichaamstemperatuur), behandeld met dantroleen. De intensivist werd in spoedconsult gevraagd toen bij patiënt een pH van 6,8 werd geconstateerd, hij hartritmestoornissen ontwikkelde en een AV-blok (storing in de prikkelgeleiding van het hart) optrad. Nadat het CO₂ was gedaald en de ernstigste ritmestoornissen voorbij waren, is patiënt overgeplaatst naar de intensive care (verder: ic) en aldaar behandeld vanwege onder meer myoclonieën (spiertrekkingen). Verweerder heeft op dezelfde dag met de echtgenote en zoon van patiënt gesproken en geprobeerd uitleg te geven.

2.7 Op 2 juli 2015 werd bij een andere calamiteit in dezelfde operatiekamer van het ziekenhuis ontdekt dat geneesmiddelen op de spinaalkar waren verwisseld: in plaats van het beoogde middel bupivacaïne bevond zich tranexaminezuur op de spinaalkar. Na deze tweede calamiteit werd bedacht dat er in het geval van verweerder mogelijk ook sprake was van een verwisseling van de genoemde twee geneesmiddelen; de bij de tweede patiënt

opgetreden verschijnselen waren vrijwel identiek aan de verschijnselen die opgetreden waren bij de patiënt van verweerder en deze leken, na raadpleging van de medische literatuur, te passen bij intrathecale toediening van tranexaminezuur. Verweerder heeft daarop opnieuw met de echtgenote en zoon van de patiënt gesproken.

2.8 Patiënt werd acht dagen op de ic beademd en daarna geëxubeerd ontslagen naar een revalidatiecentrum, met in beginsel goede vooruitzichten, maar met een voorbehoud vanwege de leeftijd van de patiënt. De patiënt is in oktober 2015 in het revalidatiecentrum overleden.

2.9 Op 6 juli 2015 heeft de raad van bestuur van het ziekenhuis de calamiteit bij klagster gemeld. De calamiteitencommissie van het ziekenhuis heeft onderzoek gedaan en op 10 augustus 2015 een onderzoeksrapport opgesteld (bijlage 3 bij het klaagschrift), dat door de raad van bestuur van het ziekenhuis is toegezonden aan klagster. Klagster heeft nader onderzoek ingesteld en in augustus 2016 een onderzoeksrapportage uitgebracht (bijlage 8 bij het klaagschrift). In dit rapport constateert klagster dat in het onderhavige geval niet is gehandeld overeenkomstig de richtlijn Het Peroperatieve Traject en de VMS-bundel High Risk Medicatie en de destijds in het ziekenhuis geldende protocollen Spinaalanesthesie op de operatiekamer, Algemene regels medicatietoediening, Pre- en peroperatief traject en het protocol Dubbelcheck medicatie.

03

De klacht

Klagster verwijt verweerder – zakelijk weergegeven – dat hij is tekortgeschoten in de zorg die hij jegens de patiënt in acht had moeten nemen. Hij heeft gehandeld in strijd met de toepasselijke richtlijnen en protocollen door:

1. niet op het etiket te controleren of hij de juiste medicatie van de spinaalkar had gepakt voordat hij de ampul klaarmaakte;
2. ten onrechte geen dubbelcheck uit te voeren: de opgetrokken spuit is niet ter controle aan de anesthesiemedewerker getoond en deze medewerker heeft het etiket op de ampul met dosering niet hardop voorgelezen ter controle (...).

04

Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klachten en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen niet bestreden. Voor zover nodig wordt hieronder op de opmerkingen in zijn verweerschrift ingegaan.

05

De beoordeling

5.1 De twee klachtonderdelen lenen zich voor gezamenlijke bespreking.

Met de erkenning daarvan door verweerder staat vast dat hij ervan uit is gegaan dat hij het juiste geneesmiddel van de spinaalkar pakte, het etiket van het geneesmiddel niet heeft gecontroleerd, de opgetrokken spuit niet aan de anesthesiemedewerker heeft getoond en deze medewerker niet heeft gevraagd het etiket op de ampul hardop voor te lezen.

5.2 In de door klaagster genoemde richtlijn Het Peroperatieve Traject en de VMS-praktijkgids High Risk Medicatie is geen uitdrukkelijke instructie te vinden omtrent het doen voorlezen door een andere bevoegde persoon van het etiket op de ampul bij toediening door dezelfde persoon die de medicatie optrekt. Evenmin kan het college vaststellen dat de door klaagster overgelegde protocollen op 1 juli 2015 geldig hadden; deze bevatten alleen een datum tot wanneer zij geldig zijn, maar geen datum van inwerkingtreding. In de brief van de raad van bestuur van het ziekenhuis aan de inspectie van 11 augustus 2015 (bijlage 3 bij het klaagschrift) wordt als één van de maatregelen die zijn genomen om herhaling te voorkomen gemeld dat protocollen zijn aangepast. In het rapport van de calamiteitencommissie (bijlage bij de zojuist genoemde brief) wordt op bladzijde 14 vermeld dat in het protocol Spinaalanesthesie op ok de dubbelcheck niet wordt genoemd en dat daar ook niet naar wordt verwezen. In de ter zitting overgelegde versies van het betreffende protocol wordt wel naar de dubbelcheck verwezen. Bovendien blijkt uit de stukken dat de anesthesioloog die betrokken was bij het tweede incident nadien een actieve rol heeft gespeeld bij de aanpassing van de protocollen en in de meeste overgelegde protocollen wordt genoemd bij 'geautoriseerd door:'. Uit dit alles leidt het college af dat de overgelegde protocollen na 1 juli 2015 aangepaste versies betreffen. Verweerder heeft echter niet bestreden dat hij ook de op 1 juli 2015 geldende, op de genoemde VMS-praktijkgids High Risk Medicatie en de richtlijn Het Peroperatieve Traject gebaseerde interne ziekenhuisprotocollen niet heeft gevolgd en dat hij ingevolge de voor hem op die datum geldende beroepsnormen het etiket van de ampul had moeten controleren en de dubbelcheck had moeten (laten) uitvoeren.

Door dit na te laten heeft hij in strijd gehandeld met de zorg die hij jegens de patiënt in acht had behoren te nemen.

5.3 Verweerder heeft in zijn verweerschrift verschillende omstandigheden aangevoerd die hebben bijgedragen aan de calamiteit en het achterwege laten van de check en de dubbelcheck, zoals:

- een niet optimale sfeer tussen de medewerkers van het ziekenhuis;
- de hoge tijdsdruk;
- het onjuist bijvullen van de spinaalkar door een medewerker;
- de verandering van de – niet langer steriele – verpakking van

bupivacaïne en van de lay-out op het etiket van tranexaminezuur waardoor deze meer op elkaar zijn gaan lijken;

- het feit dat de op de ok aanwezige anesthesiemedewerker verweerder niet heeft gewezen op de noodzaak van het uitvoeren van de dubbelcheck.

Ter zitting heeft verweerder toegelicht dat hij daarmee niet heeft willen betogen dat hij door die omstandigheden minder verantwoordelijk zou zijn of minder verwijtbaar zou hebben gehandeld. Het college kan wat verweerder heeft aangevoerd ook niet beschouwen als verzachtende omstandigheden voor de fouten die hij heeft gemaakt. Het is ongelukkig dat deze samenloop van omstandigheden heeft bijgedragen aan de onderhavige gebeurtenis, maar de beroepsnorm dat medicatie vóór het klaarmaken en de toediening moet worden gecheckt en gedubbelcheckt, strekt er nu juist toe niet alleen eigen fouten te voorkomen, maar ook door anderen gemaakte fouten te herstellen. Die omstandigheden kunnen daarom niet afdoen aan het feit dat verweerder zich, in zijn hoedanigheid van anesthesioloog, bewust had behoren te zijn van de verantwoordelijkheid die op hem rustte en de voorzienbare mogelijk ernstige gevolgen van een eventuele medicatieverwisseling.

5.4 Beide klachtonderdelen zijn dus gegrond. (...)

5.5 Bij de vraag welke maatregel in dit geval passend is weegt het college enerzijds mee dat uit de stukken en ook ter zitting is gebleken dat de medicatieverwisseling een zeer grote impact heeft gehad op het leven van de betrokken patiënt en zijn nabestaanden. Hij is geruime tijd opgenomen geweest op de ic en in een revalidatiecentrum en aldaar overleden, waarbij het college opmerkt dat het niet kan beoordelen in hoeverre het overlijden in oorzakelijk verband staat met de door verweerder gemaakte fout. Het college volgt (de gemachtigde van) verweerder niet in zijn betoog dat deze gevolgen van het handelen van verweerder buiten beschouwing moeten worden gelaten. De ervaring leert dat een medicatiefout ernstige gezondheidsschade bij een patiënt kan veroorzaken. De door verweerder geschonden normen strekken, naar verweerder bekend was, tot het voorkomen van dergelijke gezondheidsschade. Als door overtreding van die normen de voorzienbare ernstige gevolgen daarvan daadwerkelijk optreden, kan en moet daarmee naar het oordeel van het college bij het opleggen van een maatregel rekening worden gehouden. De ernst van de gevolgen voor de patiënt in dit geval maakt dat niet met een waarschuwing kan worden volstaan.

Anderzijds heeft verweerder zijn fouten volledig erkend en hiervoor zijn spijt betuigd aan de nabestaanden. Hij heeft na het overlijden van de patiënt een condoleancebrief gestuurd en een gesprek aangeboden. Het is het college duidelijk dat hij zich erg bezwaard voelt door wat er is gebeurd en dat hij zich de gevolgen voor de patiënt en zijn nabestaanden zeer aantrekt. Verweerder heeft verder, nadat hij zijn fout had ontdekt, adequaat gehandeld om de schade voor de patiënt zoveel mogelijk te beperken. Ook heeft hij volledige openheid van zaken gegeven, zich toetsbaar

opgesteld tijdens de onderzoeken die zijn verricht door het ziekenhuis en door klaagster en meegewerkt aan maatregelen om herhaling van een calamiteit als de onderhavige te voorkomen. Daarom ziet het college geen aanleiding een zwaardere maatregel dan een berisping op te leggen.

5.6 Naar het oordeel van het college kan het belang van de controle en de dubbelcheck bij het klaarmaken en toedienen van medicatie niet vaak genoeg onder de aandacht van hulpverleners in de gezondheidszorg worden gebracht. Ook in deze zaak is gebleken hoeveel schade de toediening van onjuiste medicatie bij een patiënt teweeg kan brengen en hoeveel impact dit ook op de zorgverlener zelf en zijn werkomgeving heeft. Het algemeen belang is er dan ook mee gediend dat deze beslissing in bredere kring bekend wordt gemaakt. Het college zal daarom bepalen dat deze beslissing als hierna te vermelden in geanonimiseerde vorm zal worden aangeboden ter publicatie.

06

De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag beslist als volgt:

- legt op de maatregel van berisping;

bepaalt dat deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan Medisch Contact en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Deze beslissing is gegeven door mr. N.B. Verkleij, voorzitter, mr. H. Uhlenbroek, lid-jurist, dr. J.W. de Leeuw, prof. dr. R.J. Stolker en dr. N.G. Hartwig, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door mr. M. Uzun-Karatepe, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 13 juni 2017. ■

web

De volledige tekst van deze uitspraak staat op medischcontact.nl/tuchtrecht. Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

Voor meer uitspraken zie tuchtrecht.nl.

OPVALLENDE UITSPRAKEN

● Huisarts maakt vergissing bij uitschrijving recept

Klacht tegen een huisarts die wordt verweten een patiënt met een verstandelijke beperking die lijdt aan diabetes, zonder medische noodzaak een verhoging van medicatie (Semap van 10 mg naar 30 mg per week) te hebben voorgeschreven, waardoor hij ernstige gezondheidsgevolgen heeft ondervonden. Het regionaal tuchtcollege oordeelt dat de huisarts een vergissing met ernstige gevolgen heeft gemaakt door abusievelijk een recept met een verhoging uit te schrijven waar zij bedoelde een herhaalrecept uit te schrijven. Het college verklaart de klacht gegrond en legt de huisarts een waarschuwing op. Het komt tot deze maatregel omdat deze tot uitdrukking brengt dat de huisarts een vergissing heeft gemaakt, maar dat niet voldoende aannemelijk is geworden dat zij het recept heeft uitgeschreven als gevolg van een medische beoordelingsfout.

RTG Den Haag, 9 januari 2018

● Psychiater geeft geneeskundige verklaringen af

De arts is behandelend psychiater van de ex-echtgenote van klager. Klager en zijn ex-echtgenote zijn al enige jaren in juridische procedures verwickeld over (onder meer) de omgangsregeling met betrekking tot hun minderjarige dochter. De psychiater wordt verweten meerdere malen geneeskundige verklaringen te hebben afgegeven over patiënte, waaronder aan de Raad voor de Kinderbescherming. Het regionaal tuchtcollege geeft aan dat een behandelend psychiater in beginsel met toestemming van zijn patiënt gegevens mag verstrekken op verzoek van derden mits hij zich daarbij beperkt tot het beantwoorden van gerichte vragen over zijn patiënt, waarbij hij slechts relevante medische informatie van feitelijke aard verstrekt. In zijn algemeenheid wordt het behandelend arts echter ontraden een geneeskundige verklaring af te geven ten behoeve van eigen patiënten/cliënten. Het college verwijst hierbij naar de KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens. Het oordeelt dat de psychiater in totaal zeven verklaringen heeft afgegeven waarvan hij wist dat deze gebruikt zouden worden als steun voor het standpunt van zijn patiënte in een juridische procedure en dus een ander doel dienden dan behandeling of begeleiding. Het college is van oordeel dat de psychiater als behandelaar deze verklaringen niet had mogen geven. Het legt de psychiater een berisping op.

RTG Eindhoven, 12 januari 2018

Elke week selecteren KNMG-juristen opvallende uitspraken in het gezondheidsrecht. Een volledig overzicht kunt u vinden op medischcontact.nl/recht Tegen uitspraken van regionale tuchtcolleges kan tot zes weken na de uitspraak nog hoger beroep worden aangetekend.

