

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2009 H 064a

**Datum uitspraak: 30 november 2010**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

**A**,  
wonende te B,  
klager,

tegen:

**C**, chirurg,  
wonende te D,  
de persoon over wie geklaagd wordt,  
hierna te noemen de arts.

### **1. Het verloop van het geding**

Het klaagschrift is ontvangen op 31 maart 2009. De arts heeft tegen de klacht verweer gevoerd, waarna partijen hebben gerepliceerd en gedupliceerd. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de gelegenheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord. De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare zitting van 5 oktober 2010. Partijen zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. De arts werd bijgestaan door gemachtigde E. te D.

### **2. De feiten**

Bij de echtgenote van klager F, (hierna te noemen: patiënte), is in 2006 een Grawitztumor ter plaatse van de rechternier vastgesteld. De rechternier is daarop in het E te D, door de aldaar werkzame uroloog operatief verwijderd. Bij deze operatie werden aanwijzingen gevonden voor de aanwezigheid van lymfklieruitzaaiingen in het aanvoergebied van de rechternier. Besloten is om patiënte daarvoor in eerste instantie te behandelen door middel van chemotherapie.

Hoewel patiënte daarop goed reageerde, bleef er een tumorproces (geïsoleerde uitzaaiingen) rond de onderste holle ader in de buik aanwezig. Aan patiënte is vervolgens voorgesteld om het tumorweefsel chirurgisch te verwijderen. Zij heeft in dat kader op 17 juli 2007 een bespreking gehad met de arts. Patiënte heeft ingestemd met de door de arts voorgestelde operatie en is hiervoor op 28 augustus 2007 weer opgenomen in het E.

De operatie waarbij het tumorweefsel werd verwijderd, is op 29 augustus 2007 uitgevoerd door de arts. De operatie verliep zonder problemen. Uit het PA-verslag bleek dat het

een uitzaaiing van de al eerder verwijderde Grawitztumor betrof. Patiënte is na de operatie overgebracht naar de afdeling Intensive Care waarna zij op 31 augustus 2007 is overgeplaatst naar de reguliere verpleegafdeling. Op deze verpleegafdeling is patiënte bezocht door zowel de arts als door dienstdoende collega's.

Patiënte gaf aan pijn te hebben aan de rechter schouder. Als oorzaak van deze klachten is aanvankelijk gedacht aan een infectie van de luchtwegen.

Op 2 september 2007 maakte een collega-arts melding van een mogelijk postoperatief longprobleem aan de rechterzijde; er was sprake van scherp ademgeruis. Patiënte gaf voorts aan pijn in de borst te hebben welke pijn doortrok naar de rug. In verband met deze klachten is een longarts in consult geroepen. Besloten is om patiënte ondersteunende behandeling te geven in de vorm van fysiotherapie.

De dagen erop verslechterde de toestand van patiënte; zij kreeg oedemateuze benen en had dusdanige pijnklachten dat zij bezoek niet kon verdragen. Haar kortademigheid nam in hevigheid toe. Om de oorzaak van de klachten te achterhalen is eerst duplexonderzoek verricht en vervolgens op 7 september 2007 een CT-scan gemaakt. Bij dit laatste onderzoek werd een aanzienlijke hoeveelheid vocht in de buikholte aangetroffen. Het vocht is daarop via de huid gedraineerd. Laboratoriumonderzoek wees uit dat het ging om geïnfecteerd vocht. Patiënte is antibiotica toegediend en is drie maal per dag gespoeld met behulp van een drain.

Hoewel de toestand van patiënte daarna enigszins verbeterde, hield de arts twijfel over de oorsprong van het vocht nu dit een donkere kleur bleef houden. De arts heeft rekening gehouden met de mogelijkheid van postoperatieve pancreatitis en daarnaar verder onderzoek laten verrichten. Het vermoeden van de arts werd bevestigd toen op 12 september 2007 bleek dat er sprake was van een amylase afwijking. De arts heeft vervolgens besloten een beleid in te zetten waarbij de alvleesklier zoveel mogelijk werd ontlast.

De uitgevoerde controle CT-scan wees uit dat er nog altijd een forse hoeveelheid vocht in de buikholte aanwezig was en voorts dat er sprake was van aanwezigheid van lucht in de galwegen. In reactie daarop is de drain gerepositioneerd die ook daarna nog een aanzienlijke hoeveelheid vocht (tientallen cc) bleef afvoeren. Ook werd een MRCP verricht. Uit dit laatste onderzoek bleek dat er een lek was ter plaatse van de galweg, ontstaan bij of kort na de operatie van 29 augustus 2007. Uit onderzoek bleek dat het vocht verteringssappen uit de alvleesklier bevatte die het weefsel hadden aangetast.

De arts was van mening dat er een stent aan de galweg zou moeten worden geplaatst om de lekkage aan de galweg te stoppen. Het plaatsen daarvan was in het E niet mogelijk. Daarom heeft de arts overleg gepleegd met zijn collega G, werkzaam in het H. Ook G was van mening dat de plaatsing van een stent wenselijk was. Daarom is patiënte op 24 september 2007 overgeplaatst naar het H waar de stent zou worden geplaatst.

Na de overplaatsing van de patiënte naar I is de arts niet verder betrokken geweest bij de behandeling van patiënte.

Direct na aankomst van patiënte in I is besloten om op de dag van aankomst een nieuwe, dikkere drain te plaatsen. Bij de plaatsing van de drain ontstond een veneuze bloeding. Op 27 september 2007 heeft patiënte vervolgens een exploratieve laparotomie ondergaan. Daarbij zijn de galblaas, een deel van de maag, de milt en een deel van de dikke

en dunne darm verwijderd toen bleek dat deze waren aangetast als gevolg van de pancreatitis.

Daarna volgde een lange herstelperiode tijdens welke patiënte een bacteriële infectie heeft opgelopen. Op 19 februari 2008 was de toestand van patiënte evenwel dusdanig dat zij het H kon verlaten. Zij heeft vervolgens revalidatie ondergaan te J in het revalidatiecentrum aldaar. Patiënte is evenwel op 17 augustus 2008 alsnog overleden aan de gevolgen van een bacteriële infectie.

### **3. De klacht**

Klager verwijt de arts kort gezegd het navolgende:

1. De arts had onvoldoende ervaring met het uitvoeren van de door hem voorgestelde operatie tot verwijdering van het tumorproces en heeft door deze toch uit te voeren onnodige risico's genomen;
2. De arts heeft ten onrechte nagelaten om na de operatie van 29 augustus 2007 een drain aan te brengen;
3. De arts heeft in de weken volgend op de operatie ongerichte behandelingen ingezet zonder de oorzaak van de complicatie goed te onderzoeken. Bovendien heeft de arts nagelaten overleg te voeren met collega's over het te voeren behandelbeleid waardoor patiënte de noodzakelijke medische zorg is onthouden.

### **4. Het standpunt van de arts**

De arts heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. De arts heeft een ruime ervaring met metastasechirurgie, zowel in de thorax als in de buik en was voldoende ervaren om de operatie te verrichten. Bij de operatie van 29 augustus 2007 voorts was er geen reden om een drain te plaatsen. Die reden was er wel enkele dagen na de operatie, toen bleek dat er een collectie vocht bestond. Van het voeren van een onduidelijk en ongericht behandelbeleid is geen sprake geweest ook is daarbij voldoende overleg geweest met collega-artsen.

Voor zover nodig zal op de (verdere) verweren van de arts hieronder worden ingegaan.

### **5. De beoordeling**

5.1 Vooropgesteld wordt dat het overlijden van de echtgenote van klager een tragische gebeurtenis is, hetgeen de arts in zijn verweer ook heeft bevestigd. Desalniettemin zal het handelen van de arts beoordeeld moeten worden aan de hand van de medisch professionele standaard. Het College zal dienen te beoordelen of de arts in zijn handelen of nalaten een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt, dit los van de ernst van het verloop van het ziekteproces van patiënte welke uiteindelijk in haar overlijden heeft geresulteerd.

5.2 Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel heeft de arts gemotiveerd gesteld over een ruime ervaring te beschikken met thorax en buikoperaties. Ten aanzien van de bij patiënte uitgevoerde metastasechirurgie onderschrijft het College de stelling van de arts dat een dergelijke chirurgische ingreep nooit als standaard kan worden aange-merkt, met andere woorden dat zich daarbij altijd onverwachte ernstige complicaties kunnen voordoen..

Er zijn geen aanwijzingen dat de arts zich op grond van een gebrek aan ervaring heeft moeten onthouden van het uitvoeren van de operatie. Van fouten of een anderszins te kort schieten bij het uitvoeren van de operatie blijkt niets, noch uit het dossier noch uit

de behandeling ter terechtzitting. Ten aanzien van de opgetreden pancreatitis is niet gebleken dat de arts deze complicatie had kunnen en moeten voorkomen, zodat hem hier geen tuchtrechtelijk verwijt treft. Dit klachtonderdeel wordt daarom afgewezen.

5.3. Voor een noodzaak tot het plaatsen van een drain direct na de operatie was naar oordeel van het College geen sprake. De onderzoeken naar de oorzaak van de symptomen in de periode 31 augustus tot en met 5 september 2007 door de arts zijn adequaat geweest. Nu de uitkomsten daarvan aanvankelijk geen indicaties gaven van de aanwezigheid van een ontsteking, kon het plaatsen van een drain achterwege blijven.

5.4. Patiënte is in de periode na de operatie goed gemonitord. De alarmsymptomen, die er inderdaad waren, zijn door de arts en zijn collega's ook voldoende onderkend en onderzocht. Dat de symptomen aanvankelijk niet direct als verbandhoudende met een pancreatitis zijn herkend, is te betreuren maar is de arts niet tuchtrechtelijk verwijtbaar.

De symptomen konden aanvankelijk immers ook aan andere oorzaken worden toegeschreven. De aanwezigheid van een pancreatitis lag, op grond van het verloop van de operatie en toestand van patiënte in de dagen direct na de operatie, ook niet zonder meer voor de hand.

Toen oorzaak van de klachten niet afdoende konden worden geduid, heeft de arts verder onderzoek verricht aan de hand waarvan de juiste diagnose is gesteld.

Nadat de pancreatitis was vastgesteld, heeft de arts adequaat gehandeld bij het vaststellen van het behandelbeleid. De later opgetreden complicaties met betrekking tot de galwegen konden door de arts niet worden voorzien zodat hij daarop ook niet behoefde te anticiperen.

Op grond van het dossier heeft het College geen aanwijzingen dat de arts bij het stellen van de diagnose of het vaststellen van het behandelbeleid, onvoldoende overleg heeft gevoerd met collega-artsen.

5.5. Alles overziende komt het College tot de conclusie dat de arts geen tuchtrechtelijk verwijt treft zodat de klacht als ongegrond zal worden afgewezen.

## **6. De beslissing**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage beslist als volgt:

Wijst de klacht af.

Deze beslissing is gegeven door: mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. R.P. Wijne, lid-jurist, prof.dr. J.H. van Bockel, prof.dr. J.T. van Dissel, A.J.M.F. Janssen, leden-artsen, bijgestaan door mr. J.P. Hoogland, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 30 november 2010.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voorzover de klacht is afgewezen, of voorzover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
  - b. degene over wie is geklaagd;
  - c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.
- Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.