

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 097/2018

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 7 januari 2019 naar aanleiding van de op 21 maart 2018 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,  
bijgestaan door mr. J.H. Stam, advocaat te Zutphen,

k l a g e r

-tegen-

**E**, chirurg, werkzaam te B,  
bijgestaan door mr N.M.H. Hoekstra, werkzaam bij Stichting VvAA Rechtsbijstand te Utrecht,

v e r w e e r d e r

#### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek met een bijlage;
- de dupliek;
- een stuk van de zijde van klager van 24 oktober 2018 met bijlagen;
- per e-mail van 26 november 2018 door klager opgegeven vragen voor de deskundigen;
- het medisch dossier.

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

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 27 november 2018, alwaar zijn verschenen klager en verweerder, bijgestaan door hun raadslieden. Als deskundigen zijn gehoord B.E.E.M. van den Borne, longarts, en S.G.J. Rödel, (long)chirurg. Ter zitting zijn even-

eens klachten behandeld die klager tegen drie collega's van verweerder heeft ingediend. In die zaken wordt afzonderlijk uitspraak gedaan.

## 2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch dossier) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

In 2014 had klager klachten aan de rechterschouder. Op de X-thorax die werd gemaakt waren geen afwijkingen te zien. In het voorjaar van 2015 kwam klager weer met pijn aan de rechterschouder bij de huisarts. De huisarts verwees hem naar het ziekenhuis voor een röntgenfoto. De uitslag van deze foto op 1 april 2015 luidt (alle citaten zijn letterlijk weergegeven): *goede inspiratiestand. Longen zijn fraai ontplooid. Pathologische haard apicaal links. Nadere evaluatie geïndiceerd. Consult longarts/CTthorax geïndiceerd.*

Op 8 april 2015 werd een CT-thorax gemaakt en op 9 april 2015 vond het eerste consult bij de longarts C plaats, die met klager de uitslag van de CT-thorax besprak. Deze luidde blijkens het verslag van de radioloog als volgt:

*Geen mediastinale Lymfadenopathie. Emfufysemateuze veranderingen in de bovenvelden. De onderkwab rechter en hele kleine afwijking die echter wel retractie geeft van de fissura major. De laesie zelf heeft slechts een diameter van ca. 4mm In de bovenkwab en kleine nodulus van 4mm, bijvoorbeeld zichtbaar p 3 beeld 55 en serie 5 beeld 41. In de longtop links inderdaad een gesciculeerde tumor zichtbaar met een maximale diameter van ca. 28 mm De laesie groeit door in de thoraxwand. In de linker bovenkwab subpleuraal een kleine nodulus van 4 mm op serie 3 beeld 49. In het mee gescande gedeelte van de bovenbuik normale bijnieren en geen verdenking op levermetastasen. Conclusie:*

*Verdenking primaire longtumor van 28 mm links apicaal met ingroei in thoraxwand. Drie kleine pulmonale noduli zoals boven beschreven. Geen aanwijzingen voor Lymfadenopathie.*

C heeft op 9 april 2015 de anamnese afgenomen en lichamelijk onderzoek uitgevoerd en heeft aanvullend onderzoek aangevraagd. Zij noteerde als conclusie en beleid:

*65 jarige RIP links apicaal*

*B/lab, CT-geleide punctie, BSDM, PET op korte termijn.*

Op 14 april 2015 werden de CT-geleide punctie en de CT- en PET-scan uitgevoerd.

Op

20 april 2015 besprak longarts D de uitslagen van de onderzoeken gedaan op 14 april 2015. De uitslag van de CT-geleide punctie was niet representatief (*histologisch uitsluitend dwarsgestreept spierweefsel*). De uitslag van de PET-scan luidde blijkens de conclusie in het verslag van de radioloog als volgt:

*Er wordt vergeleken met de CT-thorax van 08-04-2015. Voor maligniteit verdachte afwijking in de linker bovenkwab, mogelijk doorgroeiend in de thoraxwand. Geen aanwijzingen voor lymfekliermetastasen. Multiple kleine intra pulmonale afwijkingen zonder verhoogd metabolisme echter het volume is waarschijnlijk te klein voor detectie middels PET. Voorstel stadiering: iT3NOMO-M1a, stadium II dan wel stadium IV.*

Klager is nog die dag toegevoegd aan de lijst van de te bespreken patiënten tijdens het multidisciplinair overleg (MDO) van 21 april 2015. Verweerder was hierbij aanwezig.

Een longverpleegkundige noteerde in de decursus: *Beleid/advies MDO longoncologie:T3NOMO of M1. Voorstel: operatief verwijderen*. De volgende dag noteerde een andere chirurg dat er sprake was van mogelijke ingroei in de pleura parietalis/thoraxwand, dat bij de cVATS lobectomie metaalclips achtergelaten zouden worden en voor PA dat een tweede tumor in de LBK aanwezig was.

Op 30 april 2015 kwam klager op poliklinisch consult bij verweerder. Verweerder noteerde: *operatieprocedure, complicaties en evt conversie met patiënt besproken. OK gepland op 12-5 in (...)*. Klager ontving een brochure van het ziekenhuis waarin verschillende longchirurgische ingrepen en onderzoeksmogelijkheden, waaronder een vriescoupe tijdens de operatie, werden beschreven. De ingreep werd verricht op 12 mei 2015 door verweerder als hoofdoperateur samen met longchirurg G. Na de operatie is verweerder niet meer betrokken geweest bij de behandeling van klager omdat verweerder werkzaam is op een andere locatie.

Van 12 mei tot 23 mei 2015 was klager opgenomen op de afdeling chirurgie. Klager kreeg in die periode te horen dat uit pathologisch onderzoek was gebleken dat er geen sprake was geweest van een maligne tumor. Post-operatief was hij benauwd en had baat bij vernevelen. Ook was er sprake van een pneumonie waarvoor klager antibiotica kreeg. Voor persisterende hypoxemie en dyspnoe werd door de longarts is middels een bronchoscopie een slijmprop weggezogen waarna het beeld verbeterde en klager kon worden ontslagen. In maart 2016 bleek dat er bij klager sprake was van een zogenaamde zwanenhals.

Op 17 mei 2016 is de casus met de Raad van Bestuur besproken. De Raad van Bestuur heeft besloten een onderzoek te starten, waarvan op 18 juli 2016 een onderzoeksrapport is verschenen. Aanbevolen werd de aanmeldprocedure MDO strikt te volgen en de patiënteninformatiebrochure duidelijker te formuleren. Tevens is een melding gedaan bij de IGZ (thans IGJ). Deze melding is bij brief van 12 oktober 2016 afgerond. De IGZ concludeert in deze brief dat de gebeurtenis door het ziekenhuis zorgvuldig is onderzocht en dat er voldoende maatregelen zijn getroffen. De IGZ zag geen aanleiding om verder onderzoek te doen. Op verzoek van klager is een second opinion gevraagd aan een longarts in een universitair medisch centrum. Diens rapportage van 15 augustus 2016 bevatte geen bedenkingen met betrekking tot de aan klager verleende zorg, behoudens door hem gesignaleerde (door klager en diens echtgenote ervaren) communicatieproblemen met de thans aangeklaagde artsen.

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerder - zakelijk weergegeven - het volgende:

- 1) verweerder heeft de toevoegingen aan het MDO van een NSCLC en tweede tumor door zijn collega zonder voorbehoud overgenomen.
- 2) verweerder heeft klager voorafgaand aan de ingreep onjuist en onvolledig geïnformeerd. Hij heeft gezegd dat het om een maligniteit ging die operatief verwijderd moest worden. Het recht op keuzemogelijkheden is klager daardoor onthouden. Aan klager is niet expliciet gevraagd of hij akkoord ging met de operatie. Bij een waarschijnlijkheidsdiagnose had klager zijn toestemming niet gegeven.
- 3) verweerder heeft de huisarts van klager in de brief van 30 april 2015 onjuist en onvolledig geïnformeerd doordat de conclusie CT-longpunctie geen maligniteit ontbreekt.

- 4) voorafgaand aan de operatie heeft geen bronchoscopie plaatsgevonden. Achteraf is gezegd dat de perifere tumor in de top van de long zat en niet te bereiken was met bronchoscopie. Dit is informatie achteraf en is nergens geregistreerd.
- 5) verweerder heeft niet overwogen om tijdens de operatie een vriescoupe uit te voeren of mogelijk te maken. Hiermee zijn de richtlijnen niet nageleefd.

#### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert - zakelijk weergegeven - het volgende aan.

Met betrekking tot het eerste klachtonderdeel merkt verweerder op dat de toevoeging op het advies van het MDO ziet op een dossieraantekening van een collega. Primair stelt verweerder dat klager niet-ontvankelijk dient te worden verklaard voor dit klachtonderdeel. Subsidiair is dit klachtonderdeel ongegrond. Er bestond voor verweerder geen aanleiding om over deze aantekening met zijn collega in gesprek te gaan nu deze aantekening dient als reminder voor zijn collega.

Op 30 april 2015 heeft verweerder uitgebreid met klager gesproken. Hij heeft verteld dat er zeer veel rekening mee gehouden moest worden dat sprake was van een maligniteit. Omdat een lobectomie de enige verantwoorde behandeling was heeft verweerder klager uitvoerig geïnformeerd over de lobectomie, de risico's en de mogelijke complicaties, zoals blijkt het uit AO-formulier. Klager verwijt verweerder dat niet expliciet is gevraagd of hij akkoord ging met de operatie. Deze toestemming kan ook impliciet of stilzwijgend plaatsvinden. Klager heeft na uitgebreide uitleg op geen enkel moment aangegeven niet met de operatie in te stemmen. Verweerder mocht dus uitgaan van zijn instemming.

Verweerder stelt dat de uitslag van de CT-geleide longpunctie reeds door de longarts in haar brief aan de huisarts was vermeld. Daarom hoefde verweerder dit niet nogmaals aan de huisarts te laten weten.

Het is aan de longarts om te beoordelen of preoperatief een bronchoscopie moet plaatsvinden. Deze beoordeling wordt niet door de longarts gemaakt en dit verwijt aan verweerder kan daarom niet slagen. Verweerder is van mening dat hem niet kan worden verweten dat hij niet heeft overwogen tijdens de operatie een vriescoupe uit te voeren dan wel mogelijk te maken. Omdat de perifere tumor uitlopende sprietten richting het midden van de long had, zou bij het uitvoeren van een wigresectie spill van de tumorcellen zijn veroorzaakt. Dit zou de kans op metastasen vergroten. Gelet op deze risico's was een vriescoupe niet mogelijk. Om die reden is dit dan ook niet met klager besproken.

#### 5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

##### 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.

## 5.2

Het college neemt de door de deskundigen ter zitting gegeven antwoorden op de (mede door klager voorgestelde) vragen over en baseert zijn oordeel mede op deze beantwoording. De deskundigen waren het alleen niet geheel eens over de vraag of van het MDO toereikend verslag was gedaan. Van der Borne miste daarin de vraagstelling en de discussie voorafgaand aan de conclusie, Rödel beoordeelde de vermelding van enkel de conclusie als gebruikelijk. Het college is van oordeel dat een uitgebreider verslag de voorkeur verdient maar dat verweerder, nu een korte verslaglegging zoals hier niet ongebruikelijk is, niet het tuchtrechtelijk verwijt treft dat hij deze wijze van verslaglegging heeft geaccepteerd.

## 5.3

Hiervan uitgaande is het college, evenals de deskundigen, van oordeel dat verweerder niet heeft gehandeld in strijd met hetgeen van hem als redelijk bekwaam beroepsgenoot verwacht mocht worden. Aangezien hij zelf bij het MDO aanwezig is geweest, moet het voor verweerder duidelijk zijn geweest dat de toevoeging van zijn collega aan de conclusie van het MDO een geheugensteun voor zichzelf was waaraan, bij gebreke van een op een maligniteit positieve punctie, niet die stelligheid kan worden toegedicht die klager veronderstelt. Het college acht de notitie van verweerder met betrekking tot het informed consent weliswaar summier, maar voldoende. Bekend is dat bij patiënten, zeker als het gaat om een levensbedreigende situatie, lang niet alles in detail bekijft van hetgeen bij hen besproken is. Voorts acht het college het voorstelbaar dat verweerder, zeker nu men mocht menen dat met een spoedige ingreep klager het leven kon worden gered, niet al te zeer de nadruk heeft gelegd op het feit dat de maligniteit nog niet volledig was bevestigd. Al met al dwingt de enkele ontkenning door klager niet tot de conclusie dat verweerder klager onvolledig heeft geïnformeerd. Het college wijst er overigens op dat klager zelf benadrukt dat hij een aios voorafgaand aan de operatie heeft gevraagd of gestopt zou worden als uit vriescoupeonderzoek zou blijken dat de tumor niet kwaadaardig was, hetgeen toch niet zou hoeven als klager, zoals hij zegt, te horen zou hebben gekregen dat de diagnose vaststond. Er zijn geen formele vereisten voor de toestemming voor een behandeling en die kan, en zal vaak, zijn af te leiden uit het gedrag van patiënt – zoals hier het ondergaan van de operatie waaraan overigens nog een preoperatief consult vooraf is gegaan. Het college acht het invoelbaar dat klager onthutst is dat een lobectomie is uitgevoerd terwijl later bleek dat er geen sprake was van een maligniteit, maar dat leidt zoals de deskundigen hebben uitgelegd niet tot de conclusie dat de beslissing daartoe onzorgvuldig is genomen. Het uitvoeren van de operatie zonder positieve PA-uitslag was verantwoord op grond van het beeldmateriaal en de anamnese (leeftijd 65 jaar, meer dan 50 jaar gerookt, klachten, ongewild gewichtsverlies van 12 kg). Een tweede negatieve punctie, met de substantiële kans dat deze weer vals-negatief zou kunnen zijn, zou geen verandering in het beleid hebben gebracht. Bovendien was de kans op een succesvolle diagnostische bronchoscopie erg klein gezien de perifere locatie van de tumor en ook een negatieve bronchoscopie zou de indicatie voor een lobectomie niet veranderd hebben. Verweerder heeft het gelijk aan zijn zijde als hij stelt dat een wigresectie met een vriescoupe vanwege de vorm van de tumor met uitlopers naar de hilus niet verantwoord was. Hij is niet verantwoordelijk te houden voor wat een aios al dan niet daarover gezegd heeft. Wat betreft de klacht van klager inzake de dossiervorming merkt het college tot slot het volgende op. In algemene zin is wel voorstelbaar dat klager ontevreden is over de dossiervorming. Daar waar een

duidelijk en compleet dossier, zeker in een complexe organisatie als een ziekenhuis met veel zorgverleners vanuit meerdere disciplines, in de eerste plaats van groot belang is voor de continuïteit van de geleverde zorg en voorts voor de beoordeling achteraf van de kwaliteit daarvan, moet in deze zaak geconcludeerd worden dat de dossiervoering voor verbetering vatbaar is. Verweerders hebben aangegeven zich dit aan te trekken en in elk geval in dat opzicht heeft de klacht geleid tot datgene waarvoor het tuchtrecht primair is bedoeld: verbetering van de gezondheidszorg. Verweerder treft in dit opzicht echter in het geheel geen verwijt.

## 5.5

De slotconclusie uit het voorgaande is dat de klacht moet worden afgewezen.

## 6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gegeven door A.L. Smit, voorzitter, A.A.A.M. Schreuder, lid-jurist, G.J.M. Akkersdijk en P.J. Wahab en J.A. Grotenhuis, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van K.M. Dijkman, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 7 januari 2019 door A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

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 van de volksgezondheid, wie de aanleggenheid uit hoofde van de hun 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 Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.

