

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: G2018/08

**Rep.nr. G2018/08**

10 juli 2018

Def. 111

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG  
TE GRONINGEN**

Beslissing op de klacht van:

**A**

allen wonende te B,  
klagers,  
gemachtigde: C,

tegen

**D,**

chirurg te B,  
verweerder,  
BIG registratienummer:,  
gemachtigde: mr. R.J. Peet.  
1. Verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift met bijlagen van 19 januari 2018, ingekomen op 23 januari 2018;
- een aanvulling op het klaagschrift van 1 februari 2018, ingekomen op 6 februari 2018;
- het verweerschrift met bijlagen van 19 maart 2018, ingekomen op 20 maart 2018;
- het proces-verbaal van het op 9 april 2018 gehouden mondeling vooronderzoek onder leiding van H.D. de Groot, plaatsvervangend secretaris van het college.

De klacht is behandeld ter openbare zitting van 29 mei 2018. Partijen zijn verschenen, beiden vergezeld door hun gemachtigden.

## 2. Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van de klacht gaat het college uit van de volgende feiten.

### 2.1

Klagers zijn de nabestaanden van de heer E (hierna: patiënt), geboren op XX-XX 1940 en overleden op XX-XX 2015. Verweerder is als chirurg werkzaam in het F ziekenhuis te B (hierna: het ziekenhuis).

### 2.2

Op 15 mei 2015 krijgt patiënt plotseling heftige buikpijn. 's Ochtends wordt hij eerst gezien door de huisarts. Deze stelt de waarschijnlijkheidsdiagnose acuut dan wel een geruptureerd atherosclerotic abdominaal aorta-aneurysma (AAAA/RAAA) en verwijst patiënt naar het ziekenhuis. Aldaar wordt patiënt allereerst op de SEH-afdeling gezien. Verweerder is op dat moment de dienstdoende chirurg en wordt hoofdbehandelaar van patiënt. Uit CT-onderzoek op de SEH blijkt geen sprake van een aneurysma van de aorta abdominalis te zijn. Wel is er een vochtcollectie ter hoogte van het rectum en geen vrije lucht in het abdomen. Er wordt geen perforatie van de darm of blaas geconstateerd. In samenspraak met de SEH-arts en de radioloog komt verweerder op basis van de bloedwaarden, de bevindingen bij lichamelijk onderzoek en röntgenonderzoek blijkens het opnamebericht tot de volgende conclusie:

*1. Acuut ontstane buikpijn bij 74-jarige patiënt bekend met hartfalen, vermoedelijk op basis van coprostase [verstopping door ophoping van harde ontlasting, red.]. Bij CT-scan vrij vocht in de buik zichtbaar. DD toch ruptuur niercyste/darm/abces, mogelijk ascites (hartfalen, maligne?) (...)*

*2. Hyponatriëmie [tekort aan natrium in het bloed, red.], waarschijnlijk bij diuretica.*

Patiënt wordt opgenomen op de afdeling chirurgie alwaar verweerder een expectatief beleid voert. Hij ziet patiënt op 15 mei 2015 driemaal.

### 2.4

In de nacht van 15 op 16 mei 2015 wordt verweerder tweemaal thuis gebeld door de verpleegkundige, omdat de toestand van patiënt verslechtert. Verweerder komt niet naar het ziekenhuis, maar bespreekt telefonisch dat de intraveneuze LV-vochttoediening moet worden uitgebreid en de pijnbestrijding opgevoerd. Dit gebeurt ook. Om 08.00 uur draagt verweerder de dienst over aan een collega, met wie hij telefonisch de situatie van patiënt bespreekt. Vervolgens blijkt dat de tensie onvoldoende stijgt ondanks de vochttoediening en dat er een nierfunctiestoornis is opgetreden. Later deze dag wordt besloten tot laparotomie onder de werkdiagnose perforatie. Tijdens de operatie wordt contaminatie door faecaal materiaal in het kleine bekken aangetroffen. Als oorzaak wordt in een kluwen dunne darm ten gevolge van enorme adhesie (verklevingen) een dubbele perforatie van de darm vastgesteld. Na opname op de IC overlijdt patiënt op XX-XX- 2015 aan de gevolgen van een abdominale sepsis en multi-organfalen.

## 3. De klacht

De klacht luidt – zakelijk weergegeven – als volgt.

### 3.1

Klagers zijn van mening dat verweerder als gevolg van onvoldoende onderzoek tot gebrekkige diagnostiek is gekomen. Hierdoor heeft hij de juiste diagnose gemist, te weten acute mesenteriale ischemie (acute doorbloedingsstoornis van het mesenteriale vaatbed). Verweerder bleef ten onrechte vasthouden aan de vermoedelijke diagnose coprostase zonder deze naar aanleiding van het beloop te heroverwegen. De acute pijnklachten bij patiënt hadden – zeker vanwege diens cardiovasculaire comorbiditeit – aanleiding moeten zijn voor verweerder om een vasculaire oorzaak van de problemen te vermoeden en daar adequaat op te reageren. Dit gebeurde echter niet. Ondanks de toenemende pijnklachten werd patiënt opgenomen op de afdeling chirurgie alwaar een afwachtend beleid werd afgesproken. De enige reactie van verweerder op het verder toenemen van de pijn was het ophogen van de morfine.

### 3.2

Klagers zijn van mening dat patiënt het waarschijnlijk had overleefd als verweerder zijn werk beter had gedaan. Hij had dan in ieder geval een grotere overlevingskans gehad. Verweerder had op de dag van de opname al een diagnostische spoedlaparotomie moeten verrichten, en wel om twee redenen:

- er was onzekerheid omtrent de diagnose en
- de toestand van patiënt verslechterde.

Voorts is het opvallend dat in het medisch dossier geen enkele notitie van verweerder te vinden is, terwijl hij toch wel de hoofdbehandelaar was van patiënt. Óf verweerder heeft patiënt nooit zelf gezien, óf hij heeft niet aan verslaglegging gedaan.

### 3.3 Klachtonderdelen

Klagers verwijten verweerder:

- 1) dat hij een onjuiste diagnose heeft gesteld en onvoldoende zorg heeft geboden op 15 mei 2015, ten gevolge waarvan patiënt is overleden;
- 2) dat door hem een onjuiste en onvolledige status is bijgehouden;
- 3) dat hij geen rekening heeft gehouden met de cardiale comorbiditeit van patiënt.

## 4. Het verweer

Het verweer luidt – zakelijk weergegeven – als volgt.

Patiënt werd op 15 mei 2015 naar het ziekenhuis verwezen met verdenking op een AAAA dan wel een RAAA. Uit echografisch onderzoek van de buik op de SEH bleek dat hier geen van sprake van was. Gezien de klachten van patiënt werd besloten een CT Angio (onderzoek met contrastmiddel) van de gehele aorta te verrichten. Daarbij werd behoudens vrij vocht in de paracolische goot (ruimte tussen de dikke darm en de buikwand) beiderzijds in het kleine bekken geen vrije lucht intra-abdominaal vastgesteld. Er werd geen perforatie van de darm of blaas geconstateerd en patiënt gaf geen hevige buikpijn meer aan. Evenmin waren er aanwijzingen voor ernstig vaatlijden anderszins. In samenspraak met de SEH-arts en de radioloog kwam verweerder op basis van de bloedwaarden, de bevindingen bij lichamelijk onderzoek en aanvullende röntgenonderzoek tot de conclusie die letterlijk is weergegeven onder 2.2 van deze beslissing. Verweerder heeft na uitvoerig overleg in het stafoverleg en met de mede-chirurgen besloten tot een expectatief beleid.

In de nacht van 16 mei 2015 is verweerder tweemaal gebeld door de verpleegkundige en besloot verweerder dat de intraveneuze LV-vochttoediening moest worden uitgebreid en de pijnbestrijding opgevoerd. Om 08.00 uur werd de dienst overgedragen aan een collega, die later die dag besloot dat er een proeflaparotomie moest plaatsvinden,

aangezien de tensie onvoldoende steeg ondanks de vochttoediening en dat er een nierfunctiestoornis was opgetreden.

Verweerder stelt dat er op 15 mei 2015 nog geen indicatie was om een proeflaparotomie te verrichten. Ook was er op deze dag sprake van een stabiele cardiale situatie bij patiënt. Patiënt werd die dag besproken in het plenaire wekelijkse stafoverleg met alle aanwezige medisch specialisten. Dit overleg is bedoeld om tunnelvisie te voorkomen. Bij de chirurgische weekendoverdracht is patiënt nogmaals besproken en nadien door verweerder met een collega-chirurg bezocht. Communis opinio was om tot een afwachtend beleid over te gaan.

Ook na afloop is niet gebleken dat er anders gehandeld had moeten worden. Naar aanleiding van het overlijden van patiënt heeft de 'onderzoekscommissie calamiteiten en geweld' van het ziekenhuis een calamiteitenonderzoek volgens de methode PRISMA-analyse verricht. De conclusie van dit onderzoek is dat er geen sprake is geweest van een incident dat gemeld had moeten worden bij de (toenmalige) IGZ. Er was geen sprake van een calamiteit. Niettemin heeft verweerder naar aanleiding van het overlijden van patiënt samen met zijn collega die de operatie uitvoerde en de klachtenfunctionaris overleg gehad met de familie en zijn handelen uitgelegd.

## 5. Beoordeling van de klacht

### 5.1

Het college wijst er allereerst op dat het er bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen 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 wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

### 5.2 *Eerste en derde klachtonderdeel*

Het eerste en derde klachtonderdeel lenen zich voor gezamenlijke behandeling. Klagers stellen zich op het standpunt dat verweerder de diagnose acute mesenteriale ischemie gemist zou hebben, waarschijnlijk (mede) doordat hij geen rekening zou hebben gehouden met de cardiale comorbiditeit bij patiënt. Het college deelt dit standpunt niet. Op basis van het op 15 mei 2015 verrichte CTA-onderzoek met contrastmiddel van de gehele aorta kan namelijk worden vastgesteld dat er geen tekenen waren van een arteriosclerotisch vaatbed met plaquevorming in de zijtakken van de aorta en de aorta zelf. Met name de arteria mesenterica superior was goed doorgankelijk en toonde eveneens geen afwijkingen. Naar het oordeel van het college was hiermee bij een patiënt zonder hartritmestoornissen, bij ASA- (aspirine)gebruik, bij normale lactaatwaarden bij laboratoriumonderzoek van het bloed de diagnose acute mesenteriale ischemie afdoende onwaarschijnlijk gemaakt.

Ook achteraf blijkt dat de diagnose mesenteriale ischemie niet de juiste zou zijn geweest. De via het CTA-onderzoek niet aantoonbare veneuze trombose van de mesenteriale vaten is post mortem uitgesloten, aangezien in de pathologisch anatomische beoordeling geen sprake blijkt te zijn van thrombi (stolsels) in de in het preparaat aanwezige

bloedvaten. Het verwijt aangaande de gemiste diagnose acute mesenteriale ischemie wordt hiermee afgewezen door het college. Hetzelfde geldt voor de stelling dat er onvoldoende rekening gehouden is met de cardiale comorbiditeit bij patiënt. De cardiale situatie van patiënt was stabiel op 15 mei 2015 en gaf geen aanleiding tot ander medisch handelen dan is verricht dan wel het opvragen van nadere gegevens bij de behandelend cardioloog van patiënt.

Ook het verwijt dat verweerder op 15 mei 2015 onvoldoende zorg heeft geboden aan patiënt faalt naar het oordeel van het college. Niet gebleken is dat verweerder te kort is geschoten in zijn onderzoek, noch dat hij op 15 mei 2015 geen afwachtend beleid mocht inzetten. Dat de noodzaak tot het verrichten van de operatie op 15 mei 2015 al aanwezig was, is namelijk niet komen vast te staan. De situatie van patiënt is pas halverwege de nacht van 16 mei 2015 verslechterd. Verweerder is hier tweemaal over gebeld, de laatste keer om 06.00 uur. Het had de voorkeur verdiend als verweerder naar het ziekenhuis was gekomen om de situatie zelf te beoordelen, zeker na het tweede telefoontje. Niettemin acht het college verweerders beslissing om op dat moment te volstaan met de beslissing 'op afstand' dat de intraveneuze vochttoediening en pijnbestrijding opgevoerd moesten worden niet zodanig dat deze hem tuchtrechtelijk verweten behoort te worden. Patiënt leek aanvankelijk goed te reageren op de vochttoediening en de dienst werd niet lang daarna, om 08.00 uur, al overgenomen door een collega, met wie verweerder de situatie doorgesproken heeft. Ook deze gang van zaken kan derhalve de toets der tuchtrechtelijke kritiek doorstaan.

Alles overziend zijn het eerste en derde klachtonderdeel beide ongegrond. Dit betekent dat ook niet kan worden vastgesteld dat verweerders handelen tot het overlijden van patiënt heeft geleid.

### *5.3 Tweede klachtonderdeel*

Klagers hebben bij hun klaagschrift het medisch dossier, voor zover zij daarover beschikken, overgelegd. In het klaagschrift wordt echter nadrukkelijk uitgesproken dat er twijfel over bestaat of het medisch dossier, dat zij van het ziekenhuis hebben ontvangen, volledig is. Als dit niet het geval is, ligt het op de weg van verweerder om de ontbrekende stukken – voor zover relevant – over te leggen. Verweerder heeft dit tijdens het vooronderzoek niet gedaan, omdat de stukken – waarvan hij een afschrift heeft ontvangen – volgens hem volledig zouden zijn, wat hij ter zitting nog eens bevestigde. Het college mag er dan ook van uitgaan dat dit juist is. Het medisch dossier waarvan het college kennis heeft genomen bestaat – voor wat betreft 15 mei 2015, de dag waarop verweerder feitelijk betrokken was bij de behandeling van patiënt – enkel uit een opnamebericht en het verpleegkundig dossier. Opvallend is dat er geen enkele persoonlijke aantekening van verweerder te vinden is in de stukken, terwijl hij patiënt toch driemaal gezien heeft. Ook ontbreken overigens het laboratorium- en medicatieoverzicht. Het college concludeert op basis van de beschikbare stukken dat verweerder te kort is geschoten in zijn dossiervoering, doordat hij zijn eigen bevindingen nergens heeft vastgelegd. Mocht hij dit wel hebben gedaan dan heeft hij verzuimd de ontbrekende informatie tijdens het vooronderzoek over te leggen. Hoe dan ook, het tweede klachtonderdeel kan bij deze stand van zaken niet anders dan gegrond worden verklaard.

## 6. Slotsom en motivering van de maatregel

Het voorgaande voert tot de slotsom dat de klacht gedeeltelijk gegrond is. De vraag die nu voorligt, is welke maatregel passend is. Het college is alles overziend van oordeel dat een zakelijke terechtwijzing in de vorm van een waarschuwing volstaat.

## 7. Beslissing

### **Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen:**

- verklaart het tweede klachtonderdeel gegrond en waarschuwt verweerder;**
- verklaart het eerste en derde klachtonderdeel ongegrond en wijst deze af.**

Aldus gegeven door:

F.P. Dresselhuys-Doeleman, voorzitter;

Th.A. Wiersma, lid-jurist;

J. Seegers, lid-beroepsgenoot;

B.W.J. Bens. Lid-beroepsgenoot;

E. van Pinxteren-Nagler, lid-beroepsgenoot;

bijgestaan door L.C. Commandeur, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 10 juli 2018 door de voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris.

De secretaris:  
ter:

De voorzit-

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, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover 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 Groningen, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.