

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

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

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 E,
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.

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 2018-328b.

2. De feiten

2.1 De klacht heeft betrekking op de behandeling door beklaagde van haar echtgenoot F,

die op 27 november 2012 is overleden. Beklaagde was ten tijde van belang werkzaam als chirurg in opleiding in het G 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 door beklagde verricht onder supervisie van H (hierna: de supervisor). Zij was op dat moment arts-assistent chirurgie in het vijfde jaar van haar opleiding.

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 de supervisor 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 de supervisor, op 10 januari 2009 ontslagen.

2.5 Op 20 februari 2009 heeft de supervisor de echtgenoot van klaagster op de polikliniek voor controle gezien. De echtgenoot van klaagster is door de supervisor 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 G civielrechtelijk aansprakelijk gesteld. Door de rechter-commissaris van de rechtbank B zijn voorlopig getuigenverhoren gehouden. Daarbij zijn beklagde en haar supervisor gehoord. Op gezamenlijk verzoek van partijen zijn door I, chirurg, en J, 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 het uitvoeren van de operatie van 15 december 2018 en de nazorg daarbij. Beklaagde heeft de operatie in eerste instantie zelfstandig uitgevoerd. Toen tijdens de operatie van de echtgenoot van klagster bleek dat deze gecompliceerder was dan verwacht, heeft zij haar supervisor gevraagd mee te kijken voordat zij de clips zette. Dat heeft hij ook gedaan, aldus beklagde.

5.2 Klagster betwist dat de supervisor bij de operatie aanwezig is geweest. Zijn

aanwezigheid staat niet in het operatieverslag vermeld. Tijdens het voorlopig getuigenverhoor heeft de supervisor onder meer het volgende verklaard:

“Ik weet dat [beklaagde] mij tijdens de operatie gebeld heeft. Ik weet dit nog omdat zij dat zeker in de fase van de opleiding waarin zij inmiddels was beland nooit of zelden deed. Ik heb geen herinnering aan hetgeen na dat telefoontje is gebeurd. Het kan niet anders dan dat ik naar de operatiekamer ben gegaan en samen met haar de kernstructuur heb geïdentificeerd. Dat is de normale gang van zaken en daarover kan geen twijfel bestaan. Bij twijfel gaat de chirurg gewoon naar de OK. Het gebeurt niet dat de chirurg de zaak telefonisch afdoet. De chirurg blijft dan ook bij het clippen”.

5.3 Gelet op deze verklaring van de supervisor, waarvan de zakelijke inhoud door

beklaagde onder ede is bevestigd, gaat het College er van uit dat beklagde toen er sprake bleek te zijn van een cholecystitis haar supervisor heeft gevraagd te komen en dat de supervisor met haar heeft meegekeken. Het enkele feit dat de aanwezigheid van de supervisor 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 de supervisor in het operatieverslag zou zijn vermeld. Bij de beoordeling van de klachten gaat het College er daarom vanuit dat de supervisor, anders dan klagster stelt, wel op verzoek van beklagde 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 de supervisor van beklaagde (H) meegedeeld. Klaagster stelt dat zij er geen rekening mee hoefden te houden dat niet de supervisor, 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. Beklaagde heeft ter zitting verklaard dat zij gewoon is om zich voor de operatie aan de patiënt voor te stellen en er van uit te gaan dat zij dat in dit geval ook heeft gedaan. Naar het oordeel van het College zijn er onvoldoende concrete aanwijzingen dat beklaagde van dit door haar als gebruikelijk beschreven voorstellen is afgeweken. Daarmee heeft het College niet kunnen vaststellen dat beklaagde op dit punt tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft behandeld. Voor het overige richt dit klachtonderdeel zich niet tegen beklaagde. Dit klachtonderdeel is daarom ongegrond.

Klachtonderdeel b

5.4.2 Dit klachtonderdeel betreft in kern de vraag of beklaagde 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 beklaagde voldoende ervaring en deskundigheid bezat om de operatie zelfstandig uit te voeren. Zij 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. Beklaagde 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 haar verstrekte gegevens, ook aannemelijk. Bovendien kon de beklaagde bij complicaties bijstand aan haar supervisor vragen, wat zij ook heeft gedaan. Beklaagde heeft verder verklaard, en haar supervisor heeft dat bevestigd, dat zij ook voldoende ervaring had 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 beklaagde bij het voorlopig getuigenverhoor heeft afgelegd over de Critical View of Safety. Klaagster stelt dat beklaagde, evenals de supervisor, 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 videoregistratie 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 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 supervisor en beklagde 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 beklagde 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 beklagde niet naar waarheid over het bereiken van de Critical View of Safety heeft verklaard. 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 niet betrokken geweest bij de heropname en bij de daarop volgende behandeling. Klaagster heeft niet onderbouwd waarom beklagde te kort geschoten zou zijn bij de nazorg ten opzichte van de echtgenoot van klaagster. Ook dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

5.7 Uit het voorgaande blijkt dat beklagde geen verwijt treft dat zij als arts-assistent de operatie heeft uitgevoerd. Toen dat nodig bleek heeft zij haar supervisor gevraagd mee te kijken. Daarbij is de Critical View of Safety geïdentificeerd. Bij de nazorg is beklagde 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

- verklaart de klacht ongegrond.

Deze beslissing is gegeven door E.J. Daalder, voorzitter, M.W. Koek, lid-jurist, J.W. de Feijter, 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.