

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2017-116a

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

A,
wonende te B,
klager,
en
C,
wonende te B,
klaagster,
gemachtigde: mr. D. Vermaat, werkzaam te Barendrecht,

tegen:

D, chirurg,
werkzaam te E,
verweerder.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 17 mei 2017;
- het verweerschrift met bijlagen, waaronder het medisch dossier;
- de brief van 20 september 2017 van mr. Vermaat;
- de brief van 6 oktober 2017 van verweerder;
- de brief van 16 november 2017 van mr. Vermaat;
- het proces-verbaal van het mondelinge vooronderzoek op 19 september 2017.

1.2 Het College heeft de klacht op 20 februari 2018 in raadkamer behandeld. De klacht is behandeld tezamen met andere, met de klacht samenhangende klachten zoals bedoeld in artikel 57, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, die bekend zijn onder dossiernummers 2017-116b, 2017-116c en 2017-116d.

2. De feiten

2.1 Klager en klaagster zijn de kinderen van F, geboren in 1930, die is overleden in 2013 (hierna te noemen: patiënt). Patiënt was bekend met onder andere COPD Gold

2, chronische nierfunctiestoornissen, prostaatcarcinoom, hypertensie, mitralis insufficiëntie, chronische nicotine abusos en depressie. In 2009 had patiënt een radicale prostatectomie ondergaan en in 2012 een gecompliceerd verlopen bypassoperatie met aortaklepverving. Re-thoracotomie was toen noodzakelijk waarna een pneumonie optrad.

2.2 Patiënt is de periode van 23 mei tot 11 juli 2013 behandeld op de afdeling Maag-Darm- Leverziekten/interne geneeskunde van het G te E (hierna te noemen: het ziekenhuis) in verband met chronisch recidiverende pijnklachten in de rechter bovenbuik en misselijkheid. Bij analyse door middel van een CT-scan van het pancreas (alvleesklier), endo-echografie met punctie, alsmede een PET-scan werd een verdachte pathologische structuur ter hoogte van de pancreaskop gevonden.

2.3 Na multidisciplinair overleg is patiënt vervolgens doorverwezen naar de polikliniek chirurgie van het ziekenhuis, waar verweerder werkzaam is als chirurg. Afdeling chirurgie 2 van het ziekenhuis is een gespecialiseerde afdeling voor gastro-intestinale en oncologische chirurgie.

2.4 Verweerder heeft patiënt op 18 juli 2013 op consult gezien. Patiënt had klachten van chronische terugkerende pijnklachten in de rechter bovenbuik. Het medisch dossier vermeldt over dit consult:

“Conclusie

Extra pancreatisch en extra duodenaal massa eci.

Beleid

Opnamelijst proeflaparotomie, zo mogelijk excisie RIP tpv pancreaskop”.

2.5 Patiënt is op 6 augustus 2013 opgenomen op afdeling chirurgie 2 van het ziekenhuis. Op 7 augustus is hij door verweerder geopereerd en is een tumor (later bleek leiomyosarcoom) verwijderd. Het medisch dossier vermeldt hierover:

“Verrichting:

(...) werd een dissectie uitgevoerd van het proces dorsaal van de pancreaskop via laparotomie. De ingreep verliep ongecompliceerd.

PA (postoperatief): Het betreft een leiomyosarcoom, graad 1, reikend tot in het oppervlak van resectie. Werd beoordeeld in het Regionale Weke Delen Panel.

Belooop

Postoperatief belooop was ongecompliceerd. Patiënt werd op maandag 12-8-2013 multidisciplinair besproken in de oncologie werkgroep. Gezien de beperkte resectiemarge (tumor zat vast op vena cava inferior), zal de patiënt verwezen worden voor aanvullende radiotherapie. Op dinsdag 13-8-2013 werd een gesprek gevoerd met zijn familie, waarin de uitslag van de pathologie en het verdere belooop werden besproken. Gezien de matige algehele conditie van patiënt werd nazorg geregeld in de zin van een overplaatsing naar een verpleeghuis. (...).”

2.6 Verweerder is vanaf 10 augustus tot en met 3 september 2013 op vakantie geweest.

2.7 Op 16 augustus 2013 is patiënt overgeplaatst naar het verpleeghuis H te E (hierna: het verpleeghuis).

2.8 In verband met klachten van algehele malaise, misselijkheid en braken is patiënt op 22 augustus 2013 via de polikliniek chirurgie opnieuw opgenomen in het ziekenhuis. Het medisch dossier vermeldt daarover:

*“Conclusie (br) (...)
 gaat niet goed, braakt dagelijks
 zit met plastic tas op schoot voor het braken
 gedehydreerd
 C/ dehydratie
 DD maagledigingstoornis postoperatief, pancreatitis
Beleid (br) opname chirurgie
 infuus 3 l NaCl / 24h
 cito lab : VBO , NP, LP , lipase
 X-BOZ (order nog plaatsen)”.*

2.9 Vervolgens zijn bij patiënt een maagsonde en een voedingssonde met behulp van een endoscoop in de dunne darm (een zogenaamde jejunum voedingssonde) ingebracht. Op 23 en 24 augustus 2013 is een X-thorax bij patiënt verricht. Daarna is gestart met het toedienen van antibiotica middels verneveling. Op 24 augustus en 26 augustus 2013 zijn er endoscopieën verricht, mede omdat de sondevoeding via de maagsonde terugkwam.

2.10 Op 27 augustus 2013 is een CT-scan van de buik verricht na toediening van contrastvloeistof. Het medisch dossier vermeldt hierover:

*“Conclusie:
Grote met vocht gevulde holte van ca. 14 cm x 8 cm gelegen in het retroperitoneum, ter plaatse van het operatiegebied DD lymfocele dan wel een zich ontwikkelende pseudocyste.”.*

2.11 Naar aanleiding van de CT-scan is op 28 augustus 2013 onder echogeleide een drain in de buik van patiënt geplaatst. Op 2 september 2013 is wederom een CT-scan van de buik gemaakt. Het medisch dossier vermeldt hierover:

*“Conclusie:
Dislocatie percutane drainagekatheter, afname in volume van de collectie met thans hoge dichtheden, mogelijk status na doorgemaakte bloeding.”.*

2.12 Op 3 september 2013 is een echografie gemaakt van de buik van patiënt, waarover het medisch dossier vermeldt:

*“Verslag:
De collectie rechts boven in de buik is thans grotendeels georganiseerd. Vrijwel geen vloeibare componenten meer hierin. Derhalve is er besloten thans geen drain te plaatsen.”*

2.13 Op 6 september 2013 is er onder assistentie van verweerder een exploratieve buikoperatie bij patiënt verricht en een jejunum voedingssonde rechtsreeks in de dunne darm van patiënt geplaatst (chirurgische jejunostomie).

2.14 Op 8 september 2013 is patiënt opgenomen op de Intensive Care van het ziekenhuis vanwege respiratoire insufficiëntie als gevolg van aspiratie. Patiënt is daar op 9 oktober 2013 overleden.

3. De klacht

Klager en klagster verwijten verweerder – voor zover hij verantwoordelijk was in de periode van 6 augustus 2013 tot en met 8 september 2013 – samengevat en zakelijk weergegeven, dat:

1. patiënt op 16 augustus 2013 ten onrechte is ontslagen uit het ziekenhuis. Zijn klachten werden gebagatelliseerd.
2. bij de acute heropname op 22 augustus 2013 geen adequaat diagnostisch traject is gevolgd. Er had een spoedecho moeten worden gemaakt.
3. ondanks contra-indicatie er op 27 augustus 2013 contrastvloeistof ter diagnostiek is toegediend. Dit heeft onherstelbare nierbeschadiging tot gevolg gehad.
4. er te lang, 14 dagen, is gewacht met reageren op de ophoping van vocht in de buik van patiënt in de hoop op spontane genezing.

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 beoordeling

5.1 Het College constateert allereerst dat vast staat dat verweerder van 10 augustus 2013 tot en met 3 september 2013 op vakantie is geweest. Verweerder is niet betrokken geweest bij de behandeling van patiënt in die periode, zodat verweerder ten aanzien van klachtonderdeel 1 tot en met 3 in tuchtrechtelijk zin niet verantwoordelijk kan worden gehouden. Deze klachtonderdelen zullen dan ook worden afgewezen.

5.2 Bij de heropname van patiënt op 22 augustus 2013 was sprake van dehydratie bij patiënt. Daarop is conform het prehydratie protocol van het ziekenhuis beleid ingezet. Vervolgens was er sprake van ophoping van vocht in de buik van patiënt. De oorzaak daarvan was onbekend. Binnen de beroepsgroep van verweerder is het gebruikelijk dat bij een ophoping van vocht in de buik eerst wordt geprobeerd deze te verwijderen door de plaatsing van drains via radiologische technieken. In het geval van patiënt is dit middels gerichte aanvullende diagnostische tests onderzocht. Het plaatsen van drains is een minder zware ingreep dan een – in het geval van patiënt hernieuwde – buikoperatie, gelet op de grotere risico's van schade aan de buikorganen. Het medisch dossier bevat geen aanwijzingen dat, mede gelet op de risico's voor patiënt, er eerder dan 6 september 2013 geopereerd had moeten worden. Gelet op voorgaande is het College van oordeel dat er volgens de destijds geldende standaard van goed klinisch handelen is gehandeld, zodat verweerder ten aanzien van het vierde klachtonderdeel geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Dit klachtonderdeel zal dan ook worden afgewezen.

5.3 Om bovenstaande redenen zal de klacht zonder nader onderzoek als kennelijk ongegrond worden afgewezen.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag beslist als volgt:

wijst de klacht af.

Deze beslissing is gegeven op 3 april 2018 door mr. E.J. Daalder, voorzitter, mr. E.B. Schaafsma-van Campen, lid-jurist, prof. dr. J.F. Hamming, dr. J.W. van 't Wout en prof. dr. R.J. Stolker, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door mr. R.C. Kruit, secretaris.

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, 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 het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem 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

Den Haag, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.