

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2018/436

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 9 oktober 2018 binnengekomen klacht van:

**A**,  
wonende te B,  
klager,  
mr. F.C. Schirmeister, advocaat te Amsterdam,

gemachtigde:

tegen

**C**,  
chirurg,  
werkzaam te D,  
verweerder,  
gemachtigde: mr. R.J. Peet verbonden aan VvAA te Utrecht.

#### 1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de brief van 14 januari 2019 met 10 aanvullende bijlagen van klager;
- de bij e-mail van 1 februari 2019 binnengekomen informatie van de gemachtigde van verweerder met als bijlage het protocol voor de endoscopische liesbreuk;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

De klacht is op een openbare zitting van 5 februari 2019 behandeld.

Partijen waren aanwezig. Klager werd bijgestaan door mr. Schirmeister en verweerder door mr. Peet. Naast de door het college gevraagde stukken heeft mr. Peet ter zitting verzocht om informatie (uit het archief) over te mogen leggen van de kliniek waar klager is geopereerd. Ondanks bezwaar daartegen van mr. Schirmeister heeft het college in-diening van deze stukken toegestaan, nu deze twee stukken eenvoudig te doorgronden zijn en de goede procesorde zich daartegen niet verzet. De zitting is kort geschorst om mr. Schirmeister in de gelegenheid te stellen deze stukken te lezen en met klager te bespreken.

## 2. De feiten

2.1 In juni 2016 heeft de huisarts van klager een liesbreuk bij hem geconstateerd. Bij aanvullend onderzoek is gebleken dat het om twee liesbreuken ging.

2.2 De hersteloperatie zou op 6 september 2016 plaatsvinden in het E te F. De operatie is kort voor die datum verschoven naar 26 september 2016. Klager kon deze datum niet afwachten en via zijn ziektekostenverzekering heeft hij op 5 september 2016 contact opgenomen met het G (G).

2.3 Aldaar bleek de ingreep op 8 september 2016 in het behandelcentrum (van het G) te D te kunnen plaatsvinden mits onverwijld de benodigde medische gegevens van de huisarts en het ziekenhuis te F zouden worden verstrekt. De gegevens zijn aan het behandelcentrum gemaïld.

2.4 Op 6 september 2016 is klager telefonisch benaderd door verweerder die als chirurg in het behandelcentrum te D werkt. Op 7 september 2016 heeft ook de anesthesioloog van het behandelcentrum met klager gebeld.

2.5 Uit de aan het behandelcentrum verstrekte bloedonderzoeken van klager van 10 maart 2016, is gebleken dat hij toen een verlaagde trombocytenspiegel van 107 had. In de preoperatieve vragenlijst heeft klager “nabloeden en bloeduitstorting” ingevuld.

2.6 Op 8 september 2016 in de ochtend is klager onder algehele narcose door verweerder geopereerd. Rond 11.00 uur is de inleiding gestart. Er is een dubbelzijdige laparoscopische preperitoneale liesbreukcorrectie uitgevoerd.

In het door verweerder opgemaakte operatieverslag staat het volgende:

“Geopereerd wordt onder alg anesthesie. Via een 1,5cm lange incisie aan de onderrand van de navel wordt de huid geopend en de fascie benaderd aan de contralaterale zijde. De fascie wordt geopend en door de musculatuur van de rectus abdominis wordt de achterste rectusschede opgezocht. Hieroverheen wordt vervolgens de scoop opgevoerd tot aan het os pubis en via een aantal zijdelingse bewegingen wordt hiermee ruimte preperitoneaal gecreëerd. Hierna wordt een 11mm troicart via de incisie ingebracht en wordt de scoop met camera hierin opgevoerd. Vervolgens wordt via een incisie van 0,5cm halverwege navel en symfyse in de mediaanlijn een tweede (5mm) troicart ingebracht. Nu wordt met een prepareertang via deze tweede troicart geprepareerd in de preperitoneale ruimte rechts en wordt via de ruimte van Bogros verder naar lateraal geprepareerd tot aan het niveau van de spina iliaca anterior. Dan wordt verder geprepareerd: er is sprake van een laterale breuk waarbij de breukzak wordt geredresseerd. Links wordt ook geprepareerd, hier een incipiëns lateraal. Nadat voldoende ruimte is verkregen wordt li en re een geprepareerd polypropyleen gaas via de grote troicart ingebracht en gepositioneerd in het gebied van de breuk waarbij de aangrenzende delen inclusief de mediaanlijn bedekt worden. Vervolgens desuffleren, verwijderen van de troicarts en sluiten van de defecten met vicryl, huid intracutaan.”

2.7 Rond 11.50 uur is klager van de operatiekamer naar de afdeling gebracht, daarna is hij bijgekomen uit de narcose. Een verpleegkundige heeft hem wat te eten gegeven en zijn bloeddruk opgemeten.

2.8 Rond 13.45 uur is klager met een recept voor pijnmedicatie met zijn echtgenote in de auto naar huis gegaan. Klager kreeg de door hem als bijlage 9 overgelegde brief mee met een postoperatief advies. In de brief staat dat de huisarts 24 uur per dag contact kan opnemen met het bijgevoegde nummer van het behandelcentrum.

2.9 Bij zijn aankomst thuis rond 16.45 uur is klager zwak, misselijk, koud en rillerig naar bed gegaan. Deze klachten namen toe en om 21.30 uur is klager bij het opstaan gecollabeerd. Klager is met spoed met een ambulance naar H gebracht.

2.10 Aldaar is na een echo als volgt geconcludeerd: Hematoom dorsaal van de mat caudaal van de navel in de midline met een geschat volume van 330 ml (waarschijnlijk onderschatting). Voor zover af te beelden geen actieve bloeding waarneembaar. Op 9 september 2016 is een CT-scan gemaakt waarin deze conclusie werd bevestigd dat sprake was van een hematoom van maximaal 12 centimeter. Klager heeft bloed toegediend gekregen en antibiotica om infectie te voorkomen. Het hematoom zou langzaam moeten resorberen.

2.11 Op 9 september 2016 heeft het behandelcentrum per e-mail het onder 2.6 vermelde operatieverslag aan H gezonden.

2.12 Klager heeft tot en met 13 september 2016 in het I gelegen.

2.13 Op 13 september 2016 heeft het behandelcentrum de onder 2.8 vermelde ontslagbrief (in ongewijzigde vorm) aan de huisarts van klager gezonden.

2.14 Op 29 december 2016 is een CT-scan van het operatiegebied gemaakt. Hieruit is gebleken dat er een clip in de onderbuik (linker lies) van klager aanwezig was.

2.15 Klager is een letstelschadezaak tegen verweerder gestart.

### **3. De klacht en het standpunt van klager**

De klacht houdt, zakelijk weergegeven, in dat verweerder onzorgvuldig heeft gehandeld door

A vóór de ingreep geen eigen medisch onderzoek bij klager te verrichten en de verstrekte medische gegevens niet te controleren;

B tijdens de operatie, waarschijnlijk vanwege een opgetreden bloeding, een clip te plaatsen in het operatiegebied en dat niet op te nemen in het operatieverslag, en daarnaast geen adequaat operatieverslag op te maken;

C. na de ingreep onvoldoende lichamelijk onderzoek bij klager te verrichten en hem

direct na de ingreep met de auto naar huis te laten gaan en geen ontslagbrief aan klager mee te geven met medische informatie over de ingreep en het postoperatieve verloop.

### **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 Klachtonderdeel A ziet op het onderzoek voorafgaand aan de operatie dat volgens klager niet of niet adequaat heeft plaatsgevonden. Vast staat dat op verzoek van het behandelcentrum de huisarts en het ziekenhuis in F, waar de operatie aanvankelijk zou plaatsvinden, informatie over klager aan het behandelcentrum heeft gemaild en het behandelcentrum aldus deze informatie ter beschikking had. Daarnaast hebben verweerder en de anesthesioloog met klager gebeld en heeft er (ander) preoperatief onderzoek plaatsgevonden. Uit de ter zitting door verweerder overgelegde bijlage blijkt dat op 7 september 2016 de “TOP” (Time Out Procedure) procedure is gevolgd, waarbij de op de rechterhelft van de eerste pagina vermelde lijst is afgevinkt en door verweerder en de anesthesioloog voor akkoord is ondertekend. Hierop staat bijvoorbeeld vermeld dat de relevante medische gegevens over klager zijn ingezien. Voorts blijkt uit het overzicht op de linkerhelft van tweede pagina van voormelde bijlage (Overzicht preoperatief onderzoek) dat op 8 september 2016 (of eerder) de voor de controle van bloedwaarden verantwoordelijke anesthesioloog de “labwaarden” afdoende heeft gevonden. Bij “verhoogde bloedingsneiging” staat geen vinkje (hetgeen volgens de toelichting op het formulier “nee” betekent). Dit impliceert dat het trombocytengehalte van 107 (de normaalwaarden liggen tussen 130-150) dat op 10 maart 2016 bij klager is gemeten geen contra-indicatie heeft opgeleverd en dat het door de anesthesioloog kennelijk niet nodig werd geacht aanvullend (bloed-)onderzoek te laten verrichten. Ook voor verweerder was er geen aanleiding om nogmaals aanvullend bloedonderzoek te laten doen naar het trombocytengehalte. Dit beleid kan het college volgen nu de grens voor het al dan niet uitvoeren van een operatieve ingreep ligt op een trombocytengehalte van 50 of zelfs lager (30) volgens de richtlijn hematologie Nederland van 2013. Het huisartsenjournalistiek maakt ook geen melding van eerder opgetreden bloedingen of onderliggende aandoeningen. Het enkele feit dat klager heeft aangegeven lang na te bloeden na verwondingen of na het trekken van kiezen en dat hij gemakkelijk bloeduitstortingen krijgt, is onvoldoende reden om hier aanvullend bloedonderzoek te moeten laten verrichten (in het licht van het eerder gemeten trombocytengehalte van 107). Klachtonderdeel A slaagt niet.

5.2 Met klachtonderdeel B verwijt klager verweerder dat hij een clip heeft geplaatst in het operatiegebied en daarvan geen melding heeft gemaakt in het operatieverslag. In het verslag van de CT-scan abdomen van 29 december 2016 is onder meer opgenomen dat een clip in de linkerlies is waargenomen. Deze clip is niet eerder waargenomen (op de CT-scan van 9 september 2016) en staat ook niet opgenomen in het operatieverslag (en ook ontbreekt een stickertje hiervan op het formulier waarop de tijdens deze operatie gebruikte materialen en implantaten worden gemeld). Verweerder betwist dat hij deze clip heeft geplaatst en brengt naar voren dat er ook geen bloeding heeft plaatsgevonden waarvoor een clip moest worden gebruikt. Hij (dan wel zijn gemachtigde) heeft erop gewezen dat de operatie slechts 22 minuten heeft geduurd (van 11.13 – 11.35 uur), hetgeen voor een tweezijdige liesbreukoperatie kort is; bij een bloeding die gestelpt moet worden zou de operatie volgens verweerder niet zo kort hebben geduurd. Het college kan niet beoordelen of verweerder de clip al dan niet heeft geplaatst en of hij het plaatsen van de clip ten onrechte niet in het operatieverslag heeft vermeld. Op zichzelf genomen is gebruikmaking van een clip bij een bloeding tijdens een operatie (als deze) een normale handeling, maar het college kan dat, als gezegd, hier niet vaststellen. Als een clip is geplaatst blijft deze ook na de operatie in het lichaam. Verweerder is in ieder geval heel stellig dat hij de clip niet heeft geplaatst (het plaatsen van een clip is ook niet verwijtbaar) en er is kennelijk wel een clip opgemerkt in het operatiegebied. Dit “raadsel” kan het college niet oplossen.

Het (standaard) opgemaakte operatieverslag voldoet aan de (tuchtrechtelijke) maatstaven nu niet is gebleken dat er, behoudens het dispuut over het wel/niet plaatsen van een clip, sprake is geweest van een gecompliceerde operatie maar van een operatie zonder complicatie ofwel een standaardprocedure zoals verweerder het noemt. Anders gezegd: peroperatief waren er geen complicaties, postoperatief natuurlijk wel gezien de opgetreden nabloeding.

Klachtonderdeel B slaagt dan ook niet.

5.3 Het laatste klachtonderdeel ziet op de postoperatieve zorg. Klager is om 11.50 uur uit de OK vertrokken en heeft om 13.45 uur het behandelcentrum verlaten. Nu het operatieverslag geen bijzonderheden bevat (daarvan moet het college uitgaan) en er voorts geen aanwijzingen waren die ertoe noopten klager nog langer ter observatie te houden, is een ontslag van klager ongeveer twee uur na het verlaten van de OK verantwoord geweest.

Klager heeft voorts een brief met leefregels meegekregen (een nazorgbrief met postoperatief advies) waarin ook wordt verwezen naar instanties en telefoonnummers indien zich complicaties voordoen. Of het H het (nood-)telefoonnummer heeft gebeld en of dit nummer toen niet bereikbaar was, hetgeen klager stelt en door verweerder wordt betwist (want dit is volgens verweerder niet in het logboek terug te vinden), kan het college niet vaststellen bij gebreke aan verdere gegevens. Gelet op deze tegenover elkaar staande standpunten kan niet worden vastgesteld of verweerder in het kader van de (niet-)bereikbaarheid van het behandelcentrum een (persoonlijk) verwijt kan worden gemaakt. Ook het laatste klachtonderdeel is ongegrond.

5.4 Al met al is niet gebleken dat verweerder tuchtrechtelijke onzorgvuldig heeft gehandeld of dat sprake is van een (ernstige) schending van aanbevelingen uit de Richtlijn Perioperatieve Proces die zien op alle hiervoor per klachtonderdeel genoemde fases van het operatieproces. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht (in al haar onderdelen) ongegrond is. Verweerder kan met betrekking tot de klacht 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:

- wijst de klacht af.

Aldus beslist door:

R.A. Dozy, voorzitter,

M.A. de Meij, P.A. Hustinx en J.C. Goslings, leden-arts,

E. Pans, lid-jurist,

bijgestaan door G.H. Felix, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 19 maart 2019 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG secretaris

WG voorzitter

