



NIET -
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/
AFGEWEZEN

Partner dementerende onvoldoende bij time-out betrokken

Links-rechtsverwisselingen op de operatiekamer gebeuren helaas nog steeds. Zoals bij de 91-jarige dementerende man uit deze tuchtzaak, die tijdens de dienst onder het mes moet vanwege een heupfractuur. Alles gaat net wat anders dan normaal: er is minder personeel op de ok en de patiënt kan de time-outvragen niet zelf beantwoorden. De anesthesioloog spreekt de echtgenote in de sluis, zodat zij niet 'in het pak gehesen' hoefde te worden om op de holding te komen. Het is allemaal begrijpelijk, maar het eindigt er wel mee dat de chirurg de incisie aan de

verkeerde kant zet. Hij reageert adequaat als de patiënt pijn lijkt te hebben. De fout wordt hersteld, de betrokkenen worden geïnformeerd, excuses gemaakt, meldingen gedaan, lessen geleerd. De Inspectie voor de Gezondheidszorg stapt altijd naar de tuchtrechter bij dergelijke fouten, en het eindigt met waarschuwingen voor anesthesioloog en chirurg.

Een dergelijke zaak benadrukt het belang van een goede time-outprocedure, juist tijdens dit soort momenten. Terecht benadrukt het tuchtcollege dat de vrouw van deze patiënt gewoon

mee had gemoeten naar de holding en de ok. Als er een kindje op tafel had gemoeten, was vader of moeder ongetwijfeld wel meegenomen. Dus: zorg dat ook in uw ziekenhuis de vertegenwoordiger van een wilsonbekwame volwassen patiënt altijd mee kan.

Sophie Broersen, arts/journalist
Anneloes Rube, jurist KNMG

Op medischcontact.nl vindt u onder dit artikel ook de tekst van de zaak tegen de betrokken chirurg.

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle d.d. 17 maart 2017 (ingekort door redactie Medisch Contact)

Beslissing naar aanleiding van de op 17 maart 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Groningen ingekomen en vervolgens naar dit college doorgezonden klacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, (...) klaagster, tegen A, anesthesioloog, (...).

01

Het verloop van de procedure

(...) Ter zitting is gelijktijdig maar niet gevoegd de klacht van de inspectie tegen de hieronder genoemde chirurg (065/2016) behandeld. In die zaak wordt gelijktijdig uitspraak gedaan.

02

De feiten

(...) In november 2014 meldde een patiënt, geboren in 1923, zich met zijn echtgenote bij de SEH van het ziekenhuis met een

heupfractuur rechts. Hij was dementerend en niet in staat zelf adequate informatie te verschaffen over onder meer zijn naam, zijn geboortedatum en de aangedane zijde. In overleg met de echtgenote werd besloten dezelfde avond te opereren.

Verweerster was tijdens de avonddienst, waarin er geen personeel aanwezig is op de holding, met de anesthesiemedewerker aanwezig om de afgesproken spinale anesthesie en sedatie te verzorgen. Om die reden diende een pretime-out te worden uitgevoerd. Patiënt had op de verpleegafdeling een pijl richting de rechterknie gekregen, die na afdekking niet meer zichtbaar zou zijn in het operatiegebied. Over de vraag hoe de pijl precies was gezet, hoe en met wie de pretime-outprocedure is uitgevoerd en of en zo ja, hoe de time-outprocedure is uitgevoerd verschillen de inspectie en verweerster van mening. Vaststaat in elk geval dat patiënt, in aanwezigheid van zijn echtgenote en een verpleegkundige van de afdeling, in de sluis is ontvangen door verweerster en de medewerker anesthesiologie. Vaststaat verder dat de echtgenote van patiënt niet is meegenomen in de holding en de ok. Patiënt werd in de holding voorbereid waarbij hij sedatie en spinale anesthesie kreeg toegediend en vervolgens door verweerster samen met de anesthesiemedewerker en de inmiddels gear-

riveerde chirurg op de aangedane rechterzijde werd gelegd, waardoor het anestheticum zich beter kon uitbreiden naar het operatiegebied. De patiënt werd vervolgens de operatiekamer ingereiden.

Verweerster is nog enige tijd in de ok aanwezig geweest om bloed te brengen en instructies te geven aan de anesthesiemedewerker. Daarna is zij vertrokken van de ok. De chirurg heeft van meet af aan verklaard dat hij geen time-outprocedure heeft uitgevoerd. Ter zitting heeft hij desgevraagd gemeld dat hij waarschijnlijk wel de naam van de patiënt en de aangedane zijde heeft genoemd bij de komst van de patiënt in de ok, omdat hij gewoon is dat te doen. In de ok heeft de chirurg patiënt samen met in elk geval de anesthesiemedewerker van het bed in dezelfde positie op de operatietafel (en dus liggend op de aangedane rechterzijde met de linkerzijde boven) geschoven.

De chirurg heeft vervolgens aan de linker- en dus verkeerde zijde een aanvang gemaakt met de operatie. Toen de patiënt reageerde op de pijn prikkel van de incisie (de huid en de subcutis waren geopend tot aan de fascie) is verweerster teruggeroepen naar de operatiekamer. Vervolgens beseft de anesthesiemedewerker dat de operatie aan de verkeerde zijde was gestart. Zij informeert het ok-team, waarna de incisie werd gehecht en de ingreep alsnog, na een volledig time-out, aan de juiste zijde (rechts) plaatsvond.

De chirurg heeft direct na de operatie de echtgenote van patiënt geïnformeerd over de links-rechtsverwisseling. Hij heeft gezegd dat hij hiervan een melding zou doen. Hij heeft het operatieteam verzocht een MIP-melding te doen, hetgeen is gebeurd. Hij heeft ook de veiligheidscommissie, waarvan hij tot dan toe zelf deel uitmaakte, geïnformeerd. Er is een calamiteitenmelding bij de IGZ gedaan en deze heeft een onderzoek uitgevoerd. Er zijn binnen het ziekenhuis diverse verbetermaatregelen getroffen, waaronder aanpassing van protocollen. De chirurg heeft de casus, het onderzoek en de verbetermaatregelen gepresenteerd aan de medische staf.

03

Het standpunt van klaagster en de klacht

Klaagster verwijt verweerster, zakelijk weergegeven, tekortschieten in de zorg door in strijd met de landelijke richtlijn Het Peroperatieve Traject, versie 2011:

- de pretime-out alleen uit te voeren;
- niet haar verantwoordelijkheid te nemen voor haar bijdrage in de gezamenlijke uitvoering van de time-outprocedure.

04

Het standpunt van verweerster

Verweerster betwist dat zij de pretime-outprocedure alleen heeft uitgevoerd. Zij wil niet uitsluiten dat het invullen van het in het ziekenhuis zogenoemde sign-informulier door haar buiten aanwezigheid van anderen is gebeurd, maar zij heeft de volledige verificatie van de hiertoe benodigde gegevens in de sluis van de holding uitgevoerd in het bijzijn van de echtgenote en vertegenwoordigster van de patiënt, de verpleegkundige van de afdeling en de anesthesiemedewerker. Vervolgens heeft in de ok de chirurg nogmaals een verificatie uitgevoerd van, hier met name van belang, de naam van patiënt en de aangedane zijde, waarbij hij aangaf dat het geen zin had patiënt naar zijn geboortedatum te vragen. Verweerster is nog kort in de ok geweest om de bloedeenheden te verzorgen en herinnert zich dat de ok-tafel was opgedekt voor een operatie van een patiënt aan de rechterzijde toen zij vertrok. Verweerster was bij het afdekken en het maken van de incisie niet meer aanwezig. Nu haar aanwezigheid niet vereist was bij een locoregionale anesthesie en er een pretime-out had plaatsgevonden, mocht verweerster haar aanwezigheid inclusief het deelnemen aan de time-outprocedure delegeren aan de anesthesiemedewerker, die wel aanwezig bleef. Weliswaar was dat niet vastgelegd in het lokale protocol, zoals vereist in de landelijke richtlijn Het Peroperatieve Traject, maar het was wel gebruikelijk en later is dat wel vastgelegd in het protocol. Zij achtte het niet haar taak en ook niet zinvol om de chirurg op de onvolledige time-out aan te spreken. Verweerster verzoekt de klacht ongegrond te verklaren.

05

De overwegingen van het college

(...)

Klachtonderdeel 3.a, de pretime-out

(...)

5.3 Alles overziende is er zodanige twijfel dat verweerster niet kan worden gehouden aan het door haar gecorrigeerde gespreksverslag en is er onvoldoende reden om geen geloof te hechten aan de in de processtukken en ter zitting afgelegde verklaring van verweerster. Dit betekent dat het ervoor moet worden gehouden dat verweerster de pretime-out in de sluis heeft uitgevoerd met de echtgenote van patiënt in aanwezigheid van de anesthesiemedewerker, nadat deze eerst met de afdelingsverpleegkundige de overdracht naar de holding had afgewerkt.

5.4 Het college baseert zich in zijn oordeel op de in voorgaande overweging weergegeven gang van zaken. Cruciaal daarbij is dat verweerster van oordeel was dat het voor iedereen het gemakkelijkst was om de echtgenote in de sluis te spreken zodat deze niet ‘in het pak gehesen’ hoefde te worden om de holding te betreden. Op zichzelf is een pretime-out in de sluis van de holding wel in lijn te achten met de richtlijn Het Peroperatieve Traject, versie 2011 van onder meer de Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie (NVA) en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), mits deze pretime-out in alle rust met de anesthesiemedewerkster en de (vertegenwoordiger van de) patiënt en duidelijk afgebakend van de overdracht tussen diezelfde anesthesiemedewerker en de afdelingsverpleegkundige is uitgevoerd én de anesthesie pal daarna aan de andere kant van de deur op de holding is gestart, zoals door verweerster in deze procedure aangevoerd. Zoals de inspectie terecht wenst, wordt dan nog voldaan aan de eis dat de pretime-out vlak voor de start van de invasieve voorbereidende handelingen op de holding plaatsvindt. Verweerster heeft zich echter kennelijk niet gerealiseerd dat door haar praktische aanpak de vertegenwoordiger van deze dementerende patiënt, zijn echtgenote, niet op de ok aanwezig zou zijn. Zij kon en moest weten dat de time-out op de ok, waarin of de anesthesiemedewerker of zijzelf zou participeren, door het ontbreken van de echtgenote – en dus van de inbreng van de kant van de patiënt daarbij – niet volledig zou kunnen zijn. In die zin slaagt dus het hier besproken klachtonderdeel van de inspectie dat verweerster wel een pretime-out heeft uitgevoerd, maar dat deze niet volledig is geweest. De pretime-out had beter op de holding kunnen worden uitgevoerd, omdat de echtgenote daarna toch door moest naar de ok. Dat dit overdag wel altijd gebeurt en niet altijd in de dienst, terwijl in de dienst die moeite bij een ouder of verzorgende van een minderjarig kind wel wordt genomen en bij een vertegenwoordiger van een wilsonbekwame volwassen patiënt niet, laat zich niet goed verklaren – ook niet door verweerster ter zitting. Het college voegt hier nog aan toe, zonder dit verweerster persoonlijk te verwijten, dat het niet aan de duidelijkheid bijdraagt dat de term pretime-out, zo genoemd en omschreven in meergenoemde richtlijn, op het formulier van het ziekenhuis is vervangen door de term sign-in. Dat maakt voor de gebruikers van het formulier de koppeling tussen de richtlijn en het formulier er niet gemakkelijker op.

5.5 Nu de inspectie heeft aangegeven dat de (acceptatie van) de wijze waarop de markering bij patiënt was gezet niet aan verweerster wordt verweten, blijft dit punt onbesproken.

Klachtonderdeel 3.b, de time-out

5.6 De richtlijn maakt de volgende uitzondering op het vereiste dat de anesthesioloog zelf deelneemt aan de time-out op de ok: *‘In specifieke omstandigheden kan de aanwezigheid bij de time-out door de anesthesioloog gedelegeerd worden naar de anesthesiemedewerker (de eindverantwoordelijkheid blijft in dit geval bij de anesthesioloog): - er is sprake van een locoregionale techniek als solitaire anesthesievorm, én*

- er heeft een pre-time out plaatsgevonden door de anesthesioloog, én - deze werkwijze is vastgelegd in een lokaal protocol dat regelmatig wordt geëvalueerd.

Aan alle drie de voorwaarden moet zijn voldaan.’

In dit geval was voldaan aan de eerste twee voorwaarden. Verweerster heeft pas na het incident ontdekt dat in het lokale protocol de delegatie aan de anesthesiemedewerker voor een dergelijk geval niet was vastgelegd. Dat is inmiddels aangepast. Zowel verweerster als de chirurg in zijn eigen zaak heeft verklaard dat het in het ziekenhuis vaste praktijk was dat de anesthesiemedewerker deelnam aan de time-out indien er sprake was van een locoregionale techniek en de pretime-out had plaatsgevonden. Het college herkent deze aanpak en heeft geen reden aan de verklaringen te twijfelen. Het enkele feit dat dit niet was vastgelegd in het lokale protocol is onvoldoende om verweerster een tuchtrechtelijk verwijt te maken. Ook de omstandigheid dat verweerster enige tijd in de ok is geweest, brengt niet mee dat zij verantwoordelijk werd voor de time-out; zij had haar aandacht bij andere dingen en het vaste gebruik bracht mee dat iedereen, inclusief de anesthesiemedewerker zelf, wist dat de deelname aan de time-out was gedelegeerd aan deze medewerker. Dat verweerster eindverantwoordelijk is, is inderdaad het geval, maar dat maakt het voorgaande niet anders. Dit klachtonderdeel slaagt dus niet.

5.7 Ten aanzien van de op te leggen maatregel overweegt het college het volgende. De inspectie heeft ter zitting uiteengezet dat uit onderzoek een- en andermaal is gebleken dat het inbouwen van controlemomenten met actieve deelname van alle betrokkenen inclusief de patiënt, hoe overdreven die ook mogen lijken, het aantal vergissingen in de ok (met soms zeer ernstige gevolgen) aanzienlijk terugbrengt. Zij heeft uiteengezet dat zij in het verleden een traject heeft gevolgd om dit waar nodig de beroepsbeoefenaren bij te brengen en uiteindelijk bekend heeft gemaakt dat het niet volgen van de richtlijn, in geval er schade is ontstaan, zal leiden tot een tuchtklacht. De richtlijn is gedragen door een groot aantal organisaties in de zorg. Het college onderschrijft het belang van een zorgvuldige naleving van de richtlijn volledig. Het handelen in strijd met doel en strekking van de vereiste procedure kan in beginsel niet met minder dan een berisping worden afgedaan (CTG 7 juni 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:212). Met de inspectie is ter zitting besproken welke maatregel haar in dit geval voor ogen staat. De inspectie heeft aangegeven dat de mate van openheid wat haar betreft voor de bepaling van de maatregel een belangrijke factor is. Kennelijk heeft zij daarbij voor ogen dat de chirurg op geen enkel moment heeft betwist dat hij heeft gehandeld in strijd met de vereiste procedure en verweerster wel. Uit hetgeen hierboven is overwogen, volgt naar het oordeel van het college echter dat er bij verweerster eerder sprake was van onhandigheid in de communicatie dan van gebrek aan openheid en kan haar verweer haar niet in rekening worden gebracht bij de bepaling van de zwaarte van de maatregel. Het college laat verder meewegen dat verweerster in haar lange loopbaan niet eerder een geslaagde tuchtklacht

heeft meegemaakt en dat in het ziekenhuis onder meer de protocollen zijn aangepast. Het college gaat ervan uit dat, indien nodig, de procedure in het ziekenhuis bij een wilsonbekwame meerderjarige patiënt alsnog zo wordt aangepast dat de vertegenwoordiger te allen tijde, dus ook buiten kantooruren, meegaat naar de holding en de ok. Mede gelet op het preventieve karakter van een op de verbetering of handhaving van de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg gerichte tuchtrechtelijke maatregel volstaat tegen deze achtergrond de maatregel van waarschuwing. (...)

06

De beslissing

Het college

- verklaart klachtonderdeel 3.a gegrond als hierboven aangegeven en wijst de klacht voor het overige af;
- legt aan verweerster de maatregel van waarschuwing op; (...)

Aldus gedaan door mr. A.L. Smit, voorzitter, prof. mr. J.C.J. Dute, lid-jurist, en L. van den Broek, dr. G.J.M. Akkersdijk en dr. R. Brons, leden-artsen, in tegenwoordigheid van mr. K.M. Dijkman, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 17 maart 2017 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris. ■

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

● Onprofessionele uitingen en geen medewerking aan second opinion

Echtgenote van patiënt verwijt een anesthesioloog onprofessioneel gedrag en weigeren tot medewerking aan second opinion. De patiënt had veel problemen: nierfalen, diabetes, slechte longen en een matig hart. Na vele behandelingen heeft het medisch team besloten dat patiënt na detubatie niet weer aan de beademing zou gaan in verband met een te groot lijden. De familie heeft toen opnieuw verzocht om een second opinion. De anesthesioloog zei tegen de familie dat de patiënt onnodig aan het lijden was en de familie medeverantwoordelijk was voor de verlenging van dit lijden door te willen vasthouden aan de second opinion.

De tuchtrechter vindt dat de anesthesioloog hiermee de grens heeft overschreden van wat van een zorgvuldig en professioneel handelend arts jegens de familie, die zich geconfronteerd zag met het terminale karakter van de toestand van een dierbaar familielid, mocht worden verwacht. Verder had de anesthesioloog, bij wijze van second opinion, uitvoerig telefonisch gesproken met de longarts van het academisch ziekenhuis, die de familie had aangewezen. De tuchtrechter vindt uitvoerig telefonisch overleg met de door de familie gekozen arts, zonder dat deze arts beschikte over de medische gegevens van de patiënt, onvoldoende om als second opinion te kunnen gelden. Beide klachten zijn gegrond. Omdat de anesthesioloog erg betrokken was bij de patiënt en vooral het welbevinden van patiënt voor ogen had, legt de tuchtrechter een waarschuwing in plaats van een berisping op.

RTG Eindhoven, 16 oktober 2017

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

