

## **REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2010-178a

**Datum uitspraak: 1 november 2011**

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 15 september 2010. Namens de arts heeft mr. M.H.M. Mook, jurist verbonden aan ARAG Rechtsbijstand te Leusden, op de klacht gereageerd en het medisch dossier overgelegd, waarna repliek en dupliek hebben plaatsgevonden. 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 6 september 2011. Partijen zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Klager werd vergezeld door zijn echtgenote. De arts werd bijgestaan door mr. Mook voornoemd. Mr. Mook heeft een pleitnotitie overgelegd.

### **2. De feiten**

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting naar voren is gebracht kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1.1 De arts is als chirurg werkzaam in het E ziekenhuis te D, verder te noemen het ziekenhuis.

2.1.2 Klager, wordt op verdenking van een rectumcarcinoom voor nadere diagnostiek door zijn huisarts naar het ziekenhuis verwezen. Aldaar wordt op 31 januari 2007 deze diagnose bevestigd en aanvullend onderzoek verricht.

2.1.3 De arts brengt op 9 februari 2007 de casus van klager in, in de gecombineerde interne-chirurgische overdracht van het ziekenhuis. Besloten wordt klager te opereren na voorafgaande behandeling met radiotherapie.

2.1.4 Op 13 februari 2007 volgt een poliklinisch consult bij dr. F, chirurg en collega van de arts. Tijdens dit consult wordt informatie en uitleg gegeven over de operatie en de mogelijke risico's en complicaties die deze ingreep met zich mee kan brengen.

2.1.5 Op 27 maart 2007 wordt klager geopereerd middels een laparoscopische low anterior resectie met het gelijktijdig aanleggen van een tijdelijk dubbelloops ileostoma. Het operatieteam bestaat uit de arts, dr. F voornoemd en een arts-assistent chirurgie.

2.1.6 Het postoperatief beloop is gecompliceerd en leidt tot een ileus. In verband met een slecht functionerend ileostoma wordt op 4 april 2007 door de arts na overleg met zijn collega's besloten het stoma voortijdig op te heffen.

2.1.7 Van 17 april tot en met 2 mei 2007 wordt klager opgenomen in het ziekenhuis in verband met ernstige pijnklachten in de sacrale regio. De CT-scan van 20 april 2007 wijst uit dat er sprake is van een naadlekkage bij de "side to end anastomose" vanuit de blinde stomp naar een presacrale holte. Een presacraal abces is spontaan gedraineerd. De arts legt bij klager opnieuw een stoma aan. Ondanks dit nieuwe beschermende stoma persisteert het abces. Hieruit heeft klager tot driemaal toe een heftige bloeding. Op 27 juni 2007 wordt klager opnieuw opgenomen in het ziekenhuis waarna op 29 juni 2007 een spoedoperatie wordt verricht ter behandeling van de persisterende bloeding.

2.1.8 De arts besluit de naad te ontkoppelen, het ileostoma wordt opgeheven en een definitief eindstandig colostoma wordt aangelegd. Tevens wordt een omentumplastiek verricht ter opvulling van de abcesholte. De rectumstomp blijft in situ. Op 12 juli 2007 wordt klager ontslagen uit het ziekenhuis. Nadien bezoekt klager nog frequent de polikliniek chirurgie.

2.1.9 Ruim een jaar later, in september 2008, wordt klager weer opgenomen in het ziekenhuis in verband met recidiverende uitvloed via de rectumstomp. Op 30 september wordt de anusstomp operatief beoordeeld en weefsel voor pathologisch onderzoek afgenomen. Op 8 oktober wordt klager uit het ziekenhuis ontslagen.

2.1.10 In de daarop volgende periode vindt wederom chirurgisch overleg plaats over de casus van klager waarin ook het oordeel een plastisch chirurg wordt betrokken. In december 2008 bespreekt de arts de mogelijke behandelopties met klager.

2.1.11 De arts is gedurende de lange behandelperiode van klager (2007 tot en met 2009) de hoofdbehandelaar van klager. Het overgrote deel van de behandeling wordt door de arts dan wel onder supervisie van de arts uitgevoerd.

2.1.12 In 2009 gaat klager op zijn verzoek voor een second opinion naar het G te D.

### **3. De klacht**

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat:

1. de arts voorafgaand aan de eerste operatieve ingreep geen contact heeft gehad met klager;
2. de arts tegen de uitdrukkelijke twijfels van klager in het ontlastende stoma negen dagen na de operatie heeft opgeheven;
3. de arts de situatie niet beheerste, hij onvoldoende ervaren was en niet in staat bleek om weloverwogen de vervolgstappen in het behandeltraject te nemen.

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

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

#### **5. De beoordeling**

5.1 Allereerst gaat het College in op het onderdeel van de klacht dat de arts voorafgaand aan de eerste operatie geen contact heeft gehad met klager. In het ziekenhuis is het regel dat laparoscopische endeldarmoperaties in teamverband worden verricht waarbij elk teamlid een eigen rol vervult. Voor een consult voorgesprek worden patiënten willekeurig ingedeeld bij één van de teamleden die deel uitmaken van de chirurgische staf die specifiek dit soort ingrepen verricht. In het voorgesprek bespreekt desbetreffende arts de ingreep, de mogelijke risico's en complicaties van de operatie en het feit dat deze ingreep door meerdere artsen wordt uitgevoerd. Zo ook in casu. Klager sprak voorafgaand aan de operatie uitgebreid met dr. F voornoemd die ook deel uitmaakte van het operatieteam dat op 27 maart 2007 de eerste operatie bij klager uitvoerde. In de decursus van de poliklinische status van 13 februari 2007 beschrijft dr. F dat zowel hij als de arts deel uitmaken van het operatieteam dat klager gaat opereren. Naar het oordeel van het College is dit voldoende aanwijzing voor het feit dat deze gang van zaken met klager besproken is. Daarenboven oordeelt het College dat het niet noodzakelijk is dat ieder lid van het operatieteam voorafgaand aan de operatie uitgebreid met klager spreekt. Het verwijt van klager dat de arts geen contact heeft gehad voorafgaand aan de ingreep kan overigens nu klager in replek beschrijft dat de arts hem een hand heeft gegeven en zich heeft voorgesteld in de operatiekamer alleen al om die reden geen stand houden. Verondersteld mag worden dat een kennismaking in deze locatie inhoudt dat de arts deel uitmaakt van het operatieteam. Aldus kan naar het oordeel van het College de arts geen verwijt worden gemaakt op dit punt.

5.2 Naar aanleiding van een buikoverzicht foto die ruim een week na de ingreep uitgezette dunne darmlissen liet zien, een beeld passend bij een ileus, vond beoordeling en overleg plaats tussen de arts en zijn collega's. Zij veronderstelden dat er bij klager sprake was van een obstructie in de dunne darm boven het stoma die mogelijk was ontstaan door draaiing van de aanvoerende dunne darmlis. Daarbij paste ook de sinds enkele dagen afwezige productie van het stoma. Er was op dat moment geen aanwijzing voor een naadlekkage.

Op basis van voornoemde bevindingen is het naar het oordeel van het College te rechtvaardigen dat de arts het stoma vroegtijdig heeft opgeheven met als doel het op gang brengen van de darmfunctie van klager. Dat twee weken na het herstel van de continuïteit van de darm alsnog een naadlekkage blijkt te zijn opgetreden valt te betreuren maar kan de arts niet worden verweten.

5.3 Het College realiseert zich dat het lange behandeltraject van klager in het ziekenhuis

van januari 2007- januari 2009 een grote belasting en teleurstelling heeft betekend voor klager en zijn echtgenote. Echter, het College ziet zich gesteld voor de vraag of de arts gedurende dit lange behandeltraject deskundig en adequaat is opgetreden en de juiste keuzes heeft gemaakt met betrekking tot het in te zetten beleid.

In de dupliek brengt de arts op duidelijke wijze naar voren dat hij als geen ander kennis heeft van de operatietechniek en de mogelijke complicaties en behandelopties bij patiënten met een aandoening gelijk aan die van klager. Immers, de arts heeft als lid van een auditteam samen met drie collega-chirurgen, allen expert op het gebied van de colorectale chirurgie, gedurende lange tijd diverse ziekenhuizen bezocht om de mogelijke complicaties die voortkomen uit deze vorm van oncologische chirurgie in kaart te brengen en te analyseren.

Als lid van het gespecialiseerde behandelteam en als hoofdbehandelaar van klager heeft de arts het uitermate gecompliceerde behandelproces van klager regelmatig besproken met collega-chirurgen en aanvullend expertise ingewonnen bij andere specialisten. Als voorbeeld wordt hier het betrekken van de vaatchirurg, de plastisch chirurg en de uroloog genoemd.

Het College is niet gebleken dat het door de arts ingestelde beleid onvoldoende beheersing en aanpak van het lange behandelproces, mede veroorzaakt door de preoperatieve radiatie die een vertraagde wondgenezing veroorzaakt, laat zien.

Het eindadvies voor de vervolgbehandeling in het ziekenhuis, dat werd verwoord in de brief van de plastisch chirurg, heeft klager niet afgewacht. Daarin wordt min of meer een zelfde behandelingsstrategie geadviseerd als door collega-specialist dr. H uit het G te D. In het klaagschrift erkent klager dit ook.

De conclusie op grond van het voorgaande is dat de klacht in al zijn onderdelen ongegrond is.

## **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. P.A. Offers, voorzitter, mr. C.C. Dedel- van Walbeek, lid-jurist, dr. J.W. van 't Wout, dr. I. Dawson en A.J.F.M. Janssen, leden-artsen, bijgestaan door mr. G.G.M.L. Huntjens, secretaris en uitgesproken ter openbare terechtzitting van  
1 november 2011.

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.