

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2012.049

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2012.049 van:

1. A., 2. B. wonende te C., appellanten, klagsters in eerste aanleg, gemachtigde : mr. A.M. Vogelzang, advocaat te Amsterdam, tegen

D., chirurg, werkzaam te C., verweerder in beide instanties, gemachtigde: mr. W.R. Kastelein, advocaat te Utrecht.

1. Verloop van de procedure

A. en B. - hierna klagsters - hebben op 9 juli 2010 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen chirurg D. - hierna de arts - een klacht ingediend. De zaak is verwezen naar het Regionaal Tuchtcollege Zwolle waar de zaak op 16 juli 2010 is ingekomen. Bij beslissing van 8 december 2011, onder nummer 134/2010 heeft dat College de klacht afgewezen en de publicatie van de uitspraak gelast indien deze onherroepelijk zal zijn geworden. Klagsters zijn van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 15 januari 2013, waar zijn verschenen klagsters, bijgestaan door mr. A.M. Vogelzang voornoemd alsmede de arts, bijgestaan door mr. W.R. Kastelein voornoemd. E. is als deskundige van de zijde van het Centraal Tuchtcollege gehoord. Hij heeft de belofte afgelegd. De zaak is over en weer bepleit. Mr. A.M. Vogelzang heeft dat gedaan aan de hand van een pleitnota die aan het Centraal Tuchtcollege is overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

2.1 De in eerste aanleg vastgestelde feiten.

"2. DE FEITEN

Op grond van de stukken, waaronder het medisch dossier en het deskundigenrapport, en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

De klacht heeft betrekking op de moeder van klagsters, destijds 75 jaar oud, verder patiënte te noemen. Patiënte werd wegens langer bestaande obstipatieklachten door de huisarts verwezen naar de MDL-arts. Deze verrichtte op 5 maart 2009 een coloscopie bij patiënte met als conclusie (samengevat): voor coloncarcinoom verdachte stenoserende afwijking in het colon ascendens, die niet te passeren is, op 110 cm van de anus voorbij het colon transversum. Deze werd door hem gebiopteerd en gemarkeerd met Ol-inkt. Onderzoek door de patholoog-anatoom (PA) van het biopt wees uit dat er sprake was van een intestinaal type adenocarcinoom. Een CT-scan van het abdomen van 16 maart 2009 leverde een RIP (ruimte-innemend proces) in het colon ascendens op. Verder geen metastasen op afstand. Die waren ook niet zichtbaar op een X-thorax. Op 26 maart 2009 besprak verweerder tijdens een poliklinisch consult de situatie met

patiënte, die het Nederlands niet machtig was en voor wie steeds een aanwezig familielid moest vertalen. In verband met de psychische toestand van patiënte wilde de familie niet dat zij te horen kreeg wat zij precies mankeerde. Verweerder noteerde dat de tumor niet te passeren was en daarom de lokalisatie onbetrouwbaar, maar wel met CT-abdomen bevestigd bij het coecum. Hij besloot tot een coloninloop ter plaatsbepaling, maar zag daar weer van af (hij streepte de desbetreffende aantekening door). Verweerder sprak een hemicolectomie rechts via een dwarse incisie af. De operatie vond plaats op 6 april 2009. Het hiervan gemaakte verslag vermeldt een arts in opleiding tot chirurg als operateur met assistentie van verweerder. Middels een beperkte hemicolectomie rechts werd in het colon ascendens/coecum een tumor aangetroffen, die is verwijderd. Er werd een handgelegde end-to-side anastomose aangebracht. Patiënte ging naar de verpleegafdeling heelkunde. Verweerder was niet als behandelaar of supervisor werkzaam op die afdeling. Het verslag van 10 april 2009 van PA-onderzoek naar de verwijderde tumor vermeldde een 5,5 cm grote tubulo-villeuze adenomateuze poliep. Dit verslag was (onder meer) gericht aan verweerder. Op 15 april 2009 zijn in de status de PA-uitslagen van de coloscopie en van de operatie op een rij gezet. Hieronder noteerde een arts in opleiding onder meer: "familiegesprek (2x dochter) PA (tubulovilleuze adenomateuze poliep low-grade dysplasie, lymf -) medegedeeld. Tevens resultaten scapie uitgelegd." Verder werd de wondverzorging besproken en wanneer patiënte naar huis kon. Op 16 april 2009 werd in de status genoteerd dat de week daarna een afspraak diende te worden gemaakt voor patiënte op de polikliniek met verweerder in verband met de uitslag van de oncologiebespreking. Patiënte hield passageproblemen en buikklachten en de eerste week na de operatie was er sprake van veelvuldig braken, later incidenteel. Patiënte is op 21 april 2009 ontslagen. Op 23 april 2009 werd zij, weer op dezelfde afdeling, opgenomen op verdenking van een ileus. In de status is op die datum vermeld dat over het beleid overleg had plaatsgevonden met verweerder. De oncologiebespreking van 28 april 2009, waaraan verweerder niet deelnam, leverde het advies op, gezien de discrepantie tussen PA-onderzoek van het biopt en de verwijderde tumor, het preparaat opnieuw/verder te beoordelen en overleg te hebben met verweerder en de MDL-arts over lokalisatie verschillende poliepen/tumor enz. Volgens het verslag van een coloscopie op 1 mei 2009 was met enige moeite een zeer nauw lumen in beeld te krijgen dat niet te passeren was, waarschijnlijk een gestenoseerde end-to-end anastomose, maar verder geen afwijkingen. Op 3 mei 2009 is in de status melding gemaakt van aanvullend onderzoek op preparaten hetgeen ook geen invasief carcinoom opleverde, wel focaal CIS. Inmiddels ging het beter met patiënte wat het eten en de passage betreft en op 8 mei 2009 werd genoteerd dat zij op 12 mei 2009 eventueel met ontslag mocht. Op 12 mei 2009 werd in de oncologiebespreking, wederom zonder verweerder, vastgesteld dat onderzoek op extra preparaten van het materiaal van de operatie (andermaal) geen invasief carcinoom opleverde, en ook geen tekenen van endoscopische tatoeage. Geadviseerd werd herhaling van de coloscopie en bespreking in de MDL-groep, omdat de vraag bleef of de maligne tumor wel was verwijderd. Een coloninloopfoto van 14 mei 2009 toonde aan dat er geen passage was naar de dunne darm met een verdenking op ernstige stenose. Na uitgebreid te hebben overlegd met de MDL-arts, twee radiologen en de patholoog-anatoom, besprak verweerder op 15 mei 2009 de situatie met de dochters. Hij meldde dat de tumor mogelijk nog aanwezig was vanwege de discrepantie tussen beide PA-rapportages en adviseerde herhaling van de CT-scan en de coloscopie. In eerste instantie gingen de dochters hiermee akkoord, maar een paar dagen later liet de familie weten het vertrouwen te hebben verloren, waarna patiënte overging naar het F-Ziekenhuis. In dat ziekenhuis is een tumor in de

flexura lienalis verwijderd (bij naar bleek het geïnkte deel van de darm) die bij PA-onderzoek een adenocarcinoom bleek te zijn met lymfekliermetastasen. Verder werd in het omentum een lokalisatie van metastase van het adenocarcinoom aangetroffen. In aansluiting hierop heeft patiënte 12 Folfox-kuren gehad. In 2010 zijn echter uitzaaiingen in de longen en darmen aangetroffen. Klaagsters hebben ter zitting aangegeven dat hun moeder nog steeds onder behandeling is.

De door het college benoemde deskundige E. heeft schriftelijk gerapporteerd. Zijn conclusie luidt, samengevat, dat de chirurg tweemaal niet goed is geïnformeerd. Als in het verslag van een MDL-arts staat dat na passeren van het colon transversum (een goed markeringspunt) er een obstruerende tumor in het ascendens aanwezig is, mag een chirurg daarop vertrouwen nu er bevestiging was door middel van een CT-scan en door palpatie bij de ingreep. Een tweede tumor, waarvan de incidentie 1 – 4% is, werd door de radioloog niet gezien. Markeren van de obstruerende tumor is bij een open ingreep als de onderhavige niet gebruikelijk, wel bij een laparoscopische resectie als palpatie onmogelijk is, en het is dan ook niet gebruikelijk om bij een open ingreep verder naar de inktmarkering te zoeken. Na de heropname was er bij een coloscopie en een coloninloopfoto de suggestie van een naadstenose, hetgeen een goede verklaring voor de wisselende obstructieklachten kon zijn. De discrepantie van de PA-uitslagen is met logische stappen en in de tijd reëel onderzocht (met op de achtergrond tweemaal een falende MDL-diagnostiek). Aldus de deskundige.”

2.2 De in eerste aanleg ingediende klacht en het daartegen gevoerde verweer houden het volgende in.

“3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTERS EN DE KLACHT

Klaagsters verwijten verweerder, zakelijk weergegeven, het volgende:

- a. *verweerder heeft preoperatief verzuimd zich met behulp van de coloscopie adequaat voor te bereiden op de benodigde ingreep;*
- b. *verweerder heeft preoperatief nagelaten patiënte en klaagsters te informeren*
over het feit dat niet hij, maar een arts in opleiding de operatie zou verrichten;
- c. *verweerder heeft peroperatief, ook in zijn assisterende rol, ten onrechte verzuimd de geïnkte tumor te identificeren en te verwijderen;*
- d. *verweerder heeft postoperatief nagelaten de discrepantie tussen de resultaten*
van het PA-onderzoek tijdig te onderkennen, te evalueren en de
oorspronkelijke tumor alsnog met de grootst mogelijke spoed te verwijderen;
- e. *verweerder heeft verzuimd patiënte, klaagsters en de huisarts adequaat te*
informeren over de discrepantie, het laten zitten van de oorspronkelijke tumor en de korte en lange termijn consequenties daarvan;
- f. *verweerder heeft door deze omissies nodeloos het risico op doorgroei*
en
uitzaaiing van de oorspronkelijke tumor vergroot;
- g. *verweerder heeft patiënte tijdens de eerste opname te vroeg ontslagen.*

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij zich wel degelijk heeft voorbereid op de operatie door kennis te nemen van de coloscopie. Op het moment waarop hij de operatie afsprak was nog niet bekend wie de operatie zou verrichten, zodat er dus geen sprake van is geweest dat hij heeft afgesproken deze zelf te zullen verrichten. Hij werkt

in een opleidingsziekenhuis waar artsen in opleiding medische handelingen verrichten onder supervisie, hetgeen bij opname in een folder aan patiënten wordt bericht. Overigens heeft hij de operatie samen met de arts in opleiding verricht. Wat de operatie zelf betreft is de tumor aangetroffen op de plek als aangegeven door de MDL-arts en de CT-scan van de buik. Er was dus geen twijfel over dat het de juiste tumor betrof en dat er geen sprake was van een tweede tumor. Bij open chirurgie als hier kan de tumor worden gevoeld en is het niet van belang te onderzoeken of deze geïnkst is. Verweerder was postoperatief niet de hoofdbehandelaar, hij was destijds op geen enkele verpleegafdeling werkzaam, zodat verweerder niet direct betrokken is geweest bij dat traject. De verantwoordelijke aios en het verantwoordelijke staflid hebben de uitslagen besproken in de oncologiecommissie. Zij waren ook verantwoordelijk voor het ontslag. Bij de oncologiebesprekingen zijn de benodigde stappen gezet. Nadat het een en ander nader was onderzocht, heeft verweerder op 14 en 15 mei 2009, en ook nog op 18 mei 2009, uitvoerig met de familie besproken dat er sprake kon zijn van een tweede tumor en dat er vervolgonderzoek moest plaatsvinden. Voorts heeft hij op 15 mei 2009 nog gebeld met de huisarts.”

2.3 Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

“5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

Bij de beoordeling van de klachtonderdelen heeft voorts het advies van de deskundige een belangrijke rol gespeeld.

5.2

Preoperatief heeft verweerder terecht onderkend dat het resultaat van de coloscopie in combinatie met een CT-scan in feite nog onvoldoende informatie gaf over de exacte locatie van de tumor en heeft hij terecht een coloninloofoto overwogen. Bij de coloscopie was immers geen verdere passage mogelijk, waarbij komt dat dergelijk onderzoek in het algemeen reeds in 20% van de gevallen een onjuiste lokalisatie oplevert. Verweerder heeft ter zitting desgevraagd toegelicht dat hij hiervan alsnog heeft afgezien omdat hij patiënte, een 75-jarige vrouw met wie zeer moeizaam te communiceren viel, niet verder wilde belasten en omdat met name het MDL-onderzoek weinig twijfel toeliet voor de lokalisatie van de tumor. Het college acht, evenals de deskundige, deze afweging nog wel acceptabel. Wat wel opvalt is dat noch de MDL-arts, noch verweerder, noch de deskundige er expliciet bij lijken te hebben stilgestaan of de conclusie dat er sprake is van een darmtumor in het coecum/colon ascendens past bij een patiënt met passageklachten en zonder anemie.

Wat de persoon van de operateur betreft gaan klaagsters er in het desbetreffende klachtonderdeel ten onrechte van uit dat verweerder een ondergeschikte rol zou hebben gespeeld bij de operatie; als aanwezige supervisor moet verweerder daarentegen geacht worden een bepalende rol te hebben gespeeld bij de ingreep. Reeds daarom kan dit klachtonderdeel niet slagen. Overigens hebben klaagsters niets aangevoerd waaruit kan blijken dat verweerder met patiënte heeft afgesproken dat hij de operatie zelf zou

verrichten. Hij heeft het ook niet opgeschreven hetgeen hij, naar hij heeft uitgelegd ter zitting, pleegt te doen als hij wil dat de operatie voor hem wordt gepland.

5.3

Peroperatief volgt het college de deskundige in zijn oordeel dat het niet gebruikelijk en dus niet nodig was om de inktmarkering tijdens of na de operatie op te sporen. Het feit dat, zoals door klaagsters opgemerkt, de richtlijn diagnostiek coloncarcinoom 2008 vermeldt dat het markeren van de tumor peroperatief lokaliseren van de tumor gemakkelijker maakt, leidt niet tot een ander oordeel. Inktmarkering was destijds een nieuw fenomeen en in feite bedoeld voor laparoscopische ingrepen. Bedacht dient nog te worden dat tatoeage met inkt in zo'n 20% van de gevallen niet meer is terug te vinden en het ontbreken daarvan dus niet zonder meer betekent dat de gemarkeerde tumor niet is verwijderd. Het komt weliswaar met enige regelmaat voor dat er sprake is van een dubbeltumor (in de literatuur zijn ook percentages tot ongeveer 6% aan te treffen) maar in de gegeven omstandigheden draagt dat niet bij tot de beantwoording van de vraag of verweerder een verwijt treft. Immers, in dit geval bevond zich volgens een specifieke coloscopie op de aangegeven plek een tumor, dit werd bevestigd door een CT-scan terwijl elders geen tumor werd gezien, en bij de operatie werd op die plek daadwerkelijk een tumor aangetroffen. Dat zich precies op de aangegeven plek een, naar achteraf bleek, andere tumor bleek te bevinden is een veel toevalliger samenloop van omstandigheden dan genoemd percentage van 6% doet vermoeden.

5.4

Postoperatief is van belang dat patiënte is komen te liggen op een verpleegafdeling waarvoor verweerder niet verantwoordelijk was. Wat opvalt is dat de PA-uitslag van de operatie naar verweerder heeft uiteengezet niet door hem werd gezien, maar naar de verpleegafdeling ging waar de patiënte was komen te liggen na de operatie en daar verder werd beoordeeld door de behandelaars. Het college acht met name deze routing van de PA-rapportages niet optimaal, omdat ook de operateur kennis moet nemen van het resultaat van het PA-onderzoek als afronding van zijn operatie, maar is van oordeel dat het te ver zou voeren verweerder hiervoor een tuchtrechtelijk verwijt te maken omdat de organisatie van de zorg wel zodanig was dat in elk geval de voor de afdeling verantwoordelijke chirurg de PA-rapportage verder zou beoordelen. Niet is gebleken dat verweerder tot het ontslag betrokken is geweest bij de behandeling van patiënte. De discrepantie tussen de PA-uitslagen was toen al gesignaleerd en het traject via de oncologiebespreking was al in gang gezet. Verweerder was niet verantwoordelijk voor het ontslag, noch voor de informatie die daarbij is verstrekt over de resultaten van de scopie en de operatie. Vanaf de heropname is verweerder wel, hoewel hij niet werkzaam was op de desbetreffende afdeling, nadrukkelijk mede betrokken geweest bij de behandeling. De discrepantie tussen de PA-onderzoeken zijn weliswaar niet met de grootst mogelijke spoed via een direct contact, maar via de oncologiebesprekingen, geëvalueerd maar dit laat zich ook wel verklaren tegen de achtergrond van het feit dat het eerst beter leek te gaan met patiënte, er later sprake leek van een naadstenose en er lange tijd van is uitgegaan dat er in het PA-onderzoek zelf iets fout was gegaan. Derhalve kan verweerder niet tuchtrechtelijk worden verweten dat hij in de periode van 23 april tot 15 mei 2009 onvoldoende voortvarend is opgetreden. Op die laatste datum heeft verweerder uitgebreid overleg gehad met andere behandelaars en heeft hij daarna in een uitgebreide familiebespreking de conclusie getrokken dat de kwaadaardige tumor mogelijk nog aanwezig was en vervolgacties voorgesteld.

5.5

In retrospectie baart het wel zorgen -zonder dat hiermee een tuchtrechtelijk oordeel wordt uitgesproken- dat de zorg voor patiënte gefragmenteerd is geweest en dat elke behandelaar zich heeft gericht op dat stukje van de zorg waarin hij gespecialiseerd was. De MDL-arts meende een tumor rechts te zien zonder zich af te vragen of die conclusie paste bij een patiënte met passageklachten en zonder anemie. Verweerder heeft, hem daarin volgend, patiënte aan die zijde geopereerd en vervolgens de zorg overgedragen aan de chirurg die verantwoordelijk was voor de verpleegafdeling, waarbij hij accepteerde dat hijzelf niet meer werd geïnformeerd over de PA-rapportage. De patholoog-anatoom heeft het operatiemateriaal onderzocht zonder aanstonds te signaleren dat er een onverklaarbaar verschil was met het biopt van de scopie. Op de verpleegafdeling werd door de behandelaars voornamelijk acht geslagen op het ogenschijnlijke herstel van patiënte en werd er lange tijd niet bij stilgestaan dat er een andere oorzaak voor de discrepantie tussen de PA-rapportages kon zijn dan een fout in het PA-onderzoek zelf. Ook de veronderstelling bij de postoperatieve controlescopie dat het om een gestenoseerde end-to-end anastomose ging werd overgenomen, terwijl in het operatieverslag melding was gemaakt van een end-to-side anastomose. Kortom, als een behandelaar in dit hele traject differentiaal-diagnostisch had stilgestaan bij alle voorhanden gegevens en niet zonder meer had voortgeborduurd op het oordeel van de voorganger, had deze individuele patiënte kans gehad op een beter verlopen behandeling. Dit is echter wel de manier waarop thans in een groot ziekenhuis de gezondheidszorg veelal is georganiseerd.

5.6

Al met al moet de conclusie luiden dat het, ook wat verweerder betreft, anders en beter had gekund, maar dat met inachtneming van het hierbij bij 5.1 weergegeven toetsingscriterium verweerder geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Het college ziet aanleiding deze uitspraak te publiceren als hieronder aangegeven.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Het Centraal Tuchtcollege gaat voor de beoordeling van het hoger beroep mede uit van de feiten en de omstandigheden zoals zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hierboven onder 2.1 staan weergegeven. Klaagsters hebben een aantal kanttekeningen bij die vaststelling geplaatst maar deze zijn, zo al juist, naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege van ondergeschikte betekenis en behoeven geen correctie. Anders dan klagsters betogen is de door E. in zijn rapportage neergelegde conclusie als zodanig een feit. Het Regionaal Tuchtcollege geeft daarover immers in dat onderdeel van de uitspraak geen oordeel. Voor de overzichtelijkheid houdt het Centraal Tuchtcollege de volgende tijdlijn aan.

Tijdlijn

5 maart 2009: coloscopie door MDL- arts (gerapporteerd als niet te passeren, voor coloncarcinoom verdachte stenoserende afwijking in de colon ascendens, 110 cm van de anus voorbij het colon transversum) met biopt en markering.

16 maart 2009 : CT-scan abdomen (RIP in het colon ascendens, geen metastasen op afstand).

26 maart 2009 : bespreking door arts met patiënte tijdens poliklinisch consult.

6 april 2009 : operatie (hemicolectomie rechts via dwarse incisie).

10 april 2009 : verslag PA-onderzoek (de verwijderde tumor is een 5,5 cm grote tubulovilleuze adenomateuze poliep).

15 april 2009 : gesprek met dochters (uitslag pathologie besproken).

21 april 2009 : patiënte uit ziekenhuis ontslagen.

23 april 2009 : patiënte weer opgenomen op verdenking van ileus.

23 april 2009 : CT-scan abdomen (geen lekkage en geen ileus).
28 april 2009 : oncologiebespreking (gelet op de discrepantie tussen het biopt en resectiepreparaat opnieuw overleg MDL/Chirurgie en herbeoordeling PA).
1 mei 2009 : coloscopie (niet te passeren zeer nauw lumen, gerapporteerd als waarschijnlijk een gestenoseerde end-to-end anastomose).
12 mei 2009 : oncologiebespreking (onderzoek preparaten leverde wederom geen invasief carcinoom op en geen tekenen van endoscopische tatoeage). Advies: herhaling coloscopie en bespreking in de MDL groep of de maligne tumor wel is verwijderd .
14 mei 2009 : coloninloopfoto (geen passage naar de dunne darm met verdenking op ernstige stenose).
15 mei 2009 : bespreking met dochters (besproken dat gelet op de discrepantie PA uitslagen de tumor mogelijk nog aanwezig is. Adviseerde herhaling CT-scan en coloscopie.
19 mei 2009 : overname patiënte door het F.-Ziekenhuis.
3 juni 2009 : operatie via een mediane laparotomie, tumor in de flexura lienalis waarvoor aanvullende hemicolectomie links). Pathologie: adenocarcinoom met lymfekliermetastasen maar ook in omentum hard tumorweefsel.

4. Beoordeling van het hoger beroep

Procedure.

4.1 Klaagsters beogen de zaak in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege ter beoordeling voor te leggen. Hetgeen zij daartoe hebben aangevoerd komt in essentie neer op een herhaling van de stellingen die zij reeds in eerste aanleg hebben geuit. Zij concluderen tot gegrondbevinding van hun klacht op alle onderdelen en verzoeken het opleggen van een passende maatregel.

4.2. De arts heeft in hoger beroep gemotiveerd verweer gevoerd. Hij concludeert - zakelijk weergegeven - primair tot niet-ontvankelijkverklaring van klaagsters en subsidiair tot bevestiging van de bestreden beslissing zo nodig onder aanvulling en verbetering van gronden en verwerping van het beroep van klaagsters.

Beoordeling met betrekking tot de ontvankelijkheid.

4.3 De arts acht klaagsters niet-ontvankelijk in hun beroep omdat het op 18 januari 2012 per fax ingediende beroepschrift, niet onverwijld is gevolgd door de nazending per post van het oorspronkelijke beroepschrift hetgeen in strijd is met artikel 1 onder e van het Reglement van het Centraal Tuchtcollege.

4.4. In artikel 1 onder e van het Reglement van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (in werking getreden op 1 januari 2003) staat dat in geval van indiening per fax het oorspronkelijk beroepschrift met alle eventuele bijlage onverwijld moet worden nagezonden per post of moet worden bezorgd. En dat wanneer zulks stipt gebeurt het tijdstip van ontvangst van de fax geldt als dag van indiening. Vast staat dat het beroepschrift tijdig d.w.z. binnen de beroepstermijn per fax is ingediend. Bij brief van 7 maart 2012 heeft het Centraal Tuchtcollege, na geconstateerd te hebben dat het originele beroepschrift ontbrak, klaagsters in de gelegenheid gesteld dit alsnog toe te zenden en daarvoor een termijn gesteld: tot 16 maart 2012. Het originele beroepschrift is binnen die termijn, op 14 maart 2012, ontvangen. Gelet op het bepaalde in artikel 1 onder e van het Reglement is dat te laat. Het Centraal Tuchtcollege acht deze termijnoverschrijding echter onder de geschetste omstandigheden verschoonbaar nu het Centraal Tuchtcollege zelf deze omissie (het niet onverwijld toesturen van het originele beroepschrift) als een herstelbaar verzuim heeft opgevat en klaagsters de gelegenheid heeft geboden dit verzuim te herstellen, hetgeen klaagsters binnen de daarvoor gestelde termijn hebben gedaan.

Beoordeling.

4.5 Ter zitting in hoger beroep is gehoord de deskundige, E., die heeft verklaard te blijven bij de schriftelijke rapportage die hij op verzoek van het Regionaal Tuchtcollege heeft uitgebracht. Het Centraal Tuchtcollege onderschrijft de bevindingen en conclusies van E. en overweegt daartoe als volgt.

4.6 Het Centraal Tuchtcollege volgt E. in zijn oordeel dat door het scopieverslag van de MDL-arts (passage colon transversum), de bijgeleverde tekening en het verslag van de CT-scan er bij de arts geen twijfel behoefde te zijn over de lokalisatie van de tumor. Voor ook nog een coloninlooffoto bestond bij die stand van zaken geen indicatie.

De operatie werd onder supervisie van de arts door een arts-assistent verricht op 6 april 2009. Zoals het Centraal Tuchtcollege eerder heeft geoordeeld (zie uitspraak C 2010.366 van 8 maart 2012) is deze wijze van werken in een niet-academisch opleidingsziekenhuis waarover patiënten worden geïnformeerd door middel van patiëntenfolders, toelaatbaar. Ook in dit geval heeft de arts-assistent zich voor de operatie aan patiënte voorgesteld en is de operatie vervolgens mede uitgevoerd door de arts als supervisor. De arts had jegens patiënte of klaagsters overigens geen enkele toezegging gedaan omtrent de persoon van de operateur.

Op 6 april 2009 is bij patiënte een incisie gemaakt rechts in de onderbuik. Aldaar is een tumor aangetroffen en deze is vervolgens verwijderd.

Dat de arts de inktmarkering niet heeft opgespoord acht het Centraal Tuchtcollege tuchtrechtelijk niet verwijtbaar. Het Centraal Tuchtcollege volgt daarbij E. dat dit, nu de gelokaliseerde tumor is aangetroffen, niet gebruikelijk is.

Voorts zijn geen feiten of omstandigheden gebleken op grond waarvan op dat moment bij de arts de verdenking had moeten rijzen van de aanwezigheid van een andere tumor. De tumor die later in het F. is verwijderd bevond zich in de flexura lienalis – een deel van het colon dat, niet bereikbaar vanuit de gekozen incisie, hoog links in de buik, nabij de milt ligt.

4.7 Na de operatie is patiënte verpleegd op de afdeling Heelkunde. De PA uitslag van de operatie is beoordeeld door de behandelaars van patiënte aldaar. De arts, die geen behandelaar op die afdeling was, heeft de PA-uitslag daarom niet als eerste gezien. Het Centraal Tuchtcollege deelt de visie van het Regionaal Tuchtcollege dat het beter zou zijn geweest als die PA-uitslag mede aan de arts als operateur was verstrekt maar nu de inrichting van de ziekenhuisorganisatie daar niet in voorzag gaat het te ver om de arts daarvan een tuchtrechtelijk verwijt te maken. Bij het ontslag van patiënte is de arts niet betrokken geweest zodat hij daarvoor niet verantwoordelijk kan worden gehouden.

4.8. Na heropname van patiënte op 23 april 2009 was de discrepantie tussen het biopt voor de operatie en de beoordeling van het resectiepreparaat door de PA inmiddels gesignaleerd en is de arts als operateur, gelet op deze bijzonderheid, wel mede betrokken bij de verdere behandeling van patiënte. Op 28 april is deze discrepantie aan de orde gesteld in de oncologiebespreking, en wordt onder andere besloten tot revisie van de PA. Op 1 mei heeft bij patiënte een colonoscopie plaatsgevonden. In de oncologiebespreking van 12 mei is, omdat ook bij revisie geen infiltratieve tumor in het operatiepreparaat gevonden werd, de verdenking gerezen dat de kwaadaardige tumor niet was verwijderd. Op 15 mei 2009 heeft de arts deze verdenking met klaagsters, die de wens te kennen hadden gegeven hun moeder hiermee niet te belasten, besproken, de mogelijkheid van een dubbeltumor geopperd en zijn vervolgacties voorgesteld.

Het Centraal Tuchtcollege kan zich vinden in het oordeel van E. dat de gesignaleerde discrepantie tussen het voor de operatie genomen biopt en het resectiepreparaat in logische stappen is onderzocht waarbij na uitsluiting van een aantal mogelijke verklaringen, waarmee zekere tijd gemoeid is, de verdenking op nog in situ zijn van de tumor

is gerezen. Het verwijt dat de arts zodanig weinig voortvarend is opgetreden dat hem daarvan een tuchtrechtelijk verwijt moet worden gemaakt, is dan ook niet gegrond.

4.9 Het vorenstaande leidt tot de slotsom dat de klacht in al zijn onderdelen ongegrond is. Het Regionaal Tuchtcollege is tot hetzelfde oordeel gekomen. Dit betekent dat het beroep van klaagsters verworpen wordt.

4.10 Om redenen aan het algemeen belang ontleend, zal de publicatie van deze beslissing worden gelast.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

verwerpt het beroep;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: mr. C.H.M. van Altena, voorzitter, Prof. mr. J. Legemaate en mr. M.W. Zandbergen, leden-juristen en dr. R.T. Ottow en dr. G.J. Clevers, leden-beroepsgenoten en mr. H.J. Lutgert, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van

21 maart 2013.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.