



NIET -
ONTVANKELIJK

▶ ONGEGROND/
AFGEWEZEN

Een pijnlijke keizersnede

Een zwangere vrouw moest een keizersnede ondergaan vanwege een niet vorderende uitdrijving. Ze had tijdens de ontsluitingsfase epidurale pijnstilling gekregen, maar de (fentanyl)pomp was uitgezet voor het persen. De pomp stond wel weer aan op het moment dat zij op de operatiekamer kwam. De anesthesioloog spoot nog wat anestetica bij, maar de vrouw bleef pijn voelen. De operatie kon na enig uitstel desondanks doorgaan, vond de anesthesioloog. De vrouw hield pijn en klaagt achteraf over zowel de anesthesioloog – die haar niet goed zou hebben verdoofd – als de gynaecoloog –

die de operatie volgens haar niet had mogen laten doorgaan. De anesthesioloog krijgt een berisping. Hij gaf de vrouw onvoldoende anestetica en controleerde het effect van die middelen onvoldoende. (Online staat een link naar deze uitspraak.) Over de vraag of de gynaecoloog ook verantwoordelijkheid draagt, oordeelt het Centraal Tuchtcollege anders dan het regionaal tuchtcollege. Ter zitting blijkt dat toen de vrouw aangaf nog pijn te hebben, even gewacht is met de ingreep. Toen de anesthesioloog even later groen licht gaf om door te gaan, startte hij met de operatie. Het Cen-

traal Tuchtcollege vindt dat de gynaecoloog op dat moment op de inschatting van de anesthesioloog mocht vertrouwen. Op zich terecht en begrijpelijk dat het college de klacht tegen de gynaecoloog daarom ongegrond acht en de verantwoordelijkheid bij de anesthesioloog laat. In de praktijk zal het toch niet zo zijn dat een operateur zonder meer doorgaat met een ingreep zolang hij zelf nog twijfelt over de vraag of de pijnstilling wel voldoet?

Sophie Broersen, arts niet-praktiserend/
journalist

Antina de Jong, gezondheidsjurist

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 15 mei 2018

(ingekort door redactie Medisch Contact)

Beslissing in de zaak onder nummer C2017.201 van A, gynaecoloog, werkzaam te B, appellant, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht, tegen C, wonende te B, verweerster in beroep, klagster in eerste aanleg.

01

Verloop van de procedure

(...)

02

Beslissing in eerste aanleg

Het regionaal tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

'(...) 2 De feiten

2.1 Klagster is op 23 maart 2014 om 1.52 uur tijdens de bevalling van haar eerste kind door de verloskundige overgedragen aan de dienstdoende gynaecoloog in de nachtdienst van het E te B (hierna: het ziekenhuis).

2.2 De overdracht van de verloskundige naar het ziekenhuis vond plaats omdat klagster in de ontsluitingsfase pijnstilling wenste. Om 3.38 uur is een epidurale katheter ingebracht en de infusie van ropivacaïne en sufentanil werd gestart op een stand van 10 ml/uur. In verband met een matig vorderende ontsluiting werd om 3.55 uur tevens gestart met een weeënstimulerend middel. De epidurale blokkade werkte goed; klagster had geen pijn. Om 9.43 uur had klagster volledige ontsluiting. Als gevolg van de pijnstilling voelde klagster echter geen persweeën, in verband waarmee de toediening van epidurale pijnstilling is stopgezet. Omstreeks 11.30 uur, toen het gevoel langzaam weer terugkwam, is klagster begonnen met persen, maar omdat de uitdrijving niet vordert heeft verweerder (inmiddels dienstdoende gynaecoloog) om 12.36 uur besloten tot een keizersnede. In dat kader heeft verweerder in het partusverslag genoteerd:

“Medebeoordeling: VT buiten wee. Caput H2 =. Tijdens persen caput wel mooi dieper maar met benig deel niet voorbij He. Tevens inderdaad nauwe arcus. B/secondaire sectio caesarea. Mw is overigens 1.57 meter.”

2.3 Verweerder heeft de dienstdoende anesthesioloog (hierna: de anesthesioloog) verzocht te assisteren bij de keizersnede die klagster diende te ondergaan. Uit het door de anesthesioloog opgestelde anesthesieverslag blijkt dat klagster om 12.54 uur op de ok was en dat om 12.56 uur de anesthesie is gestart. Om

12.59 uur is via de epidurale katheter 6 ml lidocaïne 2% (20 mg/ml) toegediend en om 13.04 uur nog eens 3 ml lidocaïne 2%. Op enig moment tussen 12.59 uur en 13.08 uur gaf klaagster bij het testen van het block met behulp van een pincet net boven de navel (de zogenaemde “pincetproef”) aan dat dit pijnlijk was. Om 13.08 uur is gestart met de keizersnede en om 13.12 uur is via de epidurale katheter nogmaals 2 ml lidocaïne 2% toegediend. Om 13.15 uur werd een gezonde dochter geboren. Om 13.15 uur (na de geboorte van het kind) is 10 microgram sufentanil (een opiaat) intraveneus toegediend. Nadien, om 13.45 uur, is nogmaals 10 microgram sufentanil toegediend, alsmede extra sedatie in de vorm van 60 mg propofol, omdat klaagster aangaf de hechtingen te voelen en als gevolg daarvan moeilijk stil op haar rug kon blijven liggen. Om 13.50 uur werd de ingreep beëindigd.

2.4 Het door de arts-assistent gynaecologie en/of verweerder opgestelde ok-verslag van de keizersnede vermeldt, voor zover hier van belang:

“Wijze van anesthesie: opgespoten epiduraal

Pincetproef: pijnlijk. Wel doorgezet. Nare ervaring voor patiënte

(...)

Complicaties: vrij pijnlijke sectio voor patiënte, 700 ml BV”

Verder is in het eerdergenoemde partusverslag genoteerd dat de keizersnede pijnlijk voor klaagster was:

“(...)

13.30 (...) NB pte verbleef pijnlijk onder de epiduraal, extra pijnstilling op ok gehad. (...)

14.40 (...) Mevr heeft de sectio als erg pijnlijk ervaren. Mevrouw heeft nu nog steeds veel pijn. Mevr krijgt nu nog morfine sc en perfagan. Mevr mag nog geen dico omdat de ruggenprik nog in zit (...)”

Voorts is op 24 april 2014 naar aanleiding van deze ingreep een melding gemaakt in de complicatieregistratie.

2.5 In verband met de pijn die klaagster tijdens de keizersnede heeft ervaren, heeft zij een tuchtklacht ingediend tegen de anesthesioloog (dossiernummer 2016-056a). In dat kader heeft verweerder een schriftelijke verklaring opgesteld d.d. 28 april 2016 met betrekking tot de pijn(geving) van klaagster, die als bijlage bij het verweerschrift van de anesthesioloog is overgelegd. In deze verklaring stelt verweerder:

“In het operatieverslag van de ingreep heb ik geschreven: ‘Wijze van anesthesie: opgespoten epiduraal. Pincetproef: pijnlijk. Wel doorgezet. Nare ervaring voor patiënte.’ Sindsdien is dit nogal uit zijn verband gerukt en wordt er beweerd dat patiënte gegild, gehuild en geschreeuwd zou hebben. Deze voorstelling van zaken strookt absoluut niet met de werkelijkheid. Bij het opspuiten van een epiduraal kan de sectio altijd wel wat gevoelig zijn en als de sectio dan te pijnlijk is kan er altijd nog worden overgegaan op algehele anesthesie. (...) Bij C was dit zeker niet het geval en heb ik gedurende de

ingreep niet het gevoel gehad over te moeten gaan op een algehele narcose en dit te vragen of te adviseren aan de anesthesist. (...)”

Uit deze verklaring heeft klaagster afgeleid dat niet alleen de anesthesioloog, maar ook verweerder verantwoordelijk is geweest voor de pijn tijdens de keizersnede, hetgeen voor klaagster reden was om eveneens een tuchtklacht tegen verweerder in te dienen.

2.6 Verder heeft verweerder zelf een schriftelijke reactie op het klaagschrift opgesteld d.d. 15 augustus 2016 (bijlage 2 bij het verweerschrift), waarin hij (onder andere met betrekking tot de pijnbeleving van klaagster) aangeeft:

“Ondanks de wat pijnlijke pincetproef en de sectio die vervolgens niet pijnloos was, heb ik steeds de inschatting gemaakt en overtuiging gehad dat de ingreep hiermee door kon gaan.

(...)

Het niet laten geven van een nieuwe ruggenprik.

Zoals ik hierboven al heb aangegeven had patiënte een epiduraal katheter die uitstekend werkte tijdens de ontsluitingsperiode. Dat er besloten werd tot het opspuiten van deze epiduraal, is dus niet meer dan logisch. Bij de pincetproef is besloten, al was deze wat pijnlijk, aan te vangen met de ingreep. Op dat moment is er geen mogelijkheid meer een nieuwe ruggenprik te plaatsen.”

3 De klacht

Klaagster verwijt verweerder – kort en zakelijk weergegeven – dat:

(i) hij met de keizersnede is begonnen en doorgegaan, ondanks dat klaagster zowel voorafgaand bij de “pincetproef”, als tijdens de ingreep duidelijk heeft aangegeven dat zij (veel) pijn had; (...)

4 Het standpunt van verweerder

Verweerder 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 adequate pijnbestrijding bij een operatieve ingreep primair de verantwoordelijkheid van de anesthesioloog betreft. Zoals het college in haar beslissing inzake de door klaagster tegen de anesthesioloog ingediende tuchtklacht (dossiernummer 2016-056a) heeft geoordeeld, is de anesthesioloog hierin tekortgeschoten en heeft hij de verdoving niet lege artis verricht.

5.2 De door de anesthesioloog gemaakte inschattingsfout kan verweerder uiteraard niet tuchtrechtelijk worden verweten. Uit de hiervoor onder 2.7 aangehaalde verklaring van verweerder blijkt echter dat hij, ondanks dat hij ervan op de hoogte was dat

de “pincetproef” voor klaagster nog pijnlijk was, direct daarna met de keizersnede is begonnen. Uit diezelfde verklaring blijkt dat verweerder langer had kunnen wachten op een mogelijk betere werking van de epiduraal toegediende lidocaïne, maar dat hij hiervoor onvoldoende reden zag. Naar het oordeel van het college had het feit dat klaagster nog pijn aangaf bij de “pincetproef”, ook als dat – zoals zowel verweerder als de anesthesioloog heeft verklaard, anders dan klaagster overigens – geen heftige signalen waren, voor hem aanleiding moeten zijn om nog te wachten of ten minste nader met de anesthesioloog te overleggen. Als de “pincetproef” nog pijnlijk is, is er een kans dat de barende vrouw bij het plaatsen van de incisie of later tijdens de operatie toch (heftige) pijn zal voelen. Zoals verweerder zelf in zijn dossiervoering heeft genoteerd, was het hem duidelijk dat bij klaagster daadwerkelijk sprake was van bovengemiddelde pijn. In zoverre kan in het midden blijven hoe klaagster haar pijn heeft geuit. Daarbij overweegt het college nog dat niet alleen de beleving van pijn, maar ook de mate waarin die wordt geuit van persoon tot persoon zal verschillen. Bovendien kan hebben meegespeeld dat klaagster intraveneus pijnstillende en sederende medicatie toegediend had gekregen.

5.3 In beginsel brengt de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de anesthesioloog en de operateur mee dat als de anesthesioloog aangeeft dat met de ingreep mag worden begonnen, de operateur mag (en moet kunnen) vertrouwen op de inschatting van de anesthesioloog dat de patiënt voldoende is verdoofd. De operateur is daarmee echter naar het oordeel van het college niet van iedere eigen verantwoordelijkheid ontslagen. In dit geval, waarin voor verweerder kenbaar was dat klaagster bij de “pincetproef” nog pijn had en het block dus mogelijk (nog) niet goed was ingewerkt, was nader overleg met de anesthesioloog dat met de keizersnede kon worden begonnen vóór het starten met de sectio aangewezen. Door te starten met de operatie – twaalf minuten na het toedienen van de lidocaïne, mogelijk te kort voor het inwerken van de verdoving – zonder met de anesthesioloog in overleg te gaan, is hij tekortgeschoten in de zorg die hij jegens klaagster in acht behoorde te nemen. Klachtonderdeel (i) is derhalve gegrond. (...)

5.9 Het is het college duidelijk dat de geboorte van haar dochter voor klaagster een pijnlijke en onaangename ervaring is geworden. Zoals hiervoor is overwogen draagt verweerder daarvoor niet de primaire verantwoordelijkheid; die verantwoordelijkheid lag in eerste instantie bij de anesthesioloog, maar verweerder had wel moeten reageren op de pijnsignalen die klaagster afgaf. Verder betreft het klachtwaardig handelen van verweerder voornamelijk de bejegening van klaagster in het kader van de nazorg. Hoewel ook dit voor klaagster onplezierig is geweest, acht het college de maatregel van waarschuwing toereikend en passend. (...)

03

Vaststaande feiten en omstandigheden

(...)

04

Beoordeling van het beroep

(...)

4.3 Bij de beoordeling in beroep wordt uitgegaan van de volgende tijdstippen ontleend aan het anesthesieverslag:

- 12.56 uur:	start anesthesie
- 12.59 uur:	toediening 6 ml lidocaïne 2% epiduraal;
- 13.04 uur:	toediening 3 ml lidocaïne 2% epiduraal;
- 13.08 uur:	start chirurgie;
- 13.10 uur:	60 mg propofol intraveneus;
- 13.12 uur:	toediening 2 ml lidocaïne 2% epiduraal;
- 13.15 uur:	geboorte dochter;
- 13.15 uur:	toediening 10 mg sufentanil epiduraal;
- 13.45 uur:	toediening 10 mg sufentanil intraveneus;
- 13.50 uur:	einde chirurgie.

4.5 Het Centraal Tuchtcollege neemt als vaststaand aan dat de operatie voor klaagster pijnlijk is geweest. (...) Het Centraal Tuchtcollege heeft geen aanwijzingen gevonden dat de pijnklachten van klaagster willens en wetens zijn genegeerd. Het gaat er daarom vanuit dat partijen deze kennelijk anders hebben geïnterpreteerd. (...)

4.7 Evenals het regionaal tuchtcollege stelt het Centraal Tuchtcollege voorop dat adequate pijnbestrijding bij een operatieve ingreep primair de verantwoordelijkheid van de anesthesioloog betreft. Het Centraal Tuchtcollege stelt vast dat inzake de door klaagster tegen de anesthesioloog ingediende tuchtklacht ook in hoger beroep (zaaknummer C2016.202) is geoordeeld dat de anesthesioloog hierin is tekortgeschoten en dat hij de verdoving bij klaagster niet lege artis heeft verricht.

4.8 De verantwoordelijkheidsverdeling tussen de anesthesioloog en de operateur (de gynaecoloog) brengt in beginsel mee dat als de anesthesioloog aangeeft dat met de operatie mag worden begonnen, de operateur mag en moet kunnen vertrouwen op de inschatting van de anesthesioloog dat de patiënt (klaagster) voldoende is verdoofd.

4.9 Het Centraal Tuchtcollege onderschrijft niet het oordeel van het regionaal tuchtcollege dat de gynaecoloog is tekortgeschoten in de zorg die hij jegens klaagster in acht behoorde te nemen door met de operatie te starten zonder met de anesthesioloog in overleg te gaan. Ook de aan dit oordeel ten grondslag liggende overwegingen van het regionaal tuchtcollege dat voor de gynaecoloog kenbaar was dat klaagster bij de “pincetproef” nog pijn had, dat het block dus mogelijk (nog) niet goed was ingewerkt en dat om

die reden vóór het starten met de sectio nader overleg met de anesthesioloog was aangewezen, wordt niet onderschreven.

4.10 Op grond van de in het geding gebrachte (medische) stukken en mede in aanmerking genomen hetgeen ter zitting in beroep naar voren is gekomen, is niet komen vast te staan dat de gynaecoloog met de operatie is gestart op het moment dat klaagster op voor hem kenbare wijze aangaf nog pijn te hebben. De gynaecoloog heeft in dit verband ter zitting verklaard dat hij niet direct na de eerste pincetproef, die pijnlijk was, met de keizersnede is gestart, maar dat hij in overleg met de anesthesioloog heeft gewacht en dat hij pas toen de anesthesioloog hem groen licht gaf, met de operatie is gestart, zoals hij dat altijd doet. De hiervoor weergegeven feitelijke gang van zaken voorafgaand aan de start van de operatie is ter zitting door de anesthesioloog bevestigd. Het Centraal Tuchtcollege heeft geen aanwijzingen dat de gynaecoloog op dat moment had kunnen weten of moeten begrijpen dat klaagster toen onvoldoende was verdoofd. Onder deze omstandigheden kon en mocht de gynaecoloog derhalve vertrouwen op de inschatting van de anesthesioloog dat klaagster voldoende was verdoofd en was er geen voor de gynaecoloog aanwijsbare reden om nader overleg met de anesthesioloog te voeren.

4.11 Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege is evenmin komen vast te staan dat de gynaecoloog de operatie, ondanks duidelijke voor hem kenbare pijnsignalen van klaagster, heeft voortgezet. (...)

4.13 Het Centraal Tuchtcollege komt tot de conclusie dat niet kan worden geoordeeld dat de gynaecoloog tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. (...)

05

Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (...)

- wijst de klacht af;
- verstaat dat de maatregel van waarschuwing komt te vervallen; (...)

Deze beslissing is gegeven door mr. C.H.M. van Altena, voorzitter, mr. Y. Buruma en mr. H. de Hek, leden-juristen, dr. J.S. Pöll en drs. J.G. van Unnik, leden-beroepsgegoten, en mr. J.S. Heidstra, secretaris. Uitgesproken ter openbare zitting van 15 mei 2018. ■

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

● Camerabeelden wachtkamer vallen onder beroepsgeheim

Een officier van justitie vordert camerabeelden van de wachtkamer van het ziekenhuis, omdat een mogelijk slachtoffer aan geeft in de wachtkamer zijn vader te herkennen. Het ziekenhuis overhandigt deze uiteindelijk onder protest en dient een klagschrift in tegen de inbeslagname. Het stelt dat de camerabeelden vallen onder het beroepsgeheim.

Het oordeel van de rechtbank dat camerabeelden van wachtruimte en toegangspaden tot afdeling Spoedeisende Hulp van ziekenhuis niet vallen onder het beroepsgeheim en verschoningsrecht van een arts, is volgens de Hoge Raad onjuist. Camerabeelden waaruit de identiteit van een patiënt of een (toekomstige) hulpverleningsrelatie valt af te leiden, kunnen onder beroepsgeheim en aldus onder het verschoningsrecht van een arts vallen, aldus de Hoge Raad. Dat op de camerabeelden ook bezoekers en begeleiders te zien zijn en dat de betreffende locaties voor iedereen toegankelijk zijn, maakt dat niet anders.

Hoge Raad, 10 april 2018

● Revalidatiearts schiet tekort als hoofdbehandelaar

Patiënt die een beroerte heeft gehad, klaagt over het vroegtijdig afbreken van zijn revalidatie. De revalidatiearts is verbonden aan het poliklinische behandelteam van de patiënt. Tijdens de teambespreking is besloten de ergotherapie en fysiotherapie te stoppen. De dag erna komt de patiënt bij de revalidatiearts, maar krijgt hij juist te horen dat de therapie wordt voortgezet. De mededeling van de fysiotherapeut dat het zijn laatste behandeling betreft, valt dan ook rauw op zijn dak.

Het regionaal tuchtcollege oordeelt dat de revalidatiearts als hoofdbehandelaar eindverantwoordelijk was voor de ingezette revalidatiebehandeling. Hij had naar behoren in contact moeten staan met de overige behandelaars, de patiënt correct moeten informeren over de voortgang van zijn behandeling, moeten toezien op adequate dossiervoering en op gedegen revalidatie. Bovendien is niet duidelijk waarom de revalidatie gestaakt is. De revalidatiedoelen waren immers nog niet bereikt. Er volgt een waarschuwing.

RTG Zwolle, 29 mei 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 aangekend.

