

## CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2018.201

### CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2018.201 van:

1 A., en

2 B.,

beiden wonende te C.,

appellanten, klager respectievelijk klagster in eerste aanleg,  
gemachtigde: mr. D. Vermaat, advocaat te Barendrecht,  
tegen

D., chirurg, wonende te E.,

verweerder in beide instanties.

1. Verloop van de procedure

A. en B. - hierna appellanten - hebben op 17 november 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege te Den Haag tegen D. - hierna de chirurg - een klacht ingediend. Bij beslissing van 3 april 2018, onder nummer 2017-116c, heeft dat College de klacht afgewezen. Appellanten zijn van die beslissing tijdig in beroep gekomen.

De chirurg heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 26 maart 2019, waar zijn verschenen de gemachtigde van appellanten, mr. Vermaat voornoemd, en de chirurg. Appellanten zijn niet ter terechtzitting verschenen. Mr. Vermaat heeft pleitaantekeningen overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

#### “2. **De feite**

2.1 *Klager en klagster zijn de kinderen van de heer F., geboren in 1930, die is overleden op 9 oktober 2013 (hierna te noemen: patiënt). Patiënt was bekend met onder andere COPD Gold 2, chronische nierfunctiestoornissen, prostaatcarcinoom, hypertensie, mitralis insufficiëntie, chronische nicotine abususs 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. Afde-*

ling chirurgie 2 van het ziekenhuis is een gespecialiseerde afdeling voor gastro-intestinale en oncologische chirurgie.

2.4 Een collega chirurg van verweerder (hierna te noemen: "H.") 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 H. 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. Wordt beoordeeld in het Regionale Weke Delen Panel.

Belooop

Postoperatief beloop 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 beloop werden besproken. Gezien de matige algehele conditie van patiënt werd nazorg geregeld in de zin van een overplaatsing naar een verpleeghuis. (...)"

2.6 H. 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 I. 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 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 klaagster verwijten verweerder – voor de periode dat hij verantwoordelijk was van 10 augustus 2013 tot en met 3 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 overweegt dat uit het medisch dossier geen aanwijzingen naar voren komen dat het ontslag van patiënt uit het ziekenhuis op 16 augustus 2013 niet medisch geïndiceerd was. Uit het medisch dossier volgt dat patiënt een goede bloeddruk had en geen pijnklachten. Ook was patiënt redelijk gemobiliseerd. Het College acht het niet aannemelijk dat de klachten van patiënt zijn gebagatelliseerd, nu er geen

contra-indicaties aanwezig waren voor de overplaatsing van patiënt naar het verpleeghuis.

5.2 Bij de heropname van patiënt op 22 augustus 2013 was sprake van dehydratie bij patiënt. Daarop is er conform het prehydratie protocol van het ziekenhuis beleid ingezet en een maagsonde en voedingssonde geplaatst. Omdat patiënt geen buikklachten had, was er geen medische indicatie aanwezig om onmiddellijk een echo te maken. Binnen de beroepsgroep van verweerder is het gebruikelijk om direct een echo te maken bij patiënten met pijn op gerichte plekken in het lichaam, zoals buikpijn, om mogelijke afwijkingen op te sporen. Nu er bij patiënt geen symptomen voor problemen in de buik aanwezig waren, was een acute echografie naar oordeel van het College niet noodzakelijk.

5.3 Voor het maken van de CT-scan op 27 augustus 2013 is er contrastvloeistof bij patiënt toegediend. Het toedienen van contrastvloeistof is gebruikelijk om de doorbloede delen van de darmen (bloedvaten) te controleren en na te gaan of er lekkage buiten de darm plaatsvindt. Voorafgaand aan het toedienen van de contrastvloeistof is er conform het prehydratie protocol van het ziekenhuis bij patiënt een infuus aangelegd ter bescherming en bevordering van de nierfunctie. Uit het medisch dossier van patiënt volgt dat er ten tijde van het toedienen van de contrastvloeistof sprake was van een normale nierfunctiewaarde, zodat er op dat moment geen contra-indicatie voor een CT scan met contrast aanwezig was. Uit het medisch dossier valt niet op te maken dat er onherstelbare nierbeschadiging bij patiënt is opgetreden als gevolg van het toedienen van de contrastvloeistof. Dit kan het College dan ook niet vaststellen.

5.4 De oorzaak van de ophoping van vocht in de buik van patiënt 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.

5.5 Gelet op hetgeen is overwogen onder 5.1 tot en met 5.4, constateert het College dat er gedurende de periode dat verweerder opgenomen en behandeld is geweest op de afdeling chirurgie 2 van het ziekenhuis medisch inhoudelijk juist is gehandeld, zodat verweerder ten aanzien van de klachtonderdelen 1 tot en met 4 reeds hierom geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Het College laat in het midden in hoeverre een of meer van de klachtonderdelen aan verweerder zijn toe te rekenen. De klachtonderdelen zullen derhalve worden afgewezen.

5.6 Ten overvloede en los van de door klager en klaagster geformuleerde klachten, merkt het College op dat verweerder heeft erkend dat de regie, de communicatie en de klachtbehandeling binnen het ziekenhuis beter had gekund en aangegeven daaruit lering te trekken. Verweerder had graag eerder het gesprek met klager en klaagster aangegaan, maar de klacht, gericht aan de klachtenfunctionaris van het ziekenhuis, heeft hem niet bereikt. De behandeling van klachten staat volgens verweerder als een vast punt op de agenda van de maatschapsvergadering van de chirurgen. Daarnaast heeft verweerder verklaard dat er, mede naar aanleiding van de klacht, één keer per week overleg plaatsvindt met de internist en de anesthesioloog over de voorgeschiedenis

*van patiënten en de mogelijk te verwachten complicaties. Er is meer aandacht voor de oudere, complexe en kwetsbare patiënt.*

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

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 Het beroep van appellanten is gericht tegen klachtonderdeel 2, inhoudende dat bij de acute heropname op 22 augustus 2013 geen adequaat diagnostisch traject is gevolgd en een spoedecho had moeten worden gemaakt. Het beroep strekt ertoe dat de klacht op dit onderdeel alsnog gegrond wordt verklaard.

4.2 De chirurg heeft ter terechtzitting in beroep mondeling verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege overweegt als volgt.

4.4 De vader van appellanten, patiënt, is na zijn eerdere ziekenhuisopname (van 6 augustus 2013 tot zijn ontslag op 16 augustus 2013) en aansluitend verblijf in het verpleeghuis op 22 augustus 2013 via de polikliniek chirurgie opnieuw in het ziekenhuis opgenomen.

4.5 Gelet op het klinische beeld van patiënt bij heropname zoals vastgelegd in het medisch dossier - algehele malaise, misselijkheid, braken en uitdrogingsverschijnselen - en het klinische beloop nadien acht het Centraal Tuchtcollege aannemelijk dat bij de heropname van de patiënt geen sprake was van buikklachten die kunnen worden aangemerkt als (nieuw ontstane) plots opkomende, acute buikpijn als bedoeld in de 'Richtlijn Diagnostiek acute buikpijn bij volwassenen (2013)' waarvoor op korte termijn chirurgisch ingrijpen noodzakelijk was. Reeds hierom was - anders dan appellanten hebben betoogd - het maken van een spoedecho niet aan de orde. De lichamelijke (buik)klachten van patiënt waren veeleer ingegeven door zijn matige algehele conditie. De bij patiënt ingezette diagnostiek en behandeling acht het Centraal Tuchtcollege passend en adequaat. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege heeft de chirurg gehandeld overeenkomstig de (toen) geldende professionele maatstaven.

4.6 Het voorgaande betekent dat het Centraal Tuchtcollege evenals het Regionaal Tuchtcollege van oordeel is dat het tweede klachtonderdeel ongegrond is. Dit betekent dat het beroep van appellanten zal worden verworpen

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:  
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: E.J. van Sandick, voorzitter, A.R.O. Mooy en A. Smeeïng-van Hees, leden-juristen en G.J. Clevers en W.J.B. Mastboom, leden beroepsgenoten en D. Brommer, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 7 mei 2019.

Voorzitter w.g. Secretaris w.g.