

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2018-321a

Datum uitspraak: 16 juli 2019

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

A,
wonende te B,
klaagster,

tegen:

C, chirurg,
werkzaam te D,
beklaagde,
gemachtigde: mr. W.R. Kastelein, werkzaam te Utrecht.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met bijlage, ontvangen op 27 november 2018;
- een CD-ROM van klaagster;
- het verweerschrift met bijlagen;
- de brief van mr. Kastelein, gedateerd 3 juni 2019, met bijlagen.

1.2 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 4 juni 2019. Klaagster en beklaagde zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Beklaagde is daarbij bijgestaan door zijn gemachtigde.

1.3 De klacht is behandeld tezamen met vier andere, met de klacht samenhangende zaken zoals bedoeld in artikel 57, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Die zaken zijn bekend onder de dossiernummers 2018-321b, 2018-321c, 2018-321d en 2018-321e.

2. De feiten

2.1 Klaagster, geboren in 1982, is in 2014 doorverwezen naar het E voor een gecombineerde nierpancreastransplantatie. Na een voorlichtingsgesprek en aanvullende onderzoeken is klaagster op de transplantatielijst geplaatst. Sectiehoofd van de afdeling Nierziekten, F (hierna: F), heeft in de periode daarna driemaandelijks contact gehad met klaagster. Op 13 mei 2016 is klaagster opgenomen voor een nierpancreastransplantatie.

2.2 In de nacht van 13 op 14 mei 2016 rond 00.30 uur zijn de chirurgische voorbereidingen voor de nierpancreastransplantatie gestart en is klaagster onder narcose gebracht. Stafchirurgen C (beklaagde, hierna C en G (hierna: G) zijn daarna begonnen met de transplantatie. In het operatieverslag[1] staat dat de transplantatieorganen zijn geïnspecteerd en dat het ging om fraaie, goed geperfundeerde, transplantatieorganen. Eerst is de nier op gebruikelijke wijze voorbereid en daarna de pancreas, waarbij op de gebruikelijke wijze het duodenumsegment is ingekort en overgehecht, het mesenterium is overgehecht, de milt is verwijderd en er een arteriële reconstructie heeft plaatsgevonden. Vervolgens is de nier getransplanteerd met een goede aankleuring na reperfusie. Er werd gezien dat de nier goed aankleurde. Daarna is verder gegaan met de pancreastransplantatie. Daarbij is in het operatieverslag aangetekend dat na het inhechten van de pancreas reperfusie werd gezien. Meerdere kleine bloedingen zijn gestelpt door het plaatsen van clips op de bloedende takjes uit mesenterium en pancreasstaart, waarbij kortdurende hypotensie (verlaagde bloeddruk) heeft plaatsgevonden. Ook de pancreas kleurde goed aan met goede pulsaties (kloppingen). G heeft hierna rond 04.30 uur de operatiekamer verlaten, omdat de transplantaties tot dan toe voorspoedig waren verlopen. C is daarna geassisteerd door arts-assistent in opleiding tot chirurg H (hierna: H) voor het verrichten van de laatste afrondende handelingen. Bij de laatste inspectie, vlak voor het sluiten van de buik blijkt dat de nier niet meer goed aankleurde.

2.3 In het operatieverslag[2] staat dat dit liggingsafhankelijk lijkt, en dat C heeft geprobeerd de nier te fixeren, maar dat: “ (...) *telkens lijkt vooral de veneuze afvloed gecompromitteerd als de omintract (buikwandspier) wordt losgemaakt. Met de doppler blijkt er wel arterieel signaal te zijn. Patient heeft een goede tensie maar we veel vullings- en inotropiebehoefte (...)*”. Vervolgens is besloten om een nieuwe veneuze verbinding te maken, waarvoor onder andere een vaatklem is geplaatst op de vena iliaca (bekkenader) van klaagster. Toen de situatie niet verbeterde, is besloten om collega stafchirurg I (hierna: I) op te roepen om mee te opereren. In aanwezigheid van I is er opnieuw geklemd en is de transplantaatnier verwijderd en doorgespoeld. Na het opnieuw inhechten van de transplantaatnier werd er met de Doppler een arterieel signaal gezien, maar kleurde de nier niet goed aan. De operatie is daarna rond 8.40 uur geëindigd met het plaatsen van een drain en het dichtmaken van de huid. In het operatieverslag staat genoteerd dat het bloedverlies circa 1500 cc was[3]. Bij het overzicht van de vochtbalans[4] is bij 14 mei 2016 – 05.12 uur genoteerd ‘bloed 2000 ml’. Uit het anesthesieverslag blijkt dat er tijdens de operatie om 04.30 uur en 8.00 uur 275 ml Erythrocyten bolus (rode bloedcellen) per keer is toegediend[5]. Op de aanvragen van 04:08 uur en 7:12 uur staat dat er Erythrocyten (ca. 275 ml) is aangevraagd met als indicatie ‘*Acute anemie (bloeding) volgens 4-5-6-regel*’[6]. De hemoglobine (art) (Hb-waarde) van klaagster was voor de operatie[7] om 00:55 uur 6.8 mmol/l en na de operatie[8] om 09:37 uur 7.1 mmol/l.

2.4 Na de operatie is klaagster om 9.30 uur opgenomen op de Intensive Care (IC). In het opnameverslag[9] staat onder conclusie: ‘(...) *Peroperatief was er sprake van een arteriële trombose van het transplantaat waarvoor de anastomose is gereviseerd. Hierna herstelde de flow. Desondanks bleef er sprake van een slechte aankleurende niertransplantaat. Tevens was er sprake van forse hemodynamische instabiliteit met forse vasopressie en vullings behoefte. Bij opname wijde pupillen die niet/nauwelijks lichtreactief waren (...)*’

Om 11.31 uur is een neuroloog in consultatie geroepen in verband met de wijde lichtstijve pupillen. De conclusie van de arts-assistent neuroloog was dat gedaald bewustzijn en afwezige stamreacties eventueel zijn te verklaren vanwege de mate van sedatie (fentanyl en propofol) in combinatie met de toegediende sympathico-mimetica. Op dat moment werd dat gezien als de meest waarschijnlijke oorzaak. Daarbij is opgetekend dat bloeding/ischemie niet was uit te sluiten en dat er, gezien de lage voorafkansen en de geringe behandelconsequenties van ischemie door hypoperfusie en de omstandigheid dat klaagster ook circulatoir niet stabiel was, geen diagnostiek heeft plaatsgevonden. Verder heeft de neuroloog geadviseerd om laagdrempelig her-consultatie te laten plaatsvinden als klaagster niet goed wakker zou worden[10].

2.5 In de loop van de dag is besloten het niertransplantaat te verwijderen in verband met slechte perfusie. Op 14 mei 2016 omstreeks 20.00 uur heeft de tweede operatie, de transplantectomie van nier en pancreas, plaatsgevonden door C en I. Zowel de nier als de pancreas waren beide veneus getromboseerd. Bij het eruit halen van het pancreastransplantaat is een stukje dunne darm verwijderd (partiele ileumresectie). Tijdens die operatie is vier keer circa 275 ml bloed toegediend namelijk rond 18:50 uur, 19:20 uur en 19:45 uur[11], waarbij op de aanvragen van 14 mei 2016 van 17.31 uur en 18.41 uur als indicatie '*Acute anemie (bloeding)*' is aangegeven[12]. Na de operatie is tweemaal circa 2x 200 ml plasma toegediend. Op de aanvraag is als indicatie is aangegeven 'massaal bloedverlies'[13]. De hemoglobine (art) (Hb-waarde) van klaagster was voor de tweede operatie[14] om 19.44 uur 6.6 mmol/l en na de operatie[15] om 21.02 uur 8.6 mmol/l. In het operatieverslag is genoteerd dat het bloedverlies (EBL) nihil was[16].

2.6 De volgende dag is klaagster uit de sedatie ontwaakt. In de verpleegkundige rapportage van de IC van 15 mei 2016 om 14.22 uur staat onder neurologie dat klaagster alles beweegt en pupillen '(...) ++ (...)'[17]. Om 20.44 uur is genoteerd dat klaagster '(...) helder adequaat (...) is[18]. De volgende ochtend blijft klaagster veel pijn houden ondanks de PCA-pomp. Aangegeven is dat klaagster de pomp niet durfde te gebruiken, omdat ze van de medicatie in de pomp misselijk werd. Vervolgens is Primperan en Droperidol voor de misselijkheid gegeven[19]. Later die ochtend is klaagster ontslagen van de IC en is klaagster naar de verpleegafdeling gegaan. Bij het beloop is aangegeven dat de misselijkheid veel minder is[20].

2.7 Nadat klaagster op 16 mei 2016 op de verpleegafdeling is gekomen blijft klaagster misselijkheidsklachten houden. Over de nacht van 16 op 17 mei 2016 is genoteerd dat klaagster de hele nacht wakker is geweest van misselijkheidsklachten[21]. Er is daarop besloten andere pijnstilling te geven. Verder is genoteerd dat klaagster enkel in bed ligt met haar ogen dicht. Op 18 mei 2016 is aangegeven dat klaagster verschillende malen heeft gebraakt, nog steeds erg duizelig is bij het openen van de ogen en misselijk wordt bij teveel praten[22]. In de verpleegkundige rapportage staat bij 19 mei 2016 dat de duizeligheid blijft, maar dat het wel langzaam aan beter lijkt te gaan[23].

2.8 Op 20 mei 2016 is de neuroloog in consult geroepen in verband met de aanhoudende duizeligheid en het niet goed kunnen zien. Op die dag is ook door de verpleegkundige genoteerd dat klaagster aangeeft snel draaiduizelig te zijn[24]. Na aanvullend onderzoek met een CT-scan bleek dat klaagster 15 mei 2016 of eerder een

pontocerebellair infarct (links) heeft doorgemaakt met evidente massawerking en enige compressie op hersenstam[25].

3. De klacht

Klaagster verwijt C, zakelijk weergegeven:

- 1) het veroorzaken van een massale bloeding
- 2) het verloren laten gaan van een nier- en pancreastransplantaat
- 3) het verwijderen van een stuk dunne darm (partiële ileumresectie)
- 4) het veroorzaken van een herseninfarct, ontstaan door ischemie
- 5) het niet adequaat behandelen van een herseninfarct
- 6) het niet goed overdragen van gegevens tussen de intensive care en de afdeling
- 7) het niet volgens de richtlijnen van de inspectie op orde hebben van het medisch dossier
- 8) het laten opereren door een arts in opleiding zonder hiervoor toestemming te vragen
- 9) het gebruik van operatieclips of iets dergelijks zonder dat te melden
- 10) nalatigheid.

Klaagster verwijt C daarnaast het achterhouden, verzwijgen en het niet naar waarheid invullen van informatie met betrekking tot haar operatie.

4. Het standpunt van beklagde

C heeft aangevoerd dat hij begrip heeft voor het verdriet van klaagster over het feit dat de operatie niet is gelukt en dat er bovendien perioperatief een herseninfarct is opgetreden. Hij stelt zich op het standpunt dat de klachten ongegrond zijn en dat hem geen tuchtrechtelijk verwijt treft.

5. De beoordeling

5.1 Het College merkt allereerst op dat het zeer teleurstellend is dat de nierpancreastransplantatie die klaagster heeft ondergaan niet is geslaagd. Dit geldt uiteraard met name voor klaagster maar ook voor C is de afloop niet zoals gehoopt. Het opgetreden herseninfarct heeft daarnaast gezorgd voor een lang en moeizaam herstel en de algemene gezondheidstoestand van klaagster is feitelijk verslechterd in plaats van verbeterd, zoals de bedoeling was. Het College heeft gezien dat klaagster veel vragen heeft over wat haar precies is overkomen en dat haar vertrouwen is beschadigd. Het gaat nu om de tuchtrechtelijke beoordeling van het beroepsmatig handelen van C. Dat betekent dat de vraag moet worden beantwoord of hij binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven. Daarbij moet rekening worden gehouden met de stand van de wetenschap destijds en met hetgeen toen in zijn beroepsgroep als norm was aanvaard.

Het bloedverlies (klachtonderdelen 1, 2 en 4)

5.2 Klaagster leidt uit het medisch dossier af dat zij tijdens de operatie heel veel bloed heeft verloren, omdat bij één van de aanvragen voor plasma is vermeld: 'massaal bloedverlies'. Uit het dossier blijkt daarnaast dat er een klem op haar bovenbeen is gezet en dat zij tijdens de operatie in de Trendelenburg-positie is geplaatst, hetgeen voor haar bevestigd dat van veel bloedverlies sprake is geweest. Zij denkt dat er een verband bestaat tussen het bloedverlies, een slechte doorbloeding, het verlies van de transplantaatorganen en het optreden van het herseninfarct.

5.3 C betwist dat tijdens de operatie sprake is geweest van massaal bloedverlies. Tijdens de eerste operatie is het bloedverlies ongeveer 1500 ml geweest, hetgeen iets meer is dan gemiddeld bij een gecombineerde nierpancreastransplantatie, maar niet ongebruikelijk gelet op de duur en het gecompliceerde verloop van de operatie. Het bloedverlies is in ieder geval niet 'massaal' te noemen en kan het ontstaan van de hersenschade en het verlies van de twee donororganen ook niet verklaren. Er is uiteindelijk geen duidelijke oorzaak gevonden voor het niet-slagen van de transplantatie, maar helaas komt het vaker voor dat nieren of pancreassen in de periode direct na de operatie weer verwijderd moeten worden.

5.4 Het College komt op basis van het medisch dossier tot het oordeel dat tijdens de (eerste) operatie geen sprake is geweest van 'massaal bloedverlies', om de volgende redenen. Vooropgesteld moet worden dat een zekere mate van bloedverlies onvermijdelijk is bij een operatie zoals klaagster heeft ondergaan. Uit het OK-verslag blijkt van een geschat bloedverlies van 1500 ml (zie voetnoot 3). Uit het anesthesieverslag blijkt dat op een eerder moment een bloedverlies van 2000 ml is genoteerd, maar het College hecht in de oordeelsvorming over het bloedverlies van de gehele operatie meer waarde aan het totale geschatte bloedverlies aan het einde van de operatie (dus van 1500 ml), omdat op dat moment het beste beeld bestaat, rekening houdend met alle relevante factoren. Tijdens de eerste operatie zijn op twee momenten 275 ml rode bloedcellen toegediend, namelijk om 04:30 uur en om 8:00 uur (zie voetnoot 5). Dit is ook de hoeveelheid bloed die tijdens de operatie is aangevraagd, namelijk om 04:08 uur en om 07:12 uur, beide onder vermelding van de indicatie '*acute anemie (bleeding) volgens 4-5-6-regel*' (zie voetnoot 6). Daarnaast blijkt uit het anesthesieverslag dat tijdens de operatie een forse hoeveelheid vocht via een infuus is toegediend. De hemoglobine-waarde (Hb-waarde) bedroeg voorafgaand aan de operatie 6,8 mmol/l en na de operatie 7,1 mmol/l (zie voetnoot 7 en 8). Deze bevindingen tezamen leiden tot de conclusie dat van massaal bloedverlies geen sprake kan zijn geweest, omdat in dat geval, mede gelet op de hoeveelheid toegediend vocht, de Hb-waarde direct na de operatie veel lager zou zijn geweest dan bij aanvang. Zoals hiervoor is aangegeven was de Hb-waarde bij klaagster na de operatie hoger dan voor de operatie.

Uit het operatieverslag blijkt voorts niet dat een grote of massale bloeding is opgetreden. Het plaatsen van een klem op de slagader van het bovenbeen, waar klaagster naar verwijst, is noodzakelijk bij het uitnemen van de nier, zoals tijdens de operatie heeft plaatsgevonden, juist ter voorkoming van bloedverlies. Dit duidt dus niet op een maatregel die is genomen omdat op dat moment van bloedverlies sprake was. De Trendelenburgpositie waarin klaagster op enig moment is geplaatst, is een adequate manier om een acute bloeddrukval op te vangen, zoals het geval bij klaagster na het inhechten van de pancreas. Hieruit kan echter ook niet het massale bloedverlies waar klaagster over spreekt, worden afgeleid. Het College acht de geschatte hoeveelheid bloedverlies van 1500 ml tijdens de eerste operatie aannemelijk. Het deelt het oordeel van C, dat deze hoeveelheid niet ongebruikelijk is gelet op de aard en de duur van de operatie en het gecompliceerde verloop ervan met meerdere hernieuwde vaataansluitingen.

5.5 Het bloedverlies tijdens de tweede operatie op 14 mei 2016 is ingeschat als nihil (zie voetnoot 15). Tijdens deze operatie is wel in totaal 4 x 275 ml rode bloedcellen toegediend (zie voetnoot 11). Dit komt overeen met de aanvragen voor rode bloedcellen die blijken uit het dossier (zie voetnoot 12). Tijdens de mondelinge behandeling is toegelicht dat deze bloedtoedieningen te maken hebben met de vullingsbe-

hoeft en het toegediende vocht in de uren voorafgaand aan deze tweede operatie. Deze verklaring acht het College plausibel. Dat tussen de eerste en tweede operatie, of tijdens de tweede operatie sprake is geweest van veel bloedverlies, blijkt niet uit het dossier. Het wondvocht na de eerste operatie is aanvankelijk 'sereus/bloederig', maar vanaf de middag enkel 'sereus', dat wil zeggen zonder bloed (zie vochtbalans IC). Uit het verslag van een op de IC uitgevoerde echo blijkt niet de aanwezigheid van vocht in de buikholte (zie medisch dossier onder tabblad 'Radiologie', pagina 4 van 9). Tijdens de tweede operatie is tevens plasma aangevraagd (zie voetnoot 13), dat na de operatie is toegediend op de IC. Op de IC is die avond ook 2 x 250 ml rode bloedcellen en 300 ml bloedplaatjes toegediend (zie vochtbalans IC). Na toediening van bovengenoemde bloedproducten bedraagt de Hb-waarde om 21:02 uur 8,8 mmol/l (Bijlage 3 p57/104 Lab aanvragen/uitslagen). Dit is ver boven de uitgangswaarde van 6,8 mmol/l bij opname. Pas de volgende dag daalt de Hb-waarde geleidelijk naar 6,5 mmol/l om 20:34 uur (p48/104 Lab aanvragen/uitslagen). Deze uitslagen sluiten aan bij de vermelding dat er bij de tweede operatie "nihil" bloedverlies is geweest. C heeft toegelicht dat de aanduiding 'massaal bloedverlies' bij de aanvraag van plasma is gekozen door de anesthesioloog en dat de aanduiding conform de gebruikelijke werkwijze in het ziekenhuis is indien op korte termijn bloedproducten nodig zijn. Deze uitleg roept bij het College geen vragen op.

5.6 Dat sprake is geweest van massaal bloedverlies of van een meer dan gebruikelijke hoeveelheid bloedverlies, is al met al niet gebleken; niet tijdens de eerste operatie, niet in de tijd tussen beide operaties in en ook niet tijdens de tweede operatie. Het eerste klachtonderdeel ('het veroorzaken van een massale bloeding') is dan ook ongegrond.

5.7 Dit heeft tevens tot gevolg dat de klachtonderdelen 2 en 4 ('het verloren laten gaan van een nier en pancreastransplantaat' en 'het veroorzaken van een herseninfarct') ongegrond zijn. Klaagster heeft immers aan deze twee verwijten ten grondslag gelegd dat sprake is geweest van massaal bloedverlies en het College heeft vastgesteld dat hiervan niet is gebleken. Het College acht het verlies van de transplantaat organen, hoe teleurstellend ook, een complicatie die bij een operatie als deze kan optreden. Een duidelijke oorzaak voor deze complicatie is niet gebleken. Ook voor het optreden van het herseninfarct is feitelijk geen directe oorzaak gevonden. Er was immers geen sprake van een waterscheidingsinfarct. Het College heeft in het medisch dossier en in hetgeen door partijen naar voren is gebracht geen aanwijzingen gevonden dat tijdens de operatie iets mis is gegaan, dat er fouten zijn gemaakt of dat er door C is gehandeld in strijd met de beroepsstandaard. C kan dan ook geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt van het verlies van de donororganen en het opgetreden herseninfarct.

De bij de operatie betrokken artsen (klachtonderdeel 8)

5.8 Klaagster verwijt C dat hij zich tijdens de operatie heeft laten bijstaan door H, terwijl zij niet erover is ingelicht dat een arts in opleiding tot chirurg aan de operatie zou deelnemen en zij hiervoor dus ook geen toestemming heeft gegeven. H was hiervoor niet bevoegd en bekwaam, aldus klaagster.

5.9 Bij de beoordeling van dit klachtonderdeel, betreft het College het verwijt van klaagster aan H dat hij haar heeft geopereerd terwijl hij daarvoor niet bevoegd en bekwaam was (zaak 2018-321e) en tevens het verwijt aan G dat hij tijdens de operatie de operatiekamer heeft verlaten (zaak 2018-321c). Al deze klachten, deels gericht tegen

C, hangen door de feitelijke gang van zaken tijdens de operatie nauw met elkaar samen en C is in zijn verweer ingegaan op het gehele feitencomplex.

5.10 C heeft als verweer aangevoerd dat H op het moment van de operatie vierdejaars assistent in opleiding tot chirurg was en die nacht dienst had als chirurgisch assistent. In het E is de afspraak dat bij grote transplantaties de kritieke onderdelen van de operatie worden verricht door twee stafchirurgen. C heeft samen met G de kritieke onderdelen van de operatie uitgevoerd en dat verliep ongecompliceerd. Voor het beoogde afronden van de operatie heeft G de operatiekamer verlaten om naar huis te gaan en C heeft H verzocht om hem verder te assisteren. Door H zijn alleen assisterende handelingen verricht, waarvoor geen specifieke deskundigheid is vereist en die door elke arts-assistent gedaan kunnen worden. Toen bleek dat de nier niet meer goed aankleurde, is I van huis gebeld en daadwerkelijk komen mee opereren, zodat opnieuw twee stafchirurgen aanwezig waren. C voert tot slot aan dat het E een opleidingsziekenhuis is, dat patiënten daar op worden gewezen en dat het niet mogelijk maar ook niet nodig is om (steeds) toestemming te vragen voor deelname aan de behandeling door een specifieke arts-assistent.

5.11 Het College volgt C in zijn betoog dat het E een opleidingsziekenhuis is waar artsen en verpleegkundigen in opleiding tot het behandelteam horen en dat hiervoor niet steeds expliciet toestemming hoeft te worden gevraagd. Klaagster betwist ook niet dat het haar bekend was dat het E een opleidingsziekenhuis is. Uit het dossier blijkt bovendien dat op meer momenten tijdens de behandeling artsen in opleiding betrokken zijn geweest en het is het College niet gebleken dat dit in zijn algemeenheid bij klagster tot bezwaren leidt. Dit neemt natuurlijk niet weg dat een arts in opleiding tot chirurg heelkundige handelingen pas zelfstandig mag verrichten als hij hierin bekwaam is. De supervisor, in dit geval C, moet een inschatting maken van de ervaring en de vaardigheid van de arts-assistent, bij het bepalen welke mate van zelfstandigheid verantwoord is. In dit geval ging het om een vierdejaars assistent in opleiding tot chirurg die slechts assisterende handelingen heeft verricht en niet actief als mede-operateur is opgetreden. Naar het oordeel van het College moet een vierdejaars assistent in opleiding bekwaam worden geacht om deze handelingen te verrichten en hij is hier ook toe bevoegd. C treft hierin geen tuchtrechtelijk verwijt.

5.12 Het College acht de toelichting van C over het verlaten van de operatie door G en het moment waarop dat gebeurde, plausibel. Deze gang van zaken is, gelet op de fase waarin de operatie was en het tot dat moment ongecompliceerde verloop, niet ongebruikelijk en niet in strijd met eisen van een behoorlijke beroepsuitoefening. De keuze om vervolgens I te vragen om van huis te komen om mee te opereren toen complicaties optraden, acht het College doordacht, gelet op het tijdstip, het feit dat I in de vroege dienst zou komen en dicht bij het ziekenhuis woont. Bovendien past zijn verzoek bij het gevoerde beleid in het E om bij grote transplantaties de kritieke onderdelen van de operatie te verrichten door twee stafchirurgen (zie onder 5.10). Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

Het verwijderen van een stuk dunne darm en het gebruik van operatieclips (klachtonderdelen 3 en 9)

5.13 Klaagster verwijt C dat tijdens de tweede operatie een stuk van de dunne darm is verwijderd en dat gebruik is gemaakt van operatieclips die in de buikholte zijn

achtergebleven. Hierbij is haar grootste bezwaar, zo begrijpt het College, dat C deze feiten niet heeft gemeld.

5.14 Het College acht deze klachtonderdelen ongegrond. Het verwijderen van een stuk van de dunne darm is gebruikelijk bij het verwijderen van het pancreastransplantaat en dient om complicaties te voorkomen. Het betreft een technisch onderdeel van de uitgevoerde operatie die niet afzonderlijk gemeld hoefde te worden. Operatieclips worden gebruikt als hechtmiddel. Het gebruik hiervan is standaard, er zijn geen nadelige consequenties van te verwachten en C hoefde ook niet te vermelden dat de clips zijn gebruikt.

De overdracht van gegevens tussen de IC en de afdeling (klachtonderdeel 6)

5.15 Naar het College begrijpt, heeft dit verwijt betrekking op het feit dat in de overdracht van de IC naar de afdeling niet is vermeld dat op de IC een neuroloog in consult was geweest en dat er een risico bestond op een neurologische aandoening.

5.16 Het College overweegt C niet werkzaam was op de IC en (daarmee) niet verantwoordelijk is voor de overdracht van de IC naar de afdeling. Het feit dat C tussen de eerste en de tweede operatie thuis is gebeld door de consulterend neuroloog in opleiding over zijn bevindingen, zoals tijdens de mondelinge behandeling is toegelicht, maakt dit niet anders, omdat het nog steeds niet de verantwoordelijkheid van C is om bij de overdracht naar de afdeling melding te maken van het consult. Aan een verdere beoordeling van de vraag of de overdracht tussen IC en afdeling kwalitatief voldoende was, komt het College niet toe omdat het in het tuchtrecht gaat om persoonlijke verwijtbaarheid en C treft geen persoonlijk verwijt ter zake van de overdracht. Het klachtonderdeel is ongegrond.

Het niet adequaat behandelen van een herseninfarct, nalatigheid (klachtonderdelen 5 en 10)

5.17 Klaagster verwijt C dat pas op 20 mei 2016, dus 6 dagen na de operatie, opnieuw een neuroloog in consult is geroepen en een CT-scan is gemaakt, waaruit toen bleek van een herseninfarct. Volgens klaagster hadden de klachten in de dagen na de operaties al veel eerder aanleiding moeten vormen tot een neurologisch consult. Klaagster was in de dagen ervoor al steeds draaiduizelig, haar ogen stonden raar en op 14 mei 2016 was al bepaald dat bij klachten laagdrempelig her-consultatie door een neuroloog overwogen moest worden. Klaagster vindt dat al op 14 mei 2016 door middel van een scan uitgesloten had moeten worden of sprake was van een bloeding/ ischemie in plaats van ervan uit te gaan dat de verschijnselen op dat moment een gevolg waren van de anesthesie.

5.18 C heeft aangevoerd dat, met de wetenschap van achteraf, de klachten van klaagster in de dagen na de operaties hebben gewezen op een neurologisch probleem, dat dan ook eerder gediagnosticeerd had kunnen worden. Direct na de eerste operatie zijn de klachten die toen optraden door de consulterend neuroloog geduid als een gevolg van de anesthesie. C had geen reden om daaraan te twijfelen en er werd een expectatief beleid afgesproken. Vervolgens vond de tweede operatie plaats en daarna kwam klaagster bij en werd de eerder waargenomen pupilstijfheid niet meer aangetroffen. Dit leek een bevestiging van de aanname dat de klachten een gevolg waren van de anesthesie, waardoor de mogelijkheid van een neurologisch probleem uit beeld verdween. De duizeligheid en misselijkheid waar klaagster last van had, waren goed te verklaren door de operaties. De draaiduizeligheid en het dubbelzien konden niet door de operaties worden verklaard en waren dan ook aanleiding om een neuroloog in consult te roepen.

Volgens het medisch dossier zijn deze verschijnselen pas voor het eerst genoteerd op 20 mei 2016 en op die dag heeft het neurologisch consult ook plaatsgevonden.

5.19 Het College stelt allereerst vast dat de problemen van draaiduizeligheid en dubbelzien voor het eerst op 20 mei 2016 in het medisch dossier staan gerapporteerd. Uit de verpleegkundige rapportages blijkt pas op 20 mei 2016 van dubbelzien en wordt tot die tijd wel gesproken over duizeligheid en met name over misselijkheid, maar niet zozeer over draaiduizeligheid. Klaagster voert echter aan dat zij al vanaf het moment dat zij wakker werd uit de anesthesie, deze klachten had. Het College gaat in zijn beoordeling uit van wat in het medisch dossier is vermeld. De reden hiervoor is niet dat meer geloof wordt gehecht aan hetgeen C naar voren brengt dan wat klaagster aanvoert, maar wel dat onvoldoende aannemelijk is dat wat in het medisch dossier is vermeld, een onjuiste weergave is.

Naar het oordeel van het College bestond er voor C geen aanleiding om te twijfelen aan het oordeel van de consulterend neuroloog op 14 mei 2016 dat de klachten op dat moment veroorzaakt werden door de anesthesie en niet door een neurologisch probleem. Er kan dan ook niet gezegd worden dat C op dat moment wist dat er een probleem in het hoofd was ontstaan. Uit het neurologisch verslag van dat consult (zie voetnoot 10) blijkt dat ervoor is gekozen om op dat moment geen verdere diagnostiek plaats te laten vinden vanwege de lage voorafkans, de geringe behandelconsequenties en vanwege het feit dat klaagster circulatoir niet stabiel was. Dit beleid is naar het oordeel van het College adequaat gelet op alle omstandigheden. Zij deelt dus niet de mening van klaagster dat op dat moment een scan uitgevoerd had moeten worden.

Vervolgens geldt dat het in de dagen erna in de eerste plaats aan de hoofdbehandelaar is om te beoordelen of er aanleiding is om een neuroloog in consult te vragen. Dit betreft niet C. Het College acht het daarnaast plausibel dat de klachten waar klaagster mee te kampen had, waarvan volgens de verpleegkundige rapportages de misselijkheid op de voorgrond stond, werden verklaard als een gevolg van de beide operaties. De rapportages spreken bovendien van een voorzichtige verbetering van deze klachten. Achteraf gezien kan vastgesteld worden dat als eerder een neurologisch consult was aangevraagd, ook eerder het herseninfarct zou zijn vastgesteld. Naar het oordeel van het College kan C echter hiervan geen verwijt worden gemaakt en zijn ook deze klachtonderdelen ongegrond.

Het niet op orde hebben van het medisch dossier (klachtonderdeel 7)

5.20 Het verwijt van klaagster heeft betrekking op het medisch dossier van haar verblijf op de IC; het ontbreken van waardes (bloeddruk, temperatuur, zuurstof etc) en van verslagen van artsen en verpleegkundigen. Los van de vraag of het dossier van het verblijf op de IC in orde was, geldt dat C geen verantwoordelijkheid draagt voor dat gedeelte van het medisch dossier. Het klachtonderdeel is dan ook om die reden ongegrond.

Het achterhouden, verzwijgen en het niet naar waarheid invullen van informatie met betrekking tot de operatie

5.21 Klaagster voert aan dat, ondanks verschillende gesprekken met onder meer C en ondanks het calamiteitenonderzoek en de klachtenprocedure in het ziekenhuis, de waarheid over wat is misgegaan tijdens de operatie niet boven tafel is gekomen. Het medisch dossier werd niet zomaar verstrekt toen zij daar om vroeg. Zij heeft het gevoel dat informatie wordt achtergehouden en dat over allerlei zaken niet de waarheid wordt verteld omdat uit het dossier blijkt dat de zaken anders liggen dan haar is verteld.

5.22 Het College stelt vast dat onder meer door C meerdere gesprekken met klaagster en/of met haar echtgenoot zijn gevoerd met het doel om uitleg te geven over de operaties en het verloop. Uit het klaagschrift en uit de toelichting van klaagster tijdens de mondelinge behandeling blijkt dat deze gesprekken klaagster niet het gevoel hebben gegeven dat haar vragen zijn beantwoord, maar bij haar juist meer vragen hebben doen ontstaan. Het College heeft er begrip voor dat het voor klaagster heel onbevredigend is dat zij niet alleen te maken heeft met de niet-geslaagde transplantatie en met het opgetreden herseninfarct met alle ingrijpende gevolgen van dien, maar dat daarnaast een verklaring voor beide niet is gegeven. Uit het dossier en uit de mondelinge behandeling blijkt echter niet dat het verwijt dat informatie wordt achtergehouden of dat niet de waarheid wordt gesproken, terecht is. Naar het oordeel van het College heeft C laten zien dat hij openheid betracht en dat hij transparant is over het verloop van de operaties en het beloop daarna. Ook op dit punt treft C geen tuchtrechtelijk verwijt.

Conclusie

5.23 De conclusie van al het voorgaande is dat geen van de klachtonderdelen gegrond is en dat C geen verwijt kan worden gemaakt zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg BIG. De klacht zal ongegrond worden verklaard.

6. De beslissing

Het College:
verklaart de klacht ongegrond.

Deze beslissing is gegeven door A.E.B. ter Heide, voorzitter, M.M. van 't Nedereind, lid-jurist, W.P. Haanstra, I. Dawson en R.J. Stolker, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door B.J. Dekker, secretaris en uitgesproken in het openbaar op 16 juli 2019.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

- a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als
 - het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard of
 - als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.
- b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.
- c. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.

[1] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Beantwoordingen' pagina 65 van 140

[2] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Beantwoordingen' pagina 65 van 140

- [3] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Beantwoordingen' pagina 66 van 140
- [4] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Vocht in / uit' bij 14 mei 2015 – 05:12
- [5] Anesthesieverslag 14-05-2016 0.00 – 11.00
- [6] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Beantwoordingen' pagina 116 en 117 van 140
- [7] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Medicatie opdrachten' pagina 79 van 104
- [8] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Medicatie opdrachten' pagina 73 van 104
- [9] Bijlage 4 eerste (ongenummerde) pagina
- [10] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Beantwoordingen' pagina 22 van 140
- [11] Anesthesieverslag 14-05-2016 18:00 – 20:15
- [12] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Beantwoordingen' pagina 114 en 115 van 140
- [13] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Beantwoordingen' pagina 114 van 140
- [14] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Uitslagen (lab)' pagina 59 van 104
- [15] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Uitslagen (lab)' pagina 57 van 104
- [16] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Beantwoordingen' pagina 65 van 140
- [17] Bijlage 4 ongenummerde pagina onder 15-05-2016 14:22
- [18] Bijlage 4 ongenummerde pagina onder 15-05-2016 20:44
- [19] Bijlage 4 ongenummerde pagina onder 16-05-2016 07:28
- [20] Bijlage 4 ongenummerde pagina onder 16-05-2016 10:43
- [21] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Beantwoordingen' pagina 91 van 140
- [22] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Beantwoordingen' pagina 90 van 140
- [23] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Beantwoordingen' pagina 89 van 140
- [24] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Beantwoordingen' pagina 89 van 140
- [25] Bijlage 3 van het verweerschrift onder tab 'Beantwoordingen' pagina 21 van 140