

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2019/111

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 6 maart 2011 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
k l a a g s t e r ,

tegen

C,
chirurg,
destijds werkzaam te B,
v e r w e e r d e r ,
gemachtigde: mr. C. Hazenberg, werkzaam bij VvAA Rechtsbijstand te Utrecht.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift met de bijlagen;
- het medisch dossier, ingekomen op 29 mei 2019;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- het verweerschrift;
- het proces-verbaal van het op 10 juli 2019 gehouden vooronderzoek;

De klacht is op 1 oktober 2019 een openbare zitting behandeld samen met zaak 19/171. Verweerder was aanwezig met zijn gemachtigde voornoemd. Klaagster was – met bericht – afwezig.

2. De feiten

2.1. De moeder van klagster, geboren in 1953, verder te noemen patiënte, is op 15 februari 2017 door verweerder geopereerd aan haar galblaas in het E te B(E). Aanvankelijk was een (uitsluitend) laparoscopische operatie gepland, maar nadat ontdekt werd dat de dikke darm was geraakt, heeft verweerder besloten tot een laparotomie.

Patiënte heeft na de operatie onder andere morfine en antibiotica toegediend gekregen. Op 23 februari 2017 is patiënte uit het ziekenhuis ontslagen.

2.2. Bij de poliklinische nacontrole door verweerder op 3 maart 2017 werden de wonden gecontroleerd en de hechtingen eruit gehaald. Patiënte had geen koorts en haar CRP-waarde was gedaald van 126 naar 38. Haar BSE bedroeg 120. Tevens is op 3 maart 2018 een foto van de longen en de buik gemaakt (staand buikoverzicht) in verband met de 'persisterende pijn na laparotomie 14 dagen geleden', die patiënte aangaf te hebben. Er werden geen afwijkingen gezien (conclusie radioloog: normaal buikoverzicht en normale X-thorax).

2.3. Op 13 maart 2017 is patiënte wederom ter controle gezien door verweerder. In het medisch dossier heeft hij opgeschreven: "(...) *Gaat nu allemaal heel goed. Gaat beter eten, buik minder opgezet en defaecatie (met hulp). Gaat goede kant op maar heeft nog wat tijd nodig. Controle zonodig (...)*". Er is geen bloedonderzoek of ander aanvullend onderzoek gedaan. Dit is de laatste keer dat patiënte gezien is door verweerder. Op 15 maart 2017 is verweerder met pensioen gegaan.

2.4. Begin april 2017 heeft de huisarts een bloedonderzoek aangevraagd (BSE, CRP, Hemoglobine en leucocyten) omdat patiënte (volgens de calamiteitenrapportage) aangaf veel klachten te hebben (pijn op de plek van de operatie, pijn in de rug en uitstralingen naar haar been). Op 13 april 2017 heeft het laboratoriumonderzoek plaatsgevonden. De labwaarden waren: BSE 118, Hemoglobine 6.5, leukocyten 7.9 en CRP 39.

2.5. Op 14 april 2017 (de vrijdag voor Pasen) had patiënte een afspraak bij de huisarts. Zij gaf aldaar aan zich moe en rillerig te voelen, geen eetlust te hebben en een rare smaak in haar mond te hebben. De huisarts heeft patiënte lichamelijk onderzocht en daarbij volgens de calamiteitenrapportage 'vermoedelijk een verdikking rechtsboven in de buik gevoeld'. In overleg met de dienstdoende chirurg heeft de huisarts patiënte verwezen naar de polikliniek op dinsdag. Er werd gezien de gelijkblijvende ontstekingswaarden en verbeterde leverfuncties geen reden voor spoed gezien.

2.6. Op 18 april 2017 heeft patiënte samen met klagster de polikliniek chirurgie bezocht. Aldaar is patiënte onderzocht door een arts-assistent chirurgie (verweerder in procedure 17/171), die haar buik heeft onderzocht en de laatst bekende bloedwaardes heeft bekeken. Hij heeft patiënte mondwater geadviseerd tegen de vieze smaak in haar mond (gedacht werd aan een schimmelinfectie) en huiswaarts gezonden. De arts-assistent heeft de huisarts niet per brief geïnformeerd over dit consult.

2.7. Op 21 april 2017 heeft klagster volgens de calamiteitenrapportage contact opgenomen met de huisarts, omdat zij graag wilde dat haar moeder verder werd onderzocht. Zij had het idee dat het niet goed ging met haar moeder. De huisarts heeft een echoformulier klaargelegd, maar de situatie niet als 'spoed' beoordeeld. De echo werd ingepland voor 19 mei 2017.

2.8. Op 17 mei 2017 is klagster volgens de calamiteitenrapportage opnieuw met haar moeder langs de huisarts geweest, omdat zij 6 kg was afgevallen en haar buik dikker werd. Besloten werd de echo van 19 mei 2017 af te wachten.

2.9. Op 19 mei 2017 is een echo van de bovenbuik gemaakt en bloed afgenomen. Op de echo is een vochtcollectie in de rechterbovenbuik (galblaasbed) te zien. De CRP van patiënte bedroeg 147. De huisarts heeft patiënte na kennisname van de uitslag direct gebeld en verteld dat zij op de SEH werd verwacht. Aldaar is een CT-scan van het abdomen gemaakt.

Op de CT-scan waren meerdere kleine lever abcesjes te zien in de rechter leverkwab, een subcapsulair abces van 3 bij 4 cm en een vena porta trombose. Er is hierop door (onder meer) verweerder in de procedure met nummer 19/171 besloten om patiënte op te nemen en het subcapsulaire abces radiologisch te draineren. Zij is op de verpleegafdeling van het ziekenhuis opgenomen en heeft een antibioticakuur (Augmentin intraveneus) gekregen. Verder is na consultatie van de internist besloten om gedurende minimaal zes weken te ontstollen met fraxiparine 1dd 0.3 (later opgehoogd naar 2dd 0,6 ml). De radioloog heeft beschreven dat er een pussige vloeistof afliep bij de drainage. Op 26 mei 2017 is patiënte ontslagen uit het ziekenhuis.

2.10. Omdat de klachten aanhielden en verergerden (nog steeds buikklachten, niet eten en drinken, waterdunne ontlasting en opgezette enkels), is patiënte op maandag 29 mei 2017 wederom naar de SEH van het E gegaan. Er werden geen tekenen van acute chirurgische problematiek gezien. Beleid was om de vrijdag erna weer terug te komen met vooraf labbepaling.

2.11. Op 2 juni 2017 had patiënte een afspraak op de polikliniek chirurgie. De dienstdoende chirurg heeft patiënte huiswaarts gezonden met beleid een week later weer bloedonderzoek te doen.

2.12. Op 7 juni 2017 heeft patiënte zich opnieuw op de Spoedeisende Hulp gemeld. Er is wederom een drain geplaatst in verband met het leverabces (dat groter was geworden).

Patiënte is opgenomen op de verpleegafdeling en er is gestart met toediening van Augmentin intraveneus. Er werd vermoed dat patiënte een intra-abdominaal abces had. De volgende ochtend zou beeldvormend onderzoek worden gedaan.

2.13. Op 9 juni 2019 is patiënte opnieuw opgenomen en op 10 juni 2016 is zij geopereerd (laparatomie, indicatie: uitruimen subhepatische abcesholte, necrosectomie). Postoperatief is zij opgenomen op de intensive care (IC) in verband met een ernstige septische shock met multi orgaanfalen. Er is een re-laparatomie uitgevoerd, waarbij een abcesholte is aangetroffen en gaascompressen zijn achtergelaten. Later is nog onder meer een gastroscopie verricht (uitgesproken oesophagus varices aangetroffen wegens uitgebreide vena porta trombose alsmede een ulcus vertriculi en leverfunctiestoornissen passend bij ischemische hepatitis).

2.14. Op 13 juni 2016 is een relaparotomie uitgevoerd, waarbij de gazen rondom de lever zijn verwijderd.

2.15. Op 17 juni 2017 ontwikkelde patiënte opnieuw een septische shock. Op 20 juni 2017 is zij overleden.

2.16. Namens de vakgroep chirurgie is aan de nabestaanden van patiënte op 13 juli 2017 een brief geschreven om (naar aanleiding van klachten) het beloop uit te leggen.

Er heeft een calamiteitenonderzoek plaatsgevonden en er is een rapportage uitgebracht waarbij aanbevelingen zijn gedaan.

3. De klacht en het standpunt van klaagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder onzorgvuldig heeft gehandeld doordat:

- 1) hij de operatie onjuist heeft uitgevoerd: Er zijn volgens klaagster fouten gemaakt tijdens de operatie (perforatie dikke darm, beschadigen bloedvat naar de lever) als gevolg waarvan moeder gestorven is aan leverfalen.
- 2) een overdosis morfine is toegediend: Na de operatie is vergeten het infuus te verwijderen en zijn tevens nog morfine pillen toegediend. Klaagster ontdekte twee dagen na de operatie dat het morfine-infuus nog steeds aangesloten was. Klaagster heeft dit doorgegeven aan de verpleging en het infuus is daarna verwijderd. Volgens klaagster duurde dit nog 2 uur. Patiënte is ontslagen uit het ziekenhuis terwijl ze nog suf was van de morfine en last had van de bijwerkingen.
- 3) hij onjuist heeft gehandeld tijdens nacontroles: Volgens klaagster is laks gereageerd op de klachten die patiënte na de operatie had (opgezette/opgezwollen buik, eten niet binnen kunnen houden) en is evenmin adequaat gereageerd op het aangetroffen stoltsel;
- 4) delen van het medisch dossier zijn verdwenen.

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 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. In het tuchtrecht is persoonlijke verwijtbaarheid uitgangspunt.

5.2. Tevens zal het handelen c.q. nalaten van verweerder dienen te worden beoordeeld rekening houdend met de kennis die verweerder op dat moment had of redelijkerwijs had kunnen hebben (de beoordeling vindt dus niet plaats met de wetenschap achteraf). Daarbij zal in een geval als het onderhavige moeten worden geabstraheerd van de droeve omstandigheid dat de patiënte nadien is overleden.

Klachtonderdeel 1: fouten tijdens operatie

5.3. Volgens verweerder was de operatie bij patiënte in die zin meer gecompliceerd dan gebruikelijk, dat rekening moest worden gehouden met haar medische voorgeschiedenis (o.a. operatie navelbreuk) en haar algehele gezondheidstoestand (COPD, status na CVA, DM type 2, mitralis insufficiëntie en polyneuropathie). Hij geeft aan patiënte te hebben voorgelicht over de risico's en bij de operatie zeer voorzichtig te werk te zijn gegaan. Desondanks ontdekte hij dat een klein gaatje was geprikt in de darm, waarna werd besloten tot een mediane laparotomie. Er werd geen faeces of fecaal vocht in de

buik aangetroffen. Wel is (profylactisch) gestart met antibiotica. Aldus is deze operatiecomplicatie volgens verweerder adequaat aangepakt en dit leidt doorgaans niet per definitie tot verdere complicaties.

Bij uitvoering van de laparotomie bleken er veel ontstekingsweefsel en verklevingen te zijn, die vrij geprepareerd moesten worden, hetgeen werd bemoeilijkt door het strak gespannen colon transversum in het operatiegebied. Volgens verweerder was er echter, toen alle laesies waren doorgenomen, sprake van een goed zichtbare, maar ontstoken galblaas. Verweerder heeft de galblaas omhoog gehouden. De ductus cysticus en arterie cystica zijn geïdentificeerd en tussen clips doorgenomen. Er is volgens hem absoluut geen sprake van dat abusievelijk de arteria hepatica dextra is geclipt tijdens de operatie en het is volgens hem waarschijnlijker dat het leverfalen later is ontstaan door trombose van de vena porta. Anders was patiënte al veel sneller na de operatie ernstig ziek geweest.

5.4. Het college overweegt dat uit de beschrijving die verweerder van de operatie heeft gegeven, volgt dat deze lege artis is uitgevoerd. Verweerder geeft aan goed te hebben kunnen zien wat hij heeft doorgenomen bij het uitnemen van de galblaas (de essentiële structuren heeft hij kunnen identificeren), zodat het niet waarschijnlijk is dat een verkeerde slagader is doorgenomen. In de later tot stand gekomen beeldvorming zijn ook geen aanwijzingen te zien dat dit anders is. Kennelijk is nadien een verstopping van de vena porta opgetreden, hetgeen tot de ernstige complicaties heeft geleid. Niet vastgesteld kan worden dat dit gecompliceerde postoperatieve beloop aan het handelen van verweerder tijdens de operatie te wijten is. Dit klachtonderdeel faalt derhalve.

Klachtonderdeel 2: morfinetoediening na de operatie

5.5. Ook dit klachtonderdeel faalt. In het tuchtrecht gaat het om persoonlijke verwijtbaarheid van de aangesproken zorgverlener. Hoewel verweerder operateur en hoofdbehandelaar van patiënte was (en hij als zodanig eindverantwoordelijk was voor de zorg tijdens de opname in het kader van de operatie), is het niet gangbaar dat de operateur na de operatie zelf de morfinetoediening regelt. Verweerder heeft ter zitting aangegeven dat de pijnstilling in dit geval door de anesthesist werd afgesproken met de verpleging en dat hij zelf geen kennis had van de hoge dosering morfine. Verweerder was hiervoor dus feitelijk niet verantwoordelijk en heeft hier ook niet voor de ontdekking (door klaagster) kennis van kunnen hebben. Hem kan hiervan geen persoonlijk tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt.

Klachtonderdeel 3: nacontrole door verweerder

5.6. Verweerder heeft aangevoerd dat patiënte bij de controles van 3 en 13 maart 2017 nog door hem is onderzocht en dat ze aan de beterende hand was. Er waren geen opvallende bevindingen, aldus verweerder. Patiënte was optimistisch, had ontlasting en geen koorts. De bloeduitslagen waren verbeterd. Er waren volgens verweerder dan ook geen objectieve indicatoren om de beeldvorming te herhalen. Wel waren het eten en drinken nog een aandachtspunt en het was voor verweerder duidelijk dat ze nog niet helemaal hersteld was van de (zware) operatie. Afgesproken is dat zij retour zou komen bij verslechtering (bijvoorbeeld koorts). Gezien het medisch dossier (waaronder de bloeduitslagen alsmede de algehele indruk van patiënte) kan het college verweerder hierin volgen. Het handelen en beleid van verweerder was gezien de op dat moment bekende omstandigheden niet onzorgvuldig. Klachtonderdeel 3 faalt.

Klachtonderdeel 4: onvolledig medisch dossier

5.7. Nu verweerder heeft aangevoerd dat het onmogelijk is dat hij een deel van het medisch dossier heeft kwijtgemaakt omdat dit digitaal is opgeslagen en klaagster hierna verder niet heeft toegelicht welke delen van het medisch dossier ontbreken (of voorheen ontbraken), wordt dit klachtonderdeel als onvoldoende toegelicht afgewezen.

Conclusie

5.8. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in al haar onderdelen ongegrond is. Verweerder kan met betrekking tot de klachtonderdelen geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.

6. De beslissing

Het college:
verklaart de klacht ongegrond.

Aldus beslist door:

E.A. Messer, voorzitter,

D.E. de Jong, W.F. van Tets, J.C. Goslings, leden-arts,

A. van Maanen, lid-jurist,

bijgestaan door C. Neve, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 4 november 2019 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG
secretaris

WG
voorzitter