

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2021/3453

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 17 mei 2022 naar aanleiding van de op 10 september 2021 bij het Regionaal Tuchtcollege te Groningen ingekomen klacht van

A, wonende te B,
bijgestaan door D

k l a g e r

-tegen-

C, verpleegkundige, (destijds) werkzaam te B,
bijgestaan door mr. M. Kremer, advocaat te Groningen,
b e k l a a g d e

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de brief van klager van 7 december 2021 met bijlagen;
- het aanvullend verweerschrift.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

Met ingang van 1 april 2022 zijn de regionale tuchtcolleges te Groningen en Zwolle samengevoegd tot één regionaal tuchtcollege te Zwolle. De bevoegdheid tot behandeling van deze zaak, die aanhangig was bij het regionaal tuchtcollege te Groningen, is per deze datum overgegaan op het regionaal tuchtcollege te Zwolle.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 8 april 2022, waar klager en beklagde zijn verschenen. Klager is bijgestaan door D, beklagde is vergezeld van zijn raadsman.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klager is de nabestaande en partner van E, geboren in 1964 en overleden in 2014. Hierna te noemen: patiënte.

Patiënte werd op 16 december 2014 geopereerd wegens vastgestelde borstkanker. Het betrof een huidsparende ablatio mammae beiderzijds met schildwachtklierprocedure en aansluitend een reconstructie.

Beklaagde is na het afronden van zijn HBOV opleiding in de zomer van 2009 aan de slag gegaan als verpleegkundige. Beklaagde heeft kortdurend als verpleegkundige in de gespecialiseerde thuiszorg gewerkt. Daarna heeft beklagde als verpleegkundige op verschillende afdelingen in het ziekenhuis gewerkt, onder meer bij volwassenen

chirurgie en interne geneeskunde. In 2010 is beklagde gestart met de opleiding tot anesthesiemedewerker. In 2013 heeft beklagde deze opleiding afgerond. Beklaagde heeft – mede op advies van de werkgever – zijn BIG-registratie als verpleegkundige behouden en de door hem als anesthesiemedewerker gemaakte uren opgegeven als werkervaring ten behoeve van zijn herregistratie als verpleegkundige.

Beklaagde werkte normaalgesproken als anesthesiemedewerker op de thorax OK. De ochtend van de operatie van patiënte werd hem gevraagd in te vallen bij de operatie van patiënte op het F.

De setting in de operatiekamer op het F was zo dat er deels door twee chirurgen gelijktijdig zou worden geopereerd (aan beide zijden van het lichaam van patiënte). Patiënte was bijna volledig bekleed met steriele doeken. Vanwege de ligging van de armen van patiënte was het niet mogelijk om de niet-invasieve bloeddrukbevoeding om één van beide armen aan te leggen. Er werd gekozen voor niet-invasieve bloeddrukbevoeding aan het (rechter) been. Intraveneuze toegang vond plaats via de (linker) voet. Vanwege de voorziene lange duur van de operatie zou ook een blaaskatheter met temperatuursonde worden ingebracht.

Er werd gewerkt met een zogenaamd twee-tafelsysteem, wat betekende dat de anesthesioloog stond ingepland voor twee operaties. In dit geval werd de inleiding van patiënt door een andere anesthesioloog gedaan dan de oorspronkelijk ingeplande anesthesioloog. Op het moment van inleiding was de aanwezigheid van de oorspronkelijk ingeplande anesthesioloog namelijk vereist bij een andere operatie. Na inleiding van patiënte is de (invallende) anesthesioloog rond 9:15 uur vertrokken naar een andere patiënt. Voor aanvang van de operatie heeft patiënte cefazoline 1000 mg toegediend gekregen (profylactisch). Rond 9:15 uur is gestart met de operatie zelf. De oncologisch chirurg heeft kort na aanvang van de operatie patent blauw ingespoten in beide borsten. Gedurende de operatie is rond 10:00 uur de oorspronkelijk ingeplande anesthesioloog aanwezig geweest. Rond 12:15 uur heeft beklagde telefonisch overleg gehad met deze anesthesioloog.

Rond 13:00 uur heeft beklagde zijn werkzaamheden overgedragen aan een collega, zodat hij kon pauzeren. Toen beklagde na zijn pauze terugkeerde op de operatiekamer bleek patiënte in shock te verkeren. De shock was niet meer te herstellen en patiënte is dezelfde avond overleden.

In het anesthesieverlag is een aantal pagina's opgenomen met daarop de uitkomsten van de gedane metingen vanaf 8:30 tot 17:15 uur en een schematische weergave van de gedurende die tijd toegediende medicatie.

In het anesthesieverlag zijn de volgende events met opmerkingen genoteerd:

“Meetfout

16-12-2014 09:39

saturatie meet slecht door koude voeten, sat meter via oorclip

lage BIS

16-12-2014 12:00

lage BIS-waarde: controle pupil reacties bdz pupillen lichtreacties en geen pupil verschil

niBP

16-12-2014 12:30

niBP meet niet of nauwelijks, zit rechts om onderbeen, steriel onder de doeken, carotis pulsaties zijn goed, co2 is goed. Sporadisch een correcte meting tussendoor, waarbij mean goed is. Aldoor goede carotis pulsaties bdz.

nibp

16-12-2014 12:42

aanhoudend slechte metingen, rr band gewisseld, andere positie, op re-onderbeen, tensie meting is nu OK

TEE

16-12-2014 14:00 uur

geen aanwijzingen voor tamponade, geen aanw. voor longembolie, goede contracties, leeg! DD: shock bij distributie. Beleid: vulling, adrenaline”

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt beklagde - zakelijk weergegeven - dat hij inadequaet en niet zorgvuldig heeft gehandeld door:

3. de als alarmerend te beschouwen signalen die ontstonden na toediening van Cefazoline en patent blauw bij aanvang van de operatie en zich gedurende de gehele operatie voordeden, niet als zodanig te interpreteren maar te duiden als storingen van de apparatuur of veroorzaakt door externe factoren;
4. bovengenoemde signalen niet te verifiëren, maar verkeerd te interpreteren en vervolgens te negeren;
6. niet te overleggen met of zich te laten superviseren door de anesthesioloog en de signalen niet te bespreken met de rest van het operatieteam;
9. ondanks de voorzienbaarheid van een allergische reactie na toediening van patent blauw of cefazoline en ondanks de alarmerende signalen niet de mogelijkheid te benutten een anafylactische shock te herkennen en in te grijpen.

4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklaagde voert – zakelijk weergegeven – primair aan dat de klacht niet-ontvankelijk moet worden verklaard. Beklaagde had ten tijde van het handelen een BIG-registratie als verpleegkundige. De klacht ziet echter op zijn handelen als anesthesiemedewerker en dit handelen valt niet onder het tuchtrecht aangezien het geen BIG-geregistreerd beroep betreft.

Subsidiar voert beklagde aan dat het juist is dat zich tijdens de operatie een aantal bijzonderheden heeft voorgedaan, maar beklagde heeft daarop steeds gereageerd zoals van hem kon worden verwacht. Hij heeft de anesthesiologen herhaaldelijk op de hoogte gebracht van de situatie op de OK en de problemen die hij ondervond bij de interpretatie van de diverse klinische gegevens.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

Ten aanzien van de ontvankelijkheid

5.1

Het college dient allereerst de vraag te beantwoorden of de klacht ontvankelijk is.

Vast staat dat beklagde ten tijde van het verweten handelen een registratie had als verpleegkundige. Vast staat voorts dat hij bij het verweten handelen is opgetreden in de hoedanigheid van anesthesiemedewerker.

Het college stelt voorop dat het feit dat een BIG-geregistreerd verpleegkundige in een andere hoedanigheid optreedt (zoals in dit geval als anesthesiemedewerker) in beginsel niet uitsluit dat deze mede in zijn hoedanigheid van verpleegkundige handelt en daarop tuchtrechtelijk kan worden aangesproken. Of dit zo is moet worden beoordeeld aan de hand van de feitelijke werkzaamheden van beklagde. Het college heeft geconstateerd dat de werkzaamheden van anesthesiemedewerker en verpleegkundige elkaar voor een deel overlappen. Werkzaamheden als: kunnen mede worden gerekend tot het deskundigheidsgebied van een verpleegkundige.

Uit de omstandigheid dat beklagde zijn werkzaamheden als anesthesiemedewerker heeft opgegeven als vereiste werkzaamheden om zijn BIG-registratie te behouden blijkt dat ook beklagde meent dat er een grote overlap is tussen de functie van anesthesiemedewerker en de functie van verpleegkundige. De door beklagde opgegeven uren zijn ook meegeteld voor het vereiste aantal gewerkte uren om zijn BIG-registratie te behouden.

Het verwijt heeft voorts met name betrekking op het monitoren van de vitale functies van patiënte en het onderkennen en zo nodig bespreken van (alarm)signalen. Nu dit werkzaamheden zijn die mede kunnen worden gerekend tot het deskundigheidsgebied van een verpleegkundige is het college van oordeel dat de door klager ingediende klacht ontvankelijk is.

Ten aanzien van de inhoud

5.2

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard. Onder beroepsbeoefenaar moet in deze zaak worden verstaan de in een klinische setting werkzame HBO-verpleegkundige zonder ervaring/opleiding in specifieke deskundigheidsgebieden.

5.3

Hoewel het verwijt door klager is samengevat in vier afzonderlijke klachtonderdelen gaat het bij alle klachtonderdelen om de vraag of beklagde voldoende adequaat heeft gereageerd op de verschillende bij patiënte gedane metingen.

5.4

Dat beklagde mogelijk aan het begin van de operatie een bronchospasme heeft gemist kan hem niet worden verweten. In de eerste plaats is hierbij van belang dat voor het herkennen van een bronchospasme een hoge mate van gespecialiseerde medische kennis is vereist. Het voert te ver van een redelijk bekwaam handelend verpleegkundige te verwachten dit als zodanig te herkennen. Dat beklagde op het moment dat dit (mogelijke) bronchospasme zich voordeed, alarmerende signalen niet heeft opgemerkt kan worden verklaard door het gegeven dat hij juist op dat moment onder de doeken bezig was met het plaatsen van een blaaskatheter en geen zicht had op het beademingsapparaat en de bewakingsmonitor. Hiervan kan beklagde geen verwijt worden gemaakt.

Het voert voorts te ver beklagde als verpleegkundige te verwijten dat hij niet extra alert was op de mogelijkheid van een anafylactische shock na toediening van patent blauw. Van een redelijk bekwaam verpleegkundige kan niet worden verwacht dat deze van specifieke risico's van patent blauw op de hoogte had moeten zijn.

Uit het anesthesieverlag blijkt dat al aan het begin van de operatie verschillende metingen werden gedaan waarvoor aandacht nodig was. Toen de metingen na het checken van de apparatuur en onder andere na het vervangen van de saturatiemeter door een oorclip, wisselend bleven en de BIS-waarde verstoord bleef, heeft beklagde contact gezocht met de anesthesioloog die de inleiding van patiënte had verzorgd. Deze verwees klager naar de anesthesioloog die oorspronkelijk voor de operatie van patiënte stond ingepland. Deze is ook rond 10.00 uur op de operatiekamer gekomen en heeft het verloop tot dan toe met beklagde geëvalueerd. Dat beklagde zijn bevindingen daarbij onvoldoende naar voren heeft gebracht is niet aannemelijk

geworden. Beklaagde mocht hierna uitgaan van de juistheid van het door de anesthesioloog vastgestelde beleid (toedienen van noradrenaline en de afspraak dat de bloeddruk niet onder een mean van 65 mmHg mocht komen). Tot dat moment kan dan ook niet worden geoordeeld dat beklagde niet binnen de grenzen van een redelijk bekwaam handelend verpleegkundige is gebleven.

5.5

Na de gemaakte afspraak en de toegediende middelen (vocht, Fenylefrine, noradrenaline, esketamine en magnesium en rond 12:00 uur efedrine) bleef de bloeddruk van patiënte wisselend. Daarbij waren in ieder geval rond 10:45 uur, rond 11:45 uur en rond 12:15 uur metingen met een mean (ruim) onder de afgesproken 65 mmHg. De saturatie bleef laag of niet goed meetbaar. Na een aanvankelijke verbetering was er ook ten aanzien van de BIS-waarde sprake van een neerwaartse trend. Ook was er na het vertrek van de anesthesioloog regelmatig een (te) hoge hartslag. Geconcludeerd moet daarom worden dat de metingen ook na bijstelling van het beleid reden gaven tot zorg. De metingen pasten ook niet bij het type patiënt (ASA1). Beklaagde heeft voor de afwijkende metingen afzonderlijke verklaringen gezocht en gevonden, bijvoorbeeld storingen of wijze van bevestiging van de apparatuur en de lichaamstemperatuur en geknepen extremiteiten van patiënte. Beklaagde heeft echter nagelaten in overweging te nemen en te onderzoeken of de verschillende verklaringen voor de afwijkende metingen op zichzelf al alarmerend zouden kunnen zijn. Zo heeft hij niet overwogen wat de reden kon zijn van het koud blijven van patiënte (ondanks de warmtetoevoer) en de geknepen extremiteiten. Ook heeft hij niet overwogen of er een specifieke reden kon zijn dat de bloeddruk niet (goed) kon worden gemeten aan het been, terwijl de carotis in de nek goed voelbaar was. Om andere verklaringen voor de afwijkende metingen (zoals een anafylactische shock) uit te sluiten had beklagde bijvoorbeeld de urineproductie kunnen controleren of de perifere capillaire refill. De omstandigheid dat hiervoor de operatie tijdelijk onderbroken zou moeten worden omdat patiënte grotendeels onder de doeken lag, had daarvoor geen belemmering mogen zijn. Beklaagde had dit kunnen en moeten overleggen met het aanwezige operatieteam.

Ook heeft beklagde de verschillende signalen niet in hun onderlinge samenhang beschouwd. Met andere woorden: mogelijk was een wisselende bloeddruk op zichzelf, gezien de problemen met de bevestiging van de band, onvoldoende voor aanvullende controles of overleg. In combinatie met de andere afwijkende metingen (saturatie, hartfrequentie, BIS, koude extremiteiten) en het uitblijven van verbetering na toediening van vocht en medicatie, was handelen of overleg echter wél nodig. Deze combinatie van factoren had bij beklagde een “niet pluis-gevoel” moeten oproepen. Beklaagde heeft pas na 12:00 uur telefonisch contact opgenomen met de anesthesioloog. Door zeker anderhalf uur af te wachten bij voortdurende alarmsignalen ondanks toediening van vocht en medicatie heeft beklagde onvoldoende adequaat gereageerd. Dat beklagde vaker dan hierboven is beschreven, contact heeft gehad met de anesthesioloog, blijkt niet uit het dossier. Beklaagde heeft in dit opzicht niet gehandeld zoals van een redelijk bekwaam handelend verpleegkundige (werkzaam binnen een klinische setting) mocht worden verwacht. De klacht is in zoverre gegrond.

5.6

Uit het voorgaande volgt dat de klacht gegrond is. Beklaagde heeft in de periode na het vertrek van de anesthesioloog rond 10:30 uur onvoldoende adequaat gehandeld. Het betreft een ernstig verwijt. Gelet op de specifieke omstandigheden in dit geval, zal desondanks met het opleggen van een waarschuwing worden volstaan. Daarbij is van

belang dat sprake was van een suboptimale situatie doordat beklagde pas op de ochtend van de operatie werd gevraagd bij een operatie op een andere, hem minder bekende afdeling in te springen. De opstelling en wijze van opereren waarbij simultaan zou worden geopereerd en patiënte grotendeels steriel onder doeken lag, was voorts complexer dan gebruikelijk op de betreffende afdeling. De setting maakte het werken van beklagde ook lastiger omdat hij voor elke controle onder de doeken moest en daarbij het opererende team hinderde maar ook de steriliteit gewaarborgd moest blijven. Voorts is in aanmerking genomen dat beklagde zich toetsbaar heeft opgesteld.

5.7

Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal deze beslissing worden gepubliceerd.

6. DE BESLISSING

Het college:

Aldus gegeven door W.J.B. Cornelissen, voorzitter, J. Sap, lid-jurist, E.M. Vink-De Goeij, J. Mulder en I.M. Bonte, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van M. Keukenmeester, secretaris

voorzitter
secretaris

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

6. 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.

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

3. 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 Zwolle. 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.