

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2011/334

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE AMSTERDAM

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 7 september 2011 binnengekomen klacht van:

A,  
wonende te B,  
C,  
wonende te B,  
D,  
wonende te E,  
k l a g e r s,  
gemachtigde mr. A.M. Vogelzang, advocaat te Amsterdam,

tegen

F,  
chirurg,  
wonende en werkende te B,  
v e r w e e r d e r,  
gemachtigde mr. C. Prak, advocaat te Amsterdam.

#### 1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek met de bijlagen;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;

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 van 15 mei 2012 behandeld.

Partijen en hun gemachtigden waren aanwezig.

#### 2. De feiten

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

2.1 Klagers zijn de zonen van mevrouw G, geboren op 15 november 1953 en overleden op 16 december 2010 in het H; zij zal verder patiënte worden genoemd.

2.2 Verweerder is als chirurg verbonden aan het H, in het bijzonder aan de I.

2.3 Patiënte is op verwijzing van haar huisarts op 28 juni 2010 voor het eerst gezien op de I; zij kampte met ernstig overgewicht (BMI 44, gewicht 110 kg bij een lengte van 1,58 meter). Patiënte had in het verleden meerdere operaties ondergaan in verband met haar overgewicht en zij was bekend met onder meer insuline afhankelijke diabetes mellitus, arteriële hypertensie en een irregulair werkende schildklier. Patiënte wenste een (hernieuwde) operatieve ingreep in verband met klachten aan knieën en rug en oververmoeidheid; zij wenste vooral ook langer te leven voor haar kinderen en kleinkinderen.

2.4 Op 30 augustus 2010 vond een voorlichtingsbijeenkomst plaats met een 90 minuten durende presentatie (de powerpoint-presentatie in bijlage 2 bij het verweerschrift) voor circa 12 deelnemers. Patiënte was daar bij aanwezig.

2.5 Daarna is patiënte aangemeld voor het multidisciplinaire overleg (MDO) bariatric. Voorafgaand aan dit overleg heeft screening van patiënte plaatsgevonden bij de diëtist, de psycholoog en de internist. Het MDO heeft op 15 september 2010 plaatsgevonden.

2.6 Op 8 oktober 2010 werd patiënte op de polikliniek gezien door een collega van verweerder. In het medisch dossier staat aangetekend: *kans op conversie uitgelegd ivm med laparotomie en cholecystectomie littekens, wordt begrepen informed consent besproken en getekend voor la gastric bypass, ok asap* Tijdens dit consult heeft patiënte de behandelovereenkomst (genaamd *Informed Consent Restrictieve Bariatrische Chirurgie*) getekend.

2.7 Op 12 december 2010 werd patiënte opgenomen in het H en op 13 december 2010 vond de eerste laparoscopische operatie plaats; deze werd verricht door verweerder. Er werd gekozen voor een introductie in het abdomen met een Endotip trocar na insufflatie met een verresnaald subcostaal links. Omdat het niet mogelijk leek de Endotip trocar in het abdomen te introduceren, vond een open subumbilicale introductie plaats. De eerder geplaatste Endotip trocar werd in positie gelaten. Later bleek dat de Endotip trocar zich al voorbij de buikwand bevond. Verweerder constateerde een volledige verkleving van het omentum majus aan de buikwand. Na volledige adhesiolyse werd een goed overzicht van de bovenbuik verkregen. Er werd geen letsel geconstateerd. De linker leverkwab was volledig aan de maag vastgegroeid. Deze adhesies dienden te worden losgemaakt om de gastric bypass te kunnen uitvoeren. Bij de adhesiolyse werd een maagletsel (een gaatje in de maagwand) veroorzaakt, dat door verweerder werd gedicht. Een verdere adhesiolyse werd niet zinvol geacht, zodat besloten werd de ingreep te staken. Ook andere, alternatieve ingrepen waren niet mogelijk, omdat die in hetzelfde deel van de buik worden uitgevoerd en er sprake was van ernstige adhesies (ook rechts boven in de buik tussen het colon en de buikwand). Patiënte werd opgenomen op de Medium Care.

2.8 In de loop van de avond van 13 december 2010 werd patiënte respiratoir insufficient en haemodynamisch instabiel, waarna zij werd overgeplaatst naar de Intensive Care. De dienstdoende chirurg J besloot direct tot een relaparoscopie. Hierbij werd een

fibrinebeslag op het dunnedarmpakket gezien en werd bloederig vocht, vermengd met faeces paracolisch links en rechts gezien. Er werd letsel gevonden in het colon transversum, dat werd gehecht; de buik werd uitgebreid gespoeld en er werden twee drains achtergelaten.

2.9 De volgende ochtend, 14 december 2010 liep verweerder visite en hij zag toen bij patiënte een gallige uitvloed in de drains. Hierop is direct door verweerder een laparotomie uitgevoerd. Bij deze ingreep werd opnieuw een gat gevonden in het colon transversum en in het pars horizontalis van het duodenum. Beide letsels werden overhecht en de buik werd wederom uitgebreid gespoeld.

2.10 Door de aanhoudende instabiliteit met een verdenking op darmischaemie dan wel een abdominaal compartimentssyndroom werd op 15 december 2010 een relaparotomie door verweerder uitgevoerd. Er was toen geen sprake van een verhoogde intra-abdominale druk en de darmen zagen er vitaal en goed geperfundeed uit. Desondanks ging patiënte steeds verder achteruit. Zij ontwikkelde een sepsis en moest aan de nierdialyse. Zij is in de ochtend van 16 december 2010 overleden. Diezelfde dag heeft verweerder de Inspectie voor de Gezondheidszorg hierover geïnformeerd.

2.11 Op 17 december 2010 werd op verzoek van klagers obductie verricht. Uit het hiervan opgemaakte verslag volgt dat patiënte is overleden aan de gevolgen van een sepsis na perforatie maag, colon transversum en duodenum, met secundair hieraan peritonitis en met name gallige retro-peritonitis (uitbreiding van de infectie tot in het weefsel achter de buikholte).

2.12 In een brief van 16 februari 2011 heeft verweerder een rapportage aan het IGZ-loket gestuurd betreffende melding van een calamiteit.

2.12 Bij brief van 11 april 2011 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg hierop gereageerd.

### **3. De klacht en het standpunt van klagers**

De klacht bestaat uit vijf onderdelen.

- a. Verweerder heeft patiënte ten onrechte niet zelf preoperatief gezien, gesproken en onderzocht.
- b. Verweerder heeft ten onrechte (pas) eerst tijdens de ingreep van 13 december 2010 afgewogen wat er zou moeten gebeuren, terwijl hij dat natuurlijk preoperatief had moeten doen.
- c. Verweerder heeft preoperatief ten onrechte nagelaten, mede gelet op de eerdere operatieve ingrepen in het te opereren gebied, te besluiten tot een open procedure, respectievelijk te besluiten tot een van de andere restrictieve ingrepen (gelet op de veel kleinere kans op complicaties).
- d. Verweerder heeft tijdens de ingreep van 13 december 2010 ten onrechte minimaal vier letsels (perforaties) veroorzaakt en hij heeft ten onrechte nagelaten te converteren naar de laparotomie.
- e. Verweerder is zowel preoperatief als postoperatief onvoldoende alert geweest op de door de ingreep veroorzaakte letsels en de gevolgen daarvan.

### **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

5.1 Ter gelegenheid van de zitting hebben klagers verklaard dat niemand van hen mee is geweest met patiënte naar de consulten en naar de informatieavond. In hun beleving had hun moeder, patiënte, op een lichte manier verteld dat zij een (kijk)operatie zou ondergaan en gezegd "maak je geen zorgen, na twee dagen sta ik weer buiten". Zij hebben verder nauwelijks met hun moeder over de komende operatie gesproken. Dat hun moeder zo plots overleden is na de operatie, hebben zij als een shock ervaren. Zij hebben in die laatste dagen voor het overlijden het gevoel gehad dat zij niet volledig geïnformeerd werden en dat zij niet eens in een kamer werden opgevangen, maar steeds op de gang moesten wachten.

In dat licht bezien begrijpt het college dat het plotse overlijden van patiënte voor klagers inderdaad een schok moet zijn geweest, nu zij tevens ook niet (vooraf) op de hoogte waren van de risico's die verbonden zijn aan de ingreep die hun moeder onderging. Het college zal, gezien de klachtonderdelen, toetsen of verweerder heeft gehandeld met inachtneming van de zorg en een goede beroepsuitoefening zoals van een goed chirurg verwacht mag worden. Daarbij zijn de feiten en omstandigheden rond 13 tot 16 december 2010 van belang en of het handelen van verweerder toen de tuchtrechtelijke toets kan doorstaan. Of het handelen *achteraf bezien, met de kennis van de afloop*, beter of anders had gemoeten, is niet de toets.

5.2 Het is het college opgevallen dat de werkwijze en informatievoorziening van de I in het algemeen deugdelijk en adequaat is: er is sprake van een multidisciplinaire indicatiestelling/screening aan de hand van richtlijnen, er zijn informatiefolders en er is een informatieavond voor patiënten die een bariatrische ingreep overwegen. De verslaglegging in deze zaak is goed, zodat het college in staat is om zich een beeld te kunnen vormen wat zich rondom de ingreep en het overlijden van patiënte heeft voorgedaan.

5.3 Van het eerste consult van 28 juni 2010 is een verslag opgemaakt/ingevuld door K. In dit verslag staat niet vermeld dat tijdens dat eerste consult ook verweerder (deels) aanwezig is geweest. Bij repliek heeft verweerder een schriftelijke verklaring van K overgelegd, waarin onder meer staat: *Als physician assistant (PA) werk in onder supervisie van de bariatrische chirurgen. Bij het overgrote deel van de patiënten ben ik heel goed in staat om zelfstandig de volledige eerste screening te doen en te beslissen of een patiënt door gaat in het voortraject of al bij voorbaat wordt afgewezen. Echter, in complexe situaties vraag ik altijd mijn supervisor erbij.*

*G kan ik mij nog goed herinneren mede omdat zij uiteindelijk overleden is en dit op mij en de gehele afdeling grote indruk heeft gemaakt. Ik kan mij het eerste consult ook nog herinneren omdat zij meerdere laparotomieën en een Gomez operatie in de voorgeschiedenis had, een operatie waarvan ik tot dat moment nog niet eerder had gehoord. Ik heb F gevraagd om erbij te komen en zelf patiënte op haar geschiktheid te beoordelen. Tevens heb ik hem gevraagd of het zinnig zou zijn een slikfoto te maken om de vorm van de maag in beeld te krijgen.*

Het college heeft geen enkele aanleiding om te twifelen aan de juistheid van deze verklaring. Verweerder heeft inderdaad ook een röntgenslikfoto afgesproken en de medische informatie uit 1982 van het L opgevraagd.

Dat betekent dat klachtonderdeel a. niet slaagt.

5.4 Voorzover klagers met dit klachtonderdeel ook nog het oog hebben op de informatievoorziening aan patiënte, overweegt het college als volgt.

Naast de informatieverstrekking ten tijde van het eerste consult is patiënte ook in het algemeen geïnformeerd over de ingreep op de voorlichtingsbijeenkomst op 30 augustus 2010. Op het consult van 8 oktober 2010, dat bij een collega van verweerder plaatsvond, is blijkens het medisch dossier ook nog informatie gegeven die op patiënte zelf zagen; het college verwijst korthedshalve terug naar 2.6. Het college heeft geen enkele reden om te veronderstellen dat de aan patiënte verschaft informatie niet toereikend is geweest om haar in staat te stellen een weloverwogen keuze te maken. Klagers voeren weliswaar aan dat de informatievoorziening niet adequaat is geweest, maar zij zijn niet bij die consulten aanwezig geweest. Ook hun stelling dat aan patiënte niet de informatiefolder is meegegeven, is niet onderbouwd en is ook niet aannemelijk gelet op de feiten en omstandigheden als hiervoor onder 5.2 weergegeven. In de door patiënte ondertekende overeenkomst van 8 oktober 2010 wordt ook verwezen naar die patiëntenfolder die al eerder uitgereikt was geweest (M van het H). Het college vraagt zich in gemoede af op welke wijze de informatievoorziening aan patiënte dan wel had moeten gebeuren in de ogen van klagers en op welke wijze een en ander “vastgelegd” had moeten worden, nu de informatie ook mondeling is gegeven ten tijde van de consulten (de wet schrijft ook niet voor dat informatie schriftelijk moet gebeuren; art. 7:448 jo 7:451BW). Dokters zijn nu eenmaal geen juristen en een medisch dossier heeft geen functie als (juridisch) bewijsmiddel, maar dient om aantekening te houden van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de uitgevoerde verrichtingen; andere stukken/gegevens worden opgenomen voor zover dat voor een goede hulpverlening noodzakelijk is (art. 7:454 BW)

5.5 Na screening en het MDO van 15 september 2010, waarbij verweerder aanwezig was, is besloten om aan patiënte de gastric bypass operatie voor te stellen. Die keuze is op medische gronden (zeer) verdedigbaar. Deze keuze is vervolgens met patiënte besproken, zo blijkt ook uit de verslaglegging van het consult van 8 oktober 2010. Dat *achteraf* gezien die keuze niet uitvoerbaar was, toen namelijk ten tijde van de (eerste) ingreep op 13 december 2010 bleek dat er sprake was van uitgebreide verklevingen, kan verweerder niet tuchtrechtelijk verweten worden. Er was geen reden om vooraf nog een CT-scan of MRI-scan van het abdomen te maken, ook omdat doorgaans moeilijk onderscheid te maken is of een maag (slechts) tegen een lever aanligt of daarmee juist verkleefd is. Het college onderschrijft voorts de twee andere redenen die verweerder heeft aangevoerd om bij patiënte voor deze ingreep te kiezen (verweerschrift sub 38): zij leed aan insuline afhankelijke diabetes mellitus en zij had een voorgeschiedenis met de Gomez Plastiek uit 1983.

Gezien deze overwegingen falen de klachtonderdelen b. en c.

5.6 Het is juist dat bij patiënte sprake is geweest van drie letsels die ontstaan zijn door de ingreep: twee ter hoogte van het colon transversum en een ter hoogte van het duodenum. De vraag is of deze perforaties verwijtbaar zijn. Het antwoord luidt ontkenkend: bij deze operatie is er een risico op perforatie(s) en die risico's staan ook beschreven in de overeenkomst en in de powerpoint-presentatie. Dat er geen percentages worden vermeld is niet van belang; het gaat erom dat patiënt voorgelicht wordt over de meest voorkomende complicaties. Verweerder heeft gebruik gemaakt van een Endotrip trocart teneinde de kans op perforatie zo klein mogelijk te maken. Dat er desalniettemin

perforaties zijn ontstaan, kan het college niet herleiden tot onzorgvuldig handelen van verweerder. Daarvoor zijn eenvoudigweg geen (objectieve) aanknopingspunten. Het college wijst in dit verband op de uitgebreide verslaglegging van de operaties, ook in de brief van 16 februari 2011 van verweerder aan het IGZ-loket en de reactie daarop in de brief van 11 april 2011. Het door en namens het ziekenhuis verrichte onderzoek naar de gebeurtenissen rondom het overlijden van patiënte is zorgvuldig geweest en uit dat onderzoek kwam onder meer naar voren dat indicatie en operatiekeuze terecht leken te zijn (de calamiteit was op dat moment nog in onderzoek bij de MIP-commissie). De letsels zijn geconstateerd, maar dit heeft niet geleid tot de conclusie dat niet lege artis zou zijn gehandeld. Het duodenumletsel werd door twee verschillende chirurgen (waaronder verweerder) tot tweemaal toe bij laparoscopie gemist, hetgeen geleid heeft tot een delay die als belangrijke causale factor wordt aangewezen. De daarop volgende laparotomieën hebben de verslechtering van patiënte niet kunnen keren en zij is daardoor ook overleden, aldus de laatstgenoemde brief. Het is natuurlijk vreselijk naar geweest voor klagers dat zij hun moeder zo plots hebben verloren, terwijl zij ervan uitgingen dat het om een eenvoudige operatie zou gaan. Dat zij in de hectiek rondom de gezondheid van hun moeder uit het oog zijn verloren door de hulpverleners, althans zo ervaren zij dat, en dat zij niet in een kamer zijn opgevangen, is akelig – en dat laatste had niet moeten gebeuren – maar levert geen tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen van verweerder op.

Ook de klachtonderdelen d. en e. slagen niet.

5.7 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in al haar onderdelen ongegrond is.

Verweerder kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.

## **6. De beslissing**

Het Regionaal Tuchtcollege wijst de klacht af.

Aldus gewezen op 15 mei 2012 door:

mr. R.A. Dozy, voorzitter,

J. Edwards van Muijen, dr. J.D. Banga en dr. J.W.D. de Waard, leden-arts,

mr. E.W.M. Meulemans, lid-jurist,

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

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 10 juli 2012 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. R.A. Dozy, voorzitter

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

