

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2018-328a

Datum uitspraak: 25 juni 2019

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

A,
wonende te B,
klaagster,
gemachtigde: C, te B,

tegen:

D, chirurg,
werkzaam te B,
beklaagde,
gemachtigde: mr. L. Beij, werkzaam te Den Haag.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 6 december 2018;
- het verweerschrift met bijlagen;
- de brief met bijlagen van klaagster, gedateerd 11 april 2019, ontvangen op 12 april 2019.

1.2 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 14 mei 2019. De partijen, klaagster vertegenwoordigd door haar gemachtigde en beklaagde, bijgestaan door zijn gemachtigde, zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. De gemachtigde van klaagster heeft pleitnotities overgelegd.

1.3 De klacht is behandeld tezamen met een andere, met de klacht samenhangende zaak zoals bedoeld in artikel 57, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Die zaak is bekend onder dossiernummer 2018-328a.

2. De feiten

2.1 De klacht heeft betrekking op de behandeling door beklaagde van haar echtgenoot E, die in 2012 is overleden. Beklaagde is werkzaam als chirurg in het F in B.

2.2 Bij de echtgenoot van klaagster is de diagnose symptomatisch galsteenlijden vastgesteld en de noodzaak de galblaas operatief te verwijderen. De operatie is vastgesteld op 15 december 2008, de operatiedag van beklagde. De operatie, een laparoscopische cholecystectomie, is verricht onder supervisie van beklagde door G, op dat moment arts-assistent chirurgie in het vijfde jaar van haar opleiding (hierna: de arts-assistent).

2.3 Het operatieverslag vermeldt onder meer:

“Galsblaas lijkt vergroot. Wanneer we met een brownse klem de fundus van de galblaas beetpakken perforereerd deze direct. Aanvankelijk lekkage blanke gal. Bij verder mobiliseren van de galblaas ook uitvloed romige pus. Derhalve zuigen en spoelen. We kunnen de galblaas toch goed naar craniaal opspannen zodat de redelijk zicht krijgen op de hilus. Zonder problemen kan de ductus cysticus worden vrijgeprepareerd. Wel veel infiltraatvorming, waarvoor diathermisch vrijprepareren. Tweede buisvorming a vue, arteria cystica. Ductus cholodochus is goed te zien, korte ductus cysticus. Derhalve plaatsen clips en doornemen ductus en arteria. Tevens plaatsen clips op kleine venen”.

Verder blijkt uit het operatieverslag dat de galblaas bij verwijdering scheurt en een deel van 2x1 cm in het leverbed achterblijft.

2.4 De echtgenoot van klaagster werd op 16 december 2008 ontslagen. Kort daarna heeft de echtgenoot van klaagster zich weer gemeld met klachten van koorts, buikpijn, icterus en anamnestic ontkleurde ontlasting. Er werden verhoogde leverwaarden geconstateerd. Op 31 december 2008 is een ECRP verricht, waarbij sludge werd verwijderd en een choledochus-stent werd ingebracht. Dat leidde tot verbetering van de leverwaarden en afnemen van de koorts. Tijdens de ziekenhuisopname heeft op 7 januari 2009 een gesprek plaatsgevonden waarbij beklagde aanwezig is geweest. In dat gesprek is aan de echtgenoot van klaagster uitleg gegeven en het verdere behandelplan besproken. De echtgenoot van klaagster is vervolgens, in overleg met beklagde, op 10 januari 2009 ontslagen.

2.5 Op 20 februari 2009 heeft beklagde de echtgenoot van klaagster op de polikliniek voor controle gezien. De echtgenoot van klaagster is door beklagde doorverwezen naar de mdl-arts voor de verwijdering van een nog aanwezige stent in de ductus choledochus.

2.6 Bij de echtgenoot van klaagster is in maanden tot jaren na de operatie een ernstige vorm van levercirrose vastgesteld waardoor hij in 2012 is overleden. De echtgenoot van klaagster en klaagster hebben zich op het standpunt gesteld dat de leverklachten van de echtgenoot van klaagster een gevolg zijn van de op 15 december 2008 uitgevoerde galblaasoperatie. Zij hebben het F civielrechtelijk aansprakelijk gesteld. Door de rechter-commissaris van de rechtbank Den Haag zijn voorlopig getuigenverhoren gehouden. Daarbij zijn beklagde en de arts-assistent gehoord. Op gezamenlijk verzoek van partijen zijn door H, chirurg, en I, radioloog, deskundigenadviezen uitgebracht.

3. De klacht

De klacht luidt – zakelijk weergegeven – als volgt:

- a. Beklaagde heeft zijn informatieplicht en het zelfbeschikkingsrecht van de echtgenoot van klagster geschonden door hem niet te informeren dat de operatie zou worden uitgevoerd door een arts-assistent.
- b. Beklaagde is niet transparant geweest over de ervaring/bekwaamheid van de arts-assistent.
- c. Beklaagde spreekt niet de waarheid over de Critical View of Safety.
- d. Beklaagde is tekort geschoten in zijn zorgplicht en regiefunctie.

4. Het standpunt van beklagde

Beklaagde heeft de klachten en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

5.1 Voor de beoordeling van de klachten is allereerst van belang wat er precies op 15 december 2008 heeft plaatsgevonden. Het college stelt vast dat de diagnose symptomatisch galsteenlijden niet door beklagde is vastgesteld. De betrokkenheid van beklagde bij de galblaasoperatie beperkt zich daarom tot (de rol van beklagde als supervisor bij) de operatie van 15 december 2018 en de nazorg daarbij. Beklaagde heeft erkend dat de operatie is uitgevoerd door de arts-assistent. Hij was wel in of bij de operatiekamer aanwezig en op afroep beschikbaar. Toen tijdens de operatie van de echtgenoot van klagster bleek dat deze gecompliceerder was dan verwacht, heeft de arts-assistent hem gevraagd mee te kijken voordat zij de clips zette. Dat heeft hij ook gedaan, aldus beklagde.

5.2 Klagster betwist dat beklagde bij de operatie aanwezig is geweest. Zijn aanwezigheid staat niet in het operatieverslag vermeld. Tijdens het voorlopig getuigenverhoor heeft de arts-assistent onder meer het volgende verklaard:

“Als er een reden was om de supervisor erbij te betrekken, dan belde ik. In dit geval heb ik tijdens de operatie gebeld omdat er toch sprake bleek van een ontsteking die we niet hadden verwacht. [Beklaagde] is naar de operatiekamer gekomen en heeft gekeken naar de camerabeelden. Hij hoefde niet steriel te worden gemaakt, omdat hij niet mee opereerde maar slechts toekeek ...”.

5.3 Gelet op deze verklaring van de arts-assistent, waarvan de zakelijke inhoud door beklagde onder ede is bevestigd, gaat het College er van uit dat de arts-assistent toen er sprake bleek te zijn van een cholecystitis beklagde heeft gevraagd te komen en dat beklagde met de arts-assistent heeft meegekeken. Het enkele feit dat de aanwezigheid van beklagde niet uit het operatieverslag blijkt maakt dit naar het oordeel van het College niet anders. Dat neemt niet weg dat het beter was geweest wanneer de rol van beklagde in het operatieverslag zou zijn vermeld. Bij de beoordeling van de klachten gaat het College er daarom vanuit dat beklagde, anders dan klagster stelt, wel op verzoek van de arts-assistent in ieder geval bij de meest cruciale stap, te weten het clippen en het doornemen van de structuren, bij de operatie aanwezig was.

Klachtonderdeel a)

5.4 Klaagster stelt dat haar echtgenoot en zij tevoren in het ziekenhuis hadden geïnformeerd welke chirurg de galblaasoperatie uit zou voeren. Daarop is hen de naam van beklagde meegedeeld. Klaagster stelt dat zij er geen rekening mee hoefden te houden dat niet beklagde, maar een arts-assistent de operatie uit zou voeren. Hierdoor is hen de mogelijkheid ontnomen om voor een andere chirurg te kiezen.

5.4.1 Het College is van oordeel dat het voor een patiënt van belang is dat hij weet wie bij

hem een behandeling verricht. Dat geldt zeker ook voor een operatie. Anderzijds is het niet ongebruikelijk dat specialisten behandelingen geheel of gedeeltelijk zelfstandig onder hun supervisie door arts-assistenten laten verrichten. Dat is immers een belangrijk aspect in de opleiding van arts-assistenten. In de destijds geldende Beleidsregel AIOS als eerste behandelaar/operateur van de MRSC van 1 juli 2006, die expliciet voorziet in het al dan niet gedeeltelijk uit laten voeren van operaties door een arts-assistent, is bepaald dat een patiënt moet worden geïnformeerd over de mogelijkheid dat hij ook kan worden behandeld door een arts-assistent. Veelal gebeurt dit in folders of door een andere wijze van informatieverschaffing bij de voorlichting van de patiënt voorafgaand aan de operatie. Of dat in dit geval ook is gebeurd valt, mede gelet op het tijdsverloop, niet meer vast te stellen. Over de in bijlage 9 bij het klaagschrift genoemde notitie merkt het College op dat daaruit niets meer is af te leiden dan dat de operatie van de echtgenoot van klaagster op de operatiedag van beklagde was gepland, niet dat hij hem zelf zou opereren. Onder deze omstandigheden heeft beklagde niet tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld door de echtgenoot van klaagster voor de operatie niet in kennis te stellen van het feit dat de operatie door de arts-assistent zou worden verricht. Dit klachtonderdeel is daarom ongegrond.

Klachtonderdeel b)

5.4.2 Dit klachtonderdeel betreft in kern de vraag of de arts-assistent voldoende ervaring en

deskundigheid had om de operatie te verrichten. De pre-operatieve diagnose was symptomatisch galsteenlijden en de bedoeling van de operatie was de verwijdering van de galblaas (cholecystectomie). Het College is van oordeel dat de arts-assistent voldoende ervaring en deskundigheid bezat om de operatie zelfstandig uit te voeren. De arts-assistent was in haar vijfde jaar van een zes jaar durende opleiding tot chirurg en had op dat moment wat naar de huidige classificatie wordt aangeduid als niveau E. Zij heeft verklaard op het moment van de operatie circa 70 galblaasoperaties te hebben verricht en dat zij jongere chirurgen al circa 20 keer bij dit soort operaties had begeleid en het College acht dat, gelet op de door de arts-assistent verstrekte gegevens, ook aannemelijk. Bovendien kon de arts-assistent bij complicaties bijstand aan beklagde als haar supervisor vragen, wat zij ook heeft gedaan. De arts-assistent heeft verder verklaard, zoals ook door beklagde die haar supervisor en opleider was is bevestigd, ook voldoende ervaring te hebben met een operatie bij acute cholecystitis. Het feit dat pas bij operatie bleek dat er sprake was van een cholecystitis maakt dit niet anders. Ook dit klachtonderdeel is daarom ongegrond.

Klachtonderdeel c)

5.4.3 Dit klachtonderdeel betreft de verklaring die beklagde bij het voorlopig getuigenverhoor heeft afgelegd over de Critical View of Safety. Klaagster stelt dat beklagde, evenals de arts-assistent, over het bereiken van de Critical View of Safety niet

de waarheid heeft gesproken. Zij wijst verder op de landelijke richtlijn “Behandeling galsteenlijden” uit 2007 en het ter uitvoering daarvan opgestelde rapport “Minimaal invasieve chirurgie – plan van aanpak beleid” van de NVEC. In dat rapport wordt video-registratie aanbevolen.

Van een tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen zou sprake zijn wanneer vast komt te staan dat de Critical View of Safety bij de operatie niet was bereikt voordat tot het clippen en het doornemen van de structuren is overgegaan. In het hiervoor geciteerde operatieverslag staat: *“We kunnen de galblaas toch goed naar craniaal opspannen zodat de redelijk zicht krijgen op de hilus. Zonder problemen kan de ductus cysticus worden vrijgeprepareerd”* en *“Tweede buisvorming a vue, arteria cystica. Ductus cholodochus is goed te zien, korte ductus cysticus”*. Weliswaar staat in het verslag niet met zoveel woorden dat de Critical View of Safety is bereikt, maar uit de feitelijke beschrijving in het verslag en de verklaringen van de arts-assistent en beklaagde blijkt dat die daadwerkelijk is bereikt. Het enkele feit dat geen beeldopnamen zijn gemaakt, maakt dat niet anders. Niet alleen bevat het rapport van de NVEC beleidsvoornemens die nog moesten worden geïmplementeerd en is het niet te beschouwen als een richtlijn, maar bovendien ontbrak, naar beklaagde ter zitting heeft verklaard, ten tijde van de operatie in 2008 de apparatuur om dergelijke opnamen te maken.

5.5 Gelet op de inhoud van het operatieverslag en het ter zitting door beide artsen

verklaarde, acht het College voldoende aangetoond dat beiden voor het clippen van de structuren conform de Critical View of Safety hebben geïdentificeerd en ziet het College geen aanleiding voor het oordeel dat beklaagde niet naar waarheid over het bereiken van de Critical View of Safety heeft verklaard. Overigens heeft beklaagde tijdens het getuigenverhoor gezegd dat tegenwoordig (lees: in 2013) dit door middel van de aanduiding CVS in een operatieverslag zou worden opgenomen. Ook dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

Klachtonderdeel d

5.6 De echtgenoot van klaagster is de dag na de operatie naar huis gegaan omdat alles op

een geslaagde operatie wees. Hij heeft zich vervolgens kort daarna weer in het ziekenhuis gemeld met verschillende klachten, waarna hij weer is opgenomen. Beklaagde is beperkt betrokken geweest bij de heropname en de daarop volgende behandeling. Klaagster heeft niet onderbouwd waarom beklaagde daarbij te kort geschoten zou zijn. Beklaagde heeft de echtgenoot van klaagster daarna nog een keer op de polikliniek gezien, waarbij van klachten geen sprake was. Nadat beklaagde naderhand had begrepen dat de echtgenoot van klaagster klachten over de wijze waarop de galblaasoperatie was uitgevoerd had, heeft beklaagde hem schriftelijk uitgenodigd om samen met zijn familieleden “de gebeurtenissen voor, tijdens en na de operatie” op een rijtje te zetten. De echtgenoot van klaagster heeft daarvan geen gebruik gemaakt. Ook ter zitting heeft beklaagde dit aanbod weer gedaan. Dat betekent dat ook dit klachtonderdeel ongegrond is,

5.7 Uit het voorgaande blijkt dat beklaagde geen verwijt treft dat hij de arts-assistent de operatie heeft laten uitvoeren. Toen dat nodig bleek heeft hij zijn regierol opgepakt. Daarbij is de Critical View of Safety geïdentificeerd. Bij de nazorg is beklaagde niet te kort geschoten.

5.8 Het College begrijpt dat klaagster en haar dochter een verband leggen tussen de operatie van 15 december 2008 en de kort nadien bij de echtgenoot van klaagster opgetreden (lever)klachten. Dat neemt niet weg dat het College van oordeel is dat beklagde met betrekking tot de klacht en haar onderdelen geen verwijt kan worden gemaakt zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

5.9 De klacht zal als ongegrond worden afgewezen.

6. De beslissing

Het College:

- verklaart de klacht ongegrond.

Deze beslissing is gegeven door E.J. Daalder, voorzitter, M.W. Koek, lid-jurist, J.W. de Fijter, J.W.D. de Waard en H.C. Baak, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door M. Braspenning-Groeneveld, secretaris en uitgesproken in het openbaar op 25 juni 2019.

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 Gezondheidszorg en Jeugd, 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. Degene die beroep instelt, is € 50,- griffierecht verschuldigd aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht van het Centraal Tuchtcollege. Als degene die in beroep is gegaan geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht terugbetaald.