

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2008/255

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE AMSTERDAM

Het College heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 16 september 2008 binnengekomen klacht van:

A,
B,
beiden wonende te C,
klagers,

tegen

D,
cardio-thoracaal chirurg,
wonende te E (F),
werkzaam te G,
verweerder.

1. Het verloop van de procedure.

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek met de bijlage;
- de dupliek;
- het faxbericht van (de gemachtigde van) verweerder met de bijlage, binnengekomen op 29 juni 2010;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;
- de pleitnotities van mr. D. Zwartjens, door haar, namens klagers, overgelegd ter terechtzitting;
- de pleitnotities van mr. M.J.J. de Ridder, door hem, namens verweerder, overgelegd ter terechtzitting.

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

De klacht is ter openbare terechtzitting op voet van artikel 57 lid 1 Wet BIG gezamenlijk behandeld met de klachtzaak tegen H, geregistreerd onder nummer 08/256.

Partijen waren aanwezig.

Klagers werden bijgestaan door mr. D. Zwartjens, advocaat te Amsterdam, en verweerder door mr. M.J.J. de Ridder, advocaat te Utrecht.

Voorts was aanwezig I, cardiothoracaal chirurg, wonende te J (F) als deskundige opgeroepen door het college.

2. De feiten.

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

Klagers zijn de echtgenoot respectievelijk dochter van K, verder te noemen patiënte. Verweerder is als cardio-thoracaal chirurg werkzaam in het L te G.

Patiënte is in april 2006 in verband met een symptomatische hypertrofische obstructieve cardiomyopathie door een ander ziekenhuis verwezen naar het L. Daar is op 28 juni 2006 door een cardioloog een angiogram gemaakt en is besloten een Morrowprocedure uit te voeren met resectie van septaal spierweefsel.

Op 22 september 2006 is patiënte in het L opgenomen, teneinde de operatie te laten plaatsvinden op 25 september 2006. De operatiedatum is vervolgens uitgesteld tot 27 september 2006 omdat patiënte de wens had uitgesproken door cardio-thoracaal chirurg H, verder te noemen H, te worden geopereerd die op 25 september 2006 was verhinderd.

Op de avond voor de operatie heeft verweerder aan patiënte medegedeeld dat de operatie zou worden verricht door H met assistentie van verweerder.

De operatie is uiteindelijk, in ieder geval gedeeltelijk, door verweerder verricht.

Over de persoon van de operateur heeft H in zijn brief van 3 januari 2007 aan de klachtencommissie van het L geschreven:

'De gang van zaken was als volgt: vanwege mijn afwezigheid op dinsdag 26 september 2006 heeft collega D het gesprek over de operatie met haar gevoerd. Dat hij in dat gesprek ervan uitging dat ik de operatie zou uitvoeren is ook niet onbegrijpelijk. Er was immers geen overleg geweest over wie de operatie zou uitvoeren. Gezien de chirurgische kwaliteiten van collega D is hij goed in staat om deze operatie te kunnen uitvoeren. Op woensdag 27.09.2006 heb ik in het kader van mijn vertrek naar M collega D in de gelegenheid gesteld om nog meer ervaring op te doen met deze operatietechniek bij de hypertrofische obstructieve cardiomyopathie van K. Dit houdt in dat hij volledig onder mijn supervisie de operatie heeft uitgevoerd, hetgeen inhoudt dat de uitvoering van alle handelingen onder mijn supervisie hebben plaatsgevonden. Ik voel mij dan ook volledig verantwoordelijk voor de gang van zaken.'

Tijdens de operatie zijn na het afhalen van de aortaklem bij patiënte langdurig ventriculaire ritmestoornissen opgetreden en was sprake van een matig contraherend rechter ventrikel. De (rechter) ventrikel bleek niet te pacen. De ritmestoornissen werden door verweerder en H geduid als zijnde veroorzaakt door een CO2-embolisatie. Na een lange perfusietijd heeft patiënte weer een eigen sinusritme gekregen, de bloeddruk verbeterde enigszins waarna de hart-longmachine is gestopt en de wond is gesloten.

Bij de overdracht van patiënte aan de Intensive Care is melding gemaakt van (voorbij) ritmestoornissen en het niet goed functioneren van het rechter ventrikel tijdens de operatie en dat dit te wijten was aan een CO2-embolisatie.

In de dagen na de operatie is de situatie van patiënte ernstig verslechterd, waarna patiënte op 30 september 2006 is overleden.

Op het lichaam van patiënte is sectie verricht. In het obductieverslag van 25 oktober 2006 zijn de bevindingen van de patholoog vastgelegd. De uitkomst van de obductie komt er op neer dat gebleken is dat bij het sluiten van de aortaincisie het ostium van de rechter coronairarterie (RCA) ongeveer 0,5 centimeter boven de aortaklep is overhecht.

Op 30 november 2006 heeft verweerder naar aanleiding van het overlijden van patiënte een gesprek gehad met de familie van patiënte.

De obductie aangaande patiënte is in een bespreking op 4 december 2006 aan de orde geweest.

Op 7 december 2006 heeft klager bij de klachtencommissie van het L tegen onder anderen verweerder en H een klacht ingediend. De klachtencommissie heeft deze klacht op 20 juni 2007 op onderdelen gegrond verklaard.

3. Het standpunt van klagers en de klacht.

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

1. patiënte in de pre-operatieve fase onzorgvuldig heeft behandeld door haar onvoldoende te onderzoeken, waardoor hij ten onrechte niet heeft opgemerkt dat bij patiënte sprake was van een afwijkende ligging van het ostium van de RCA;
2. patiënte in de pre-operatieve fase onjuist heeft geïnformeerd over de persoon van de operateur;
3. patiënte in de per-operatieve fase onzorgvuldig heeft behandeld door:
 - a) de operatie technisch onzorgvuldig uit te voeren door het ostium van de RCA te overhechten, en door
 - b) ten onrechte nader onderzoek naar de ventriculaire ritmestoornissen achterwege te laten en deze ritmestoornissen te duiden als zijnde veroorzaakt door een CO2-embolisatie;
4. patiënte in de post-operatieve fase onzorgvuldig heeft behandeld door:
 - a) een onvolledige overdracht aan de afdeling Intensive Care te verzorgen, en
 - b) (de familie van) patiënte niet van de ritmestoornissen in kennis te stellen;
5.
 - a) de uitkomsten van de obductie niet intern heeft besproken, en
 - b) heeft getracht deze voor klagers verborgen te houden door de inhoud van het obductierapport onjuist weer te geven en ten onrechte te stellen dat patiënte niet is overleden als gevolg van de overhechting.

4. Het standpunt van verweerder.

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De overwegingen van het college.

Ad 1: In tegenstelling tot hetgeen klagers hebben gesteld, is het college van oordeel dat verweerder, gelet op de zeldzaamheid van de hoge ligging van het ostium, volgens de ter terechtzitting gehoorde deskundige in 1-2% van de gevallen, geen nader onderzoek had behoeven te doen naar de ligging van het ostium. Verweerder mocht afgaan op de bevindingen van de cardioloog die het angiogram van 28 juni 2006 had beoordeeld en geen afwijking had gemeld. Verder heeft ook verweerder zelf het angiogram voor de operatie als routinehandeling bekeken en geen bijzonderheden gezien. Vóór de operatie waren er dan ook geen aanwijzingen die verweerder ertoe hadden moeten brengen nader onderzoek te doen naar de ligging van het ostium terwijl niet gezegd kan worden dat de afwijkende ligging door verweerder ten onrechte niet is opgemerkt. Het feit dat een meer proximale incisie in de aorta werd gemaakt, waarbij dichter dan gebruikelijk bij de oorsprong van de RCA kon worden gekomen, maakt het voorgaande niet anders. Op dit onderdeel valt verweerder dan ook geen verwijt te maken, zodat dit klachtonderdeel ongegrond wordt geacht.

Ad 2: Vaststaat dat patiënte had aangegeven door H te willen worden geopereerd en dat de operatie vanwege die wens van patiënte nog is verplaatst naar een latere datum. Verweerder heeft verder de avond voor de operatie aan patiënte bevestigd dat H haar zou opereren. Dit maakt dat patiënte ervan mocht uitgaan dat dit ook zou gebeuren. Patiënte had er geen rekening mee behoeven te houden dat H, zoals ter zitting naar voren is gebracht, alleen de kernoperatie, te weten het weghalen van overtollig myocardweefsel, zou verrichten. Ten aanzien van dit punt bestaat overigens een discrepantie tussen hetgeen H in zijn brief van 3 januari 2007 aan de klachtencommissie van het L heeft geschreven en hetgeen hij ter zitting heeft verklaard. Het college heeft dan ook niet kunnen vaststellen of hij de kernoperatie daadwerkelijk zelf heeft verricht. Wat daar ook van zij, in ieder geval had van verweerder verwacht mogen worden dat hij aan patiënte had uitgelegd dat de operatie in teamverband zou worden verricht en dat H hoogstens een gedeelte van de operatie op zich zou nemen. Door dit na te laten heeft verweerder verwijtbaar gehandeld. Dit klachtonderdeel is derhalve gegrond.

Ad 3 onder a): Vanwege de zeldzaamheid van de afwijkende ligging van het rechter coronair ostium wordt het overhechten van het ostium beschouwd als een complicatie die verweerder niet kan worden verweten. Dit klachtonderdeel is dan ook ongegrond.
Ad 3 onder b): Vaststaat dat na het sluiten van de aortaincisie tijdens de operatie bij patiënte ventriculaire ritmestoornissen zijn opgetreden terwijl het hart niet kon worden gepaced. Dit alles kan in beginsel het gevolg zijn van een CO₂-embolisatie, maar, zoals de deskundige ter zitting uiteen heeft gezet, zijn de ritmestoornissen in dat geval binnen uiterlijk een half uur verdwenen. Indien de ritmestoornissen langer dan een half uur voortduren moet naar de mening van de deskundige aan een andere oorzaak worden gedacht en daarnaar onmiddellijk onderzoek worden gedaan, zodat in de cruciale periode vlak na de operatie nog adequaat kan worden gereageerd, bijvoorbeeld door het plaatsen van een bypass. Bij patiënte is dat niet gebeurd. Verweerder is ook nadat de ritmestoornissen langer dan een half uur aanhielden gebleven bij de diagnose CO₂-embolisatie. Hij had echter onder de gegeven omstandigheden een ECG en een TEE moeten laten maken die hij door een cardioloog specifiek op deze situatie had moeten laten beoordelen. De peroperatief gemaakte TEE is niet door een cardioloog op de functie van de rechter kamer beoordeeld en de tijdens de operatie op de monitor getoonde ECG's, die evenmin door een cardioloog zijn bestudeerd, waren daartoe onvoldoende. De omstandigheid dat de situatie van patiënte op enig moment een verbetering liet zien maakt dit niet anders, aangezien dat ook kan worden toegeschreven aan een

restfunctie van het hart, zoals door de deskundige is opgemerkt. Gelet op het voorgaande is het college van oordeel dat verweerder op dit punt verwijtbaar heeft gehandeld. Dit klachtonderdeel wordt dan ook gegrond geacht.

Ad 4 onder a): Vaststaat dat patiënte na de operatie aan de Intensive Care is overgedragen met de vermelding dat bij haar sprake is geweest van een CO2-embolisatie, waardoor deze verkeerde diagnose op de Intensive Care betekenis heeft gehouden. Dat dit is gebeurd vloeit echter voort uit de onjuiste veronderstelling bij verweerder dat er daadwerkelijk sprake was van een CO2-embolisatie, zoals hiervoor onder Ad 3 is besproken. Aan dit onderdeel van de klacht kan dan ook geen zelfstandige waarde worden toegekend. Om die reden zal het als ongegrond worden afgewezen.

Ad 4 onder b): Het college volgt klagers niet in hun stelling dat verweerder (de familie van) patiënte op de hoogte had moeten stellen van de ritmestoornissen. Onder de gegeven omstandigheden waarbij de ritmestoornissen op enig moment waren verdwenen en verweerder ervan uitging dat de operatie was geslaagd, behoefde hij dergelijke informatie niet aan (de familie van) patiënte te verstrekken. Dit klachtonderdeel is dan ook eveneens ongegrond.

Ad 5 onder a): Het obductieverslag is op 25 oktober 2006 gereed gekomen en verweerder heeft ter zitting verklaard van de conclusies uit de obductie een maand daarna door de patholoog op de hoogte te zijn gebracht. Verweerder heeft verder verklaard dat in het geval een patiënt komt te overlijden, dit in zijn team besproken wordt. De inspectie voor de gezondheidszorg heeft hij niet in kennis gesteld van de bijzondere omstandigheden van dit overlijden (de overhechting van het coronarostium met het daarop volgende beloop) omdat hij er niet van op de hoogte was dat dit moest gebeuren. Ook heeft verweerder H, die de dag na de operatie van patiënte naar een ander ziekenhuis was vertrokken, niet op de hoogte gebracht van het overlijden van patiënte en de oorzaak daarvan. Wel heeft verweerder, hoewel daarbij zelf niet aanwezig, het obductieverslag in een pathologiebespreking van 4 december 2006 aan de orde laten komen, waarbij de obductiebevindingen binnen de vakgroepen anesthesie, thorax-chirurgie en cardiologie zijn besproken. Dat verweerder de uitkomst van het obductieverslag niet intern heeft besproken kan dan ook niet worden gezegd. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Ad 5 onder b): Naar aanleiding van het overlijden van patiënte heeft op 30 november 2006 een gesprek tussen verweerder en de familie van patiënte plaatsgevonden. Klagers hebben ter zitting verklaard dat verweerder in dit gesprek de werkelijke oorzaak van het overlijden van patiënte heeft willen verhullen. Zij hebben in dit verband gesteld dat op de vraag wat nu precies is gebeurd door verweerder tot driemaal toe niet is gesproken over de overhechting van het ostium en dat verweerder, eerst nadat klagers hem mededeelden dat zij kennis hadden genomen van het obductieverslag, heeft erkend wat de werkelijke doodsoorzaak is geweest. Verweerder heeft dit door klagers geschetste verloop van het gesprek niet weersproken en ter zitting erkend dat de communicatie te wensen heeft overgelaten, maar hij heeft betwist dat hij de werkelijke doodsoorzaak heeft willen verbergen.

Het college acht het, in aanmerking nemende dat verweerder al geruime tijd op de hoogte was dan wel had kunnen zijn van de uitkomst van de obductie en hij deze (tot driemaal toe) niet op eigen initiatief aan de familie heeft gemeld, begrijpelijk dat bij klagers de indruk is ontstaan dat verweerder de werkelijke doodsoorzaak heeft willen verbergen. Het is aannemelijk dat verweerder zich ervan bewust is geweest dat klagers

aanvankelijk niet van de doodsoorzaak op de hoogte waren. In zoverre heeft hij verwijtbaar gehandeld en is dit klachtonderdeel gegrond.

De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens patiënt en/of diens naasten had behoren te betrachten.

Het college rekent het verweerder met name aan dat hij, zich bewust van de ernstige complicatie en dramatische gevolgen voor patiënte en de familie, geen open kaart heeft gespeeld en de communicatie met hen niet actief heeft opgezocht. Een ernstig verwijt is op zijn plaats. In de omstandigheid dat aan te nemen is dat verweerder als beginnend specialist uit deze zaak lering heeft getrokken, en meer in het bijzonder thans de noodzaak van een open en eerlijke communicatie met de patiënt en zijn familie inziet, zal het college volstaan met na te melden maatregel.

6. De beslissing.

Het Regionaal Tuchtcollege waarschuwt verweerder.

Aldus gewezen op 29 juni 2010 door:

mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter,

dr. R.W. Koster en R.Vogelenzang, leden-arts,

mr. B.P.W. Busch, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 24 augustus 2010 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. J.S.W. Holtrop, voorzitter

w.g. B.P.W. Busch, secretaris