

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2015.439

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2015.439 van:

A., wonende te B., appellant, klager in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. M.G.F. de Graaff-Bosch, advocaat te Utrecht,
tegen

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

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klager - heeft op 21 oktober 2014 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen C. - hierna de chirurg - een klacht ingediend. Bij beslissing van 17 november 2015, onder nummer 200/2014, heeft dat College de klacht als kennelijk ongegrond afgewezen.

Klager is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De chirurg heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

Het Centraal Tuchtcollege heeft van de chirurg nog nadere correspondentie ontvangen. De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 11 oktober 2016, waar zijn verschenen klager, bijgestaan door mr. De Graaff-Bosch voornoemd, en de chirurg, bijgestaan door mr. Kastelein voornoemd.

De beide gemachtigden hebben de standpunten van partijen toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“2. FEITEN

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

Klager, geboren in 1976, werd in 2012 geopereerd in verband met een hernia diafragmatica (middenrifbreuk) rechts. Via een bovenbuikslaparotomie werd de breukinhoud in de vrije buikholte teruggebracht. Het defect werd primair gesloten. Direct postoperatief deden zich geen complicaties voor.

In verband met een littekenbreuk craniaal van de navel is klager op 10 december 2012 naar het D. te B. verwezen door zijn huisarts.

Op 19 december 2012 zijn door verweerder de navolgende aantekeningen gemaakt van klagers bezoek bij de polikliniek:

“Zie brief HA

Littekenbreuk na correctie drafragm hernia

Poort ± 4-5 cm

Pt heeft er last van

wil correctie
voorstel via laparoscop.weg . matje
inbrengen
cave adhesie, cave darm
recidiefkans altijd aanwezig
enkele weken post op last mogelijk
pt akkoord ook evt open procedure!
afh v. toegang buikholte
Opnamelijst ventriomesh 14X18
Zsm”

Op 19 december 2012 is door verweerder een formulier ‘informed consent operatieve ingreep’ ondertekend. Aangekruist is dat klager mondelinge uitleg van de chirurg heeft ontvangen, dat de alternatieven, niets doen/controleren zijn besproken. Als risico’s van het chirurgisch deel van de operatie zijn aangevinkt: nabloeding, wondinfectie, recidief. Aangevinkt is dat de patiënt akkoord is met het voorgestelde beleid.

Op 9 januari 2013 is klager door verweerder geopereerd. Daarvan maakte verweerder het navolgende verslag, inhoudende:

“Patiënt onder narcose. Antibioticaprofylaxe. Met Verresnaald in de linker bovenbuik pneumoperitoneum aanleggen. Vervolgens wokkeltrocart, de camera in de wokkel draaiend naar binnen. We kunnen gelukkig zonder problemen de buikholte bereiken. Forse adhesies van omentum ter hoogte van de breukpoort. We hebben overigens te maken met een nogal dikke patiënt. Zover mogelijk lateraal worden onder zicht een 5mm en 10mm trocarts ingebracht. Links en rechts en dan het omentum grotendeels met en schaarje los van de voorste buikwand. Dan zien we het colon opgetrokken liggen tegen de breukpoort. Voorzichtig wordt deze losgemaakt van de voorste buikwand. Gelukkig geen straffe adhesies en uiteindelijk hebben we dan de gehele fascie breukpoortrand binnen vrij. Er wordt dan gemeten waarbij we een breukpoort hebben van ongeveer een centimeter of 10 in doorsnede. Een Ventralight mat van Bard wordt gebruikt van 17 bij 20. Deze wordt op het centrale punt van een prolene hechting voorzien, wat vochtig gemaakt en vervolgens nadat we een disposable 12mm trocart hebben ingebracht, in de buikholte gepositioneerd. Dan uitrollen van de mat. Vervolgens wordt met een suture retriever de centrale breukpoort de huid een heel klein eindje geopend, waarna we de twee successievelijke draden oppikken en dan de mat naar de voorste buikwand toe halen. Wat dan opvalt is dat deze mat als een slappe zak tegen de voorste buikwand enorm geplooid gaat hangen en we heel lang proberen deze mat goed te positioneren. Twee keer lukt het me om een tacker te plaatsen naar tevredenheid maar telkenmale plooit de mat geweldig en krijgen we hem niet goed tegen de voorste buikwand gepositioneerd, met name ten opzichte van de breukpoort. Uiteindelijk besluit tot converteren en we openen ter hoogte van de breukpoort de huid. De mat wordt uitgenomen nadat we de tackers hier hebben losgemaakt en vervolgens wordt een Composixmat gebruikt van 14 bij 18. Deze wordt dan, nadat we deze goed hebben gepositioneerd subfasciaal, darm uit de buurt hebben, rondom vastgetackerd met niet resorbeerbare tackers. De mat overlapt goed de breukpoort en we kijken nog eens via de laparoscopus nadat we de wond tijdelijk hebben gesloten. Op een paar plaatsen kunnen we nog tackers plaatsen, daarmee ligt de goed tegen de buikwand aan. Verwijderen van de trocarts. Dan sluiten we de fascie zoveel mogelijk met een PDS loop ter hoogte van de breukpoort en op de mat hebben we een groot Garacolmatje geplaatst en ook subcutaan plaatsen we nog in snippers een kleiner Garacolmatje. De huid wordt

met nietjes gesloten, de overige incisies van trocars ook met nietjes. De fascie is illusoïr, zo niet te bereiken. Antibiotica vijf dagen continueren.”

Postoperatief is klager op 22 januari 2013 op controle geweest bij verweerder. Verweerder maakt de navolgende aantekeningen:

“Gaat goed

Buikwand wat gevoelig wordt wel beter

Geen koorts, def gb mictie gb

O/ wond geheel rustig

Gb

HV

6 wkn rustig aan! ip EB”

Op 6 mei 2013 heeft klager zich wederom bij verweerder gemeld met een zwelling waarbij hij geen klachten ondervond.

In september 2013 heeft verweerder een CT-scan laten verrichten en de uitslag besproken. Er was sprake van een recidiefbreuk en een open procedure is afgesproken. Klager wilde graag in december 2013 worden geopereerd.

In verband met pijn heeft klager zich op 7 november 2013 gemeld op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis.

Op 14 november 2013 is klager nogmaals door verweerder geopereerd in verband met een recidief hernia cicatricialis. Verweerder maakte het navolgende verslag van de operatie:

“Patiënt onder narcose. Antibioticaprofylaxe. Escisie van het brede litteken ter hoogte van het niveau recidief. Subcutis openen en dan komen we bij de breukzak die we voorzichtig geheel rondom gaan vrijprepareren. Bereiken linkszijdig van het matje. Hier wordt voorzichtig het peritoneum vanaf geprepareerd en zo naar rechts toe. Alhier van de fascie afpreparerend. De breukzak gaat dan weer open. We kunnen dan in ieder geval aan de binnenzijde voelen dat er vooral omentum tegen de voorste buikwand recidief aan zit. Dit wordt allemaal losgemaakt. We hebben ook een stukje dunne darm wat met name caudaal vastzit, losgemaakt van de voorste buikwand. Een serosaletseltje is voortlopend overhecht. Uiteindelijk hebben we het dan geheel rondom vrij waarbij dus ruim de helft zijde door mat wordt gevormd. De andere zijde door rectusfascie. We houden naar craniaal toe het peritoneum/breukzak. Er wordt nu een mat gezocht. We gebruiken een 10 bij 15 Composixmat.

Helaas hebben we niet de Dual-mesh Kugel, dus met tackers kunnen we niet primair aan de slag. Eerst met multipele Pemilene 2/0 hechting het matje aan de Larlexzijde tegen de fascie aan plaatsend intra-abdominaal. We hebben in ieder geval een ruime overlap van het breukpoortje. Nadat we dit hebben gedaan worden de metalen tackers gebruikt om het matje nog eens extra tegen de voorste buikwand te plaatsen wat we doen vanaf de Marlexzijde dus dat we daar telkenmale iets een plooi krijgen maar dit zal voor de binnenzijde geen consequenties hebben. Hier ligt het matje zodanig dat het defect geheel afgedekt. Vervolgens kan het peritoneum hieroverheen gelegd worden. Dan kan deels subcutis, deels de fascie met PDS worden gesloten nadat we een Garacolmatje en een redonse drain hebben achtergelaten. Op de subcutis leggen we nog een Garacolmatje en vicrylhechtingen waarna nietjes voor de huid.

Nabehandeling: antibiotica vijf dagen continueren. Patiënt dient vier weken een breukband te dragen en niet zwaar te tillen.”

Op 2 december 2013 vond poliklinisch een nacontrole plaats. De rechterzijde van de buikwand was plaatselijk gevoelig. Verweerder adviseerde klager om het nog zeker zes weken rustig aan te doen en de breukband te blijven dragen.

Op 13 januari 2014 kwam klager voor een poliklinisch consult in verband met plaatselijke pijn aan de rechterzijde van het litteken op de buik. De nadien verrichte CT-scan liet zien dat geen sprake was van een recidief, wel was er wat infiltratie en vocht op de rechterzijde van het litteken. In overleg met klager heeft verweerder een injectie met marcaïne en kenacort toegediend. In februari 2014 hebben nogmaals injecties plaatsgevonden.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerder -zakelijk weergegeven-:

1. dat de door verweerder uitgevoerde operaties op 9 januari 2013 en 14 november 2013 onterecht en onjuist zijn uitgevoerd;
2. dat klager geen of onvoldoende voorlichting heeft ontvangen over de te verrichten operaties;
3. dat sprake is van onvolledige verslaglegging door verweerder.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat op basis van lichamelijk onderzoek en de overige verkregen informatie voldoende grond was voor de operaties aan de littekenbreuk. Verweerder heeft klager op diverse behandelmogelijkheden gewezen en bij beide operaties is in overleg gekozen voor operatie. De dossiervorming met betrekking tot de operatieverslagen is conform de professionele standaard.

Verweerder stelt dat hem geen gegronde tuchtrechtelijke verwijt kan worden gemaakt. Voor zover nodig zal bij de overwegingen nader ingegaan worden op het gevoerde verweer.

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.

5.2 Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel overweegt het college als volgt. Op basis van het door verweerder verrichte lichamelijk onderzoek en de hem voorts bekende gegevens was er voldoende grond voor de operatieve behandelingen van recidief littekenbreuk. Klagers BMI, dat hoger was dan 30, was geen contra-indicatie voor de operaties.

Verweerder heeft klager tweemaal geopereerd. In het operatieverslag heeft verweerder de techniek die hij heeft gebruikt gedetailleerd beschreven. Dit is een gebruikelijke techniek. Een laparoscopische ingreep verdient de voorkeur gelet op de lagere kans op wondinfectie en de doorgaans kortere opnameduur.

Verweerder heeft de grootte van de breukpoort beschreven, de grootte van de gebruikte mat. In januari 2013 was sprake van een breukpoort met een doorsnede van 4 tot 5 centimeter. Nadat verweerder een pneumoperitoneum aangelegd heeft werd de breukpoort opgerekt tot ongeveer 10 centimeter. Een Composixmat van 14 bij 18 centimeter is gebruikt en de mat is vastgetackerd met niet resorbeerbare tackers. De mat overlapt de breukpoort ruimschoots. De Composixmat is door verweerder intra-peritoneaal geplaatst.

Verweerder heeft bij de operatie in november 2013 zorgvuldig gehandeld door de eerder geplaatste mat niet te verwijderen. De mat was aan de linkerzijde van de beperkte

breukpoortrand goed geïncorporeerd. Verwijdering van de mat zou geleid hebben tot onnodige beschadiging van de buikwand.

De door verweerder gebruikte Composixmat van 10 bij 15 centimeter bij een breukpoort van 4 tot 5 centimeter is zorgvuldig en lege artis, gelet op de ruime overlap van de breukpoort. Verweerder heeft eerst multipiele Pemilene 2/0 hechting aangebracht en daarna metalen tackers gebruikt.

De Composixmat is een veilige, gevalideerde mat waar veel ervaring mee bestaat en die ook in Nederland zeer frequent bij deze techniek en doorgaans met goed resultaat wordt toegepast. De Dual-mesh Kugelmat is kwalitatief gezien niet beter of slechter dan de door verweerder gebruikte Composixmat.

De door verweerder beschreven techniek en de door hem uitgevoerde behandeling is conform de in de beroepsgroep geldende standaard. Indien en voor zover klager meent dat bij overgewicht van een patiënt een grotere mat gebruikt had moeten worden merkt het college op dit niet het geval is. De mate van overlap dient zowel bij alle patiënten, ook die met obesitas, minimaal vijf centimeter te bedragen en dat was hier het geval.

5.3 Uit de door verweerder overgelegde formulieren 'informed consent operatieve behandeling' volgt dat de alternatieven met klager zijn besproken, evenals de verschillende wijze van opereren. In overleg is toen klager geen klachten ondervond van de recidief littekenbreuk in mei 2013 gewacht met operatief ingrijpen. Beide operaties hebben plaatsgevonden omdat klager lichamelijke klachten ondervond als gevolg van de littekenbreuk. De risico's op nabloeding, wondinfectie, darmletsel en recidief littekenbreuk zijn eveneens besproken blijkens voornoemde formulieren en poliklinische decursus. Het college is van oordeel dat klager voldoende is geïnformeerd over de te verrichten operaties, de alternatieven en de risico's. Het tweede klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

5.4 Ten aanzien van de verslaglegging door verweerder, het derde klachtonderdeel, overweegt het college als volgt.

Verweerder heeft klager tweemaal geopereerd en van beide operaties verslag gemaakt. In het operatieverslag heeft verweerder de techniek die hij heeft gebruikt gedetailleerd beschreven. Verweerder heeft deze verslagen aan klagers huisarts verzonden en op gebruikelijke wijze vastgelegd in klagers medisch dossier.

Dat verweerder in het operatieverslag van januari 2013 abusievelijk de term subfasciaal heeft gebruikt in plaats van intraperitoneaal kan niet leiden tot een gegrond tuchtrechtelijk verwijt. Gelet op hetgeen verweerder voorts over de techniek van de operatie heeft opgetekend is sprake van een kennelijke verschrijving.

[Het CTG leest] 5.5

Verweerder heeft gehandeld binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening en gehandeld overeenkomstig de zorg die hij ten opzicht van klager behoorde te betrachten.

Gelet op het voorgaande is de klacht kennelijk ongegrond en dient als volgt te worden beslist."

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 In beroep heeft klager een vijftal grieven geformuleerd die tezamen de eerste

twee klachtonderdelen omvatten, te weten het verwijt dat de twee door de chirurg uitgevoerde operaties onterecht en onjuist zijn uitgevoerd en het verwijt dat de chirurg geen of onvoldoende voorlichting heeft gegeven over de te verrichten operaties. Voorts leest het Centraal Tuchtcollege in het beroepschrift van klager nog een zesde, verholene, grieft waarin klager de chirurg verwijt geen aantekening in het dossier van klager te hebben gemaakt over de reden waarom hij bij de operatie in november 2013 de oude mat niet heeft verwijderd. Klager heeft tot gegrondverklaring van de klacht en tot publicatie van de beslissing geconcludeerd.

4.2 De chirurg heeft bij zijn verweer in beroep aanvankelijk alleen de eerste twee klachtonderdelen betrokken. Ter zitting in beroep is ook bovengenoemde zesde grieft aan de orde gesteld zodat de chirurg ook op dit punt verweer heeft kunnen voeren. De chirurg heeft geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege kan zich verenigen met de overwegingen 5.1 en 5.2 van het Regionaal Tuchtcollege. Met betrekking tot de stelling van klager dat zijn BMI, dat ten tijde van de operatie hoger was dan 30, gelet op de uitkomst van het door de chirurg in eerste aanleg overgelegde onderzoek uit 2012 een contra-indicatie had moeten vormen voor de operatie, vult het Centraal Tuchtcollege nog aan dat deze stelling is gebaseerd op een onjuiste interpretatie van de resultaten van voornoemd onderzoek. Blijkens de in het onderzoek opgenomen tabel is de recidiefkans bij patiënten met een BMI>30 niet significant ($p=0,44$) hoger dan bij patiënten met een BMI≤30 anders gezegd: er is een aanzienlijke kans dat het ogenschijnlijke verschil door toeval is ontstaan.

4.4 Voor wat betreft het verwijt van klager dat hij door de chirurg voorafgaand aan de beide operaties onvoldoende is ingelicht en dat hem met name niet duidelijk was dat er een kans bestond dat de operatie via een zogenaamde open procedure zou plaatsvinden, overweegt het Centraal Tuchtcollege als volgt.

4.5 Voorafgaand aan de operatie op 9 januari 2013 heeft de chirurg bij het consult op 19 december 2012 het volgende in het dossier aangetekend “[...] voorstel via laproscop. weg. matje inbrengen [...] recidief kans altijd aanwezig [...] pt akkoord ook evt. open procedure! afh v. toegang buikholte”. Het Centraal Tuchtcollege acht het aannemelijk dat de chirurg, zoals hij stelt, een en ander niet slechts in het dossier heeft genoteerd, maar ook met de klager heeft besproken. Bovendien bevindt zich in het dossier een formulier ‘informed consent operatieve ingreep’ waarop bij de risico’s chirurgisch deel van de behandeling door de chirurg is genoteerd: “*evt. toch open procedure*” en waarop staat aangegeven dat patiënt akkoord is met het voorgestelde beleid. Gelet op het voorgaande oordeelt het Centraal Tuchtcollege dat er voor wat betreft de operatie op 9 januari 2013 sprake was van informed consent bij klager.

4.6 In september 2013 is er telefonisch contact geweest tussen de chirurg en klager en is er een CT-scan gemaakt waarvan de uitslag op 30 september 2013, wederom telefonisch, is besproken. Er bleek sprake van een recidief breuk en in overleg is besloten tot een operatie in december. Klager stelt dat hij tijdens dit telefoongesprek, in reactie op de mededeling van de chirurg dat de operatie via een laparoscopie zou plaatsvinden, heeft gevraagd of het niet de voorkeur zou verdienen direct voor een open procedure te kiezen, nu bij de operatie in januari 2013 een laparoscopische ingreep mislukt was. De chirurg is hiermee akkoord gegaan en er is, telefonisch, afgesproken dat de operatie in, toen nog, december via een open procedure zou plaatsvinden.

4.7 Klager heeft zich, in verband met pijnklachten rond de littekenbreuk, begin november op de SEH gemeld en de voor december geplande operatie is, als gevolg van die pijnklachten, reeds op 14 november 2013 uitgevoerd. In het dossier van klager is geen notitie gemaakt van hetgeen door de chirurg in september 2013 (telefonisch) met

klager is besproken en ook bevindt zich in het dossier geen formulier 'informed consent operatieve ingreep' voor de operatie van 14 november 2013.

4.8 Ondanks het ontbreken van een schriftelijke vastlegging van de aanwezigheid van informed consent bij klager voor de operatie van 14 november 2013 volgt het Centraal Tuchtcollege het college in eerste aanleg in het oordeel dat informed consent ook voor deze tweede operatie aanwezig was. Het feit dat klager in september zelf aan de chirurg heeft voorgesteld de operatie via een open procedure te laten verlopen in plaats van te kiezen voor een laparoscopische ingreep wijst daarop, gelet op de korte tijd die was verstreken sinds de eerste, identieke, operatie (waarvoor informed consent aanwezig was), aannemelijk is dat de bij gelegenheid van die eerste operatie gegeven informatie nog bij klager bekend was, althans door de chirurg nog bekend mocht worden verondersteld.

De aanloop naar deze tweede operatie is, nu de voorafgaande consulten telefonisch zijn geweest, anders verlopen dan gebruikelijk. Dat heeft er mogelijk toe geleid dat de chirurg geen aantekening in het dossier heeft gemaakt over de aanwezigheid van informed consent bij klager. Het ware wellicht beter geweest wanneer de chirurg deze aantekening wel had gemaakt, maar tuchtrechtelijk verwijtbaar acht het Centraal Tuchtcollege dit niet. Het Centraal Tuchtcollege is in ieder geval de overtuiging toegegaan dat ook voor de tweede operatie informed consent bij klager aanwezig was.

4.9 Voor wat betreft het verwijt van klager dat de chirurg geen aantekening in het dossier heeft gemaakt over de reden waarom hij bij de operatie in november 2013 de oude mat niet heeft verwijderd stelt het Centraal Tuchtcollege voorop dat er voor een arts in het algemeen geen aanleiding bestaat in het dossier te vermelden wat hij tijdens een operatie *niet* doet. Overigens heeft de chirurg (ook) in beroep uitleg gegeven over waarom het naar zijn oordeel de voorkeur verdiende de mat die bij de operatie in januari was geplaatst, te laten zitten. De mat zat goed vast en verwijderen zou mogelijk leiden tot een onnodige beschadiging. Deze uitleg ontmoet, net als de gekozen handelwijze, bij het Centraal Tuchtcollege geen bedenkingen.

4.10 Voor het overige heeft de behandeling van de zaak in beroep het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten of tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg.

4.11 Al het voorgaande tezamen leidt tot de conclusie dat het beroep van klager moet worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. K.E. Mollema, voorzitter, mr. dr. B.J.M. Frederiks en mr. Y.A.J.M. van Kuijck, leden-juristen en dr. G.J. Clevers en dr. R.T. Ottow, leden-beroepsgenoten en mr. M.D. Barendrecht-Deelen, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 17 november 2016. Voorzitter w.g. Secretaris w.g.