

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2023/5522

A2023/5522

Beslissing van 30 januari 2024

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing van 30 januari 2024 op de klacht van:

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

tegen

D,
gynaecoloog,
werkzaam te E,
verweerder, hierna ook: de gynaecoloog,
gemachtigde: mr. M.S.E. van Beurden, werkzaam te Zoetermeer.

1. De zaak in het kort

1.1 Bij klaagster, een vrouw van 60 jaar, is in 2016 de baarmoeder operatief verwijderd. De ingreep begint als kijkoperatie, maar vanwege opgetreden bloeding bij de introductie van de trocar wordt het een open buikoperatie. De bloeding wordt gestopt en de ingreep is succesvol, maar kort na de operatie krijgt klaagster last van darmproblemen die in ernst toenemen en uiteindelijk leiden tot arbeidsongeschiktheid en het aanbrengen van een stoma.

1.2 Klaagster is van opvatting dat deze problemen zijn veroorzaakt door een verkeerd uitgevoerde operatie door de gynaecoloog. Meer in het bijzonder verwijt ze de gynaecoloog dat, tegen afspraken in, de kijkbuis onjuist en op de verkeerde plek is aangebracht, waarna schade is ontstaan aan de aorta waardoor (uiteindelijk) de genoemde darmproblemen zijn veroorzaakt.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat de klacht ongegrond is. Hierna licht het college dat toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 31 maart 2023;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 7 september 2023 gehouden mondelinge vooronderzoek;
- de brief van (de gemachtigde van) klagster van 8 september 2023 met bijlagen;
- de brief van (de gemachtigde van) klagster van 25 september 2023 met bijlage, en;
- de brief van (de gemachtigde van) verweerder van 25 oktober 2023.

2.2 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 19 december 2023. De partijen, vergezeld van hun gemachtigden, zijn verschenen. De partijen en hun gemachtigden hebben hun standpunten mondeling toegelicht, en de daarbij voorgelezen pleitnotities aan het college en de wederpartij overhandigd.

3. De feiten

3.1 Klagster, een vrouw van 60 jaar die voorheen werkzaam was als verpleegkundige op een ambulance, is vanaf 2015 onder behandeling bij de afdeling gynaecologie van het F te E (hierna: het ziekenhuis). In maart 2016 wordt besloten tot het operatief verwijderen van de baarmoeder.

3.2 De operatie vindt plaats op 20 april 2016 en wordt uitgevoerd door de gynaecoloog, geassisteerd door een arts in opleiding tot gynaecoloog (hierna: de AIOS). De ingreep vindt bij aanvang laparoscopisch plaats (een kijkoperatie) en begint met het inbrengen van CO₂ in de buikholte via een verresnaald (om ruimte te creëren voor de feitelijke ingreep). Vervolgens wordt getracht een trocar in te brengen, een holle buis van plm 10 mm doorsnede die gebruikt zal worden voor het inbrengen van instrumenten. In eerste instantie is het aan de AIOS om de trocar in te brengen, beide pogingen daartoe mislukken. Vervolgens neemt de gynaecoloog het over en hem lukt het de trocar in te brengen, zij het met de nodige moeite. Vanwege de weerstand van het (stugge) bindweefsel moet zodanige kracht worden gebruikt dat de trocar doorschiet en – naar later blijkt - een doorschietletsel veroorzaakt.

3.3 Het inbrengen van de trocar geschiedt 'blind' hetgeen wil zeggen dat de trocar door de buikwand wordt geduwd zonder dat er zicht is op de punt van de trocar, en volgens mededeling van de gynaecoloog met een stevige draai en druk beweging en vrijwel loodrecht. Plaats van inbreng is in de midline, vlak boven de navel.

3.4 Na het inbrengen van de trocar wordt de kijkbuis ingebracht en een bloeding geconstateerd in de buikholte ter hoogte van de aorta. Daarop wordt onmiddellijk overgegaan tot een laparotomie (een open buikoperatie). Een chirurg en een vaatchirurg worden gebeld om mee te opereren, maar na tamponneren wordt geen actieve bloeding waargenomen. De voorgenomen ingreep wordt uitgevoerd, de baarmoeder wordt verwijderd, maar aansluitend vult de buik zich opnieuw met bloed. De vaatchirurg wordt er nogmaals bij geroepen, hij constateert een defect in de aorta, het defect wordt gesloten waarna de bloeding stopt. Hierna wordt de operatie beëindigd.

3.5 Klagster verblijft van 20 tot en met 22 april 2020 op de IC ter observatie, waarna ze naar de klinische verpleegafdeling gaat en op 28 april 2020 naar huis wordt ontslagen.

3.6 In de daaropvolgende maanden en jaren houdt klaagster (in toenemende mate) last van aanhoudende darmklachten: trage darmpassage en verstoorde coördinatie van de defecatie. Zij bezoekt diverse specialisten en ondergaat verschillende behandelingen, zonder het gewenste resultaat, waarna uiteindelijk elders een stoma wordt aangebracht. Het stoma levert weer nieuwe klachten op, tot op heden, en in verband daarmee heeft klaagster haar werkzaamheden noodgedwongen moeten beëindigen.

4. De klacht en de reactie van de gynaecoloog

4.1 Volgens klaagster heeft de gynaecoloog onzorgvuldig gehandeld door de trocar op de verkeerde plaats (boven de navel in plaats van net onder de navel) en op de verkeerde wijze (loodrecht) aan te brengen waardoor de trocar is doorgeschoten en de achterliggende aorta heeft geraakt waardoor ernstige (darm)problemen zijn ontstaan. Meer in het bijzonder verwijt klaagster de gynaecoloog dat hij (samengevat):

- a) zich niet heeft gehouden aan de richtlijnen;
- b) de behandeling onzorgvuldig en/of onjuist heeft uitgevoerd;
- c) klaagster vooraf niet of te beperkt heeft geïnformeerd;
- d) risico's heeft gelopen bij het inbrengen van de trocar waardoor schade is ontstaan, en:
- e) geen postoperatieve zorg heeft verleend.

Dit verwijt is nader uitgewerkt in dertien klachtonderdelen waarvan tijdens het mondeling vooronderzoek de onderdelen 3, 9, 10 en 13 zijn ingetrokken.

4.2 Bij brief van 25 september 2023 heeft (de gemachtigde van) klaagster de klacht uitgebreid met een tweetal (deels nieuwe) klachtonderdelen, die zien op (het ontbreken van) informed consent over de daadwerkelijke operateurs en de te hanteren operatietechniek. Deze uitbreiding van de klacht is later ingebracht en wordt (met instemming van verweerder ter zitting) om redenen van proceseconomie tevens behandeld in deze uitspraak.

4.3 De gynaecoloog heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren.

4.4 Het college gaat hieronder verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

De criteria voor de beoordeling

5.1 De vraag is of de gynaecoloog de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende gynaecoloog. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Dat een zorgverlener beter anders had kunnen handelen is niet altijd genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen.

5.2 Het college merkt vooraf op dat klaagster na de operatie darmklachten heeft gekregen, die zij vóór de operatie niet had. Tot op heden heeft zij ernstige klachten, die er onder meer toe hebben geleid dat zij (vanwege arbeidsongeschiktheid) haar baan is verloren. Zij ondervindt ernstige problemen, waar geen oplossing voor te vinden is. Het college begrijpt dat klaagster het ontstaan van deze problemen relateert aan de ingreep door de gynaecoloog, en dat daar de klacht (in de verschillende

onderdelen) uit voort komt. Echter, dit verwijt kan het college niet volgen. De problemen zijn ernstig met grote gevolgen (zowel medisch als sociaal/economisch) voor klaagster. Maar van een verband met het (verwijtbaar) handelen van de gynaecoloog (laat staan, van een causaal verband) is het college niet gebleken.

Klachtonderdeel a) zich niet gehouden aan de richtlijnen

5.3 Klaagster wijst in dit verband op de gebrekkige schriftelijke vastlegging van de operatie (klachtonderdelen met nummer 5). Haar gemachtigde somt een groot aantal verzuimen op (p. 7 van het klaagschrift) en concludeert dat het verslag niet aan de geldende richtlijnen voldoet. De gynaecoloog somt op uit welke onderdelen zijn rapportage bestaat (p. 13 van het verweerschrift) en concludeert dat dit wel degelijk voldoet aan de geldende richtlijnen.

5.4 Het college heeft kennis genomen van het operatieverslag en is van oordeel dat dit voldoet aan de geldende normen, waarbij ook de uitgevoerde inspectie en hechtprocedure van de vaatchirurg is inbegrepen. De door de gemachtigde opgesomde gebreken zoals positionering, aantal pogingen om de trocar in te brengen, en mogelijke schade van darmen zijn weliswaar niet vermeld in het operatieverslag maar vermelding is alleen van belang als dit duidelijk afwijkend is van de standaardprocedure.

5.5 De enkele omstandigheid dat de gynaecoloog zich bij het voorlopig getuigenverhoor op 8 december 2021 niet meer goed kan herinneren wie het verslag opgemaakt heeft (hijzelf, dan wel de AOIS in concept waarna de gynaecoloog het heeft gecorrigeerd en afgerond) leidt niet tot een ander oordeel. Het tijdsverloop vanaf de operatie op 20 april 2016 tot het verweer is zodanig lang, dat dit de gynaecoloog niet aangerekend kan worden – nog daargelaten dat beide varianten kunnen leiden tot een deugdelijk verslag.

5.6 Indien en voor zover klaagster de gynaecoloog verwijt dat uit het verslag niet blijkt dat de darmproblemen zijn ontstaan als gevolg van de ingreep, valt dat de gynaecoloog evenmin te verwijten. Bedoelde darmproblemen openbaarden zich pas op een later moment. Gesteld noch gebleken is dat de gynaecoloog zich op dat moment al bewust was of moet zijn geweest van mogelijk darmschade en/of schade aan zenuwweefsel rond de aorta waardoor darmproblemen konden of zijn ontstaan.

5.7 Het verwijt dat de plaats van incisie (waar de trocar zou worden ingebracht) niet is gemarkeerd, treft geen doel. Een dergelijke markering is niet aan de orde, nu links/rechts verwisseling niet mogelijk is, en ook overigens niet gebruikelijk is bij deze ingreep.

5.8 Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel c) klaagster vooraf niet of te beperkt heeft geïnformeerd

5.9 Klaagster wijst in dit verband op de gebrekkige voorlichtingsfolder en vastleggingen van het voorlichtingsgesprek, en het zonder (voorafgaand) overleg afwijken van het operatieplan (klachtonderdelen met nummers 1 en 2 en de aanvulling van de klacht bij brief van 25 september 2023). Het college zal, vanwege de chronologie, dit klachtonderdeel eerst behandelen.

5.10 De gynaecoloog heeft het preoperatieve gesprek met klaagster niet zelf gevoerd, dit is gedaan zijn collega dr. G die de hoofdbehandelaar was. Alsdan valt de

gynaecoloog hierover geen (zelfstandig) verwijt te maken. Overigens wijst de gynaecoloog er op dat tijdens dit gesprek op 8 maart 2016 klaagster is geïnformeerd over mogelijke risico's, waaronder het (zeer incidenteel) optreden van darmletsel. Ook in de informatiefolder van het ziekenhuis (bijlage 5 bij het klaagschrift) wordt (in meer algemene termen) het risico op complicaties besproken. Overigens is niet gebleken van een, bij of door de operatie opgetreden, darmletsel. De oorzaak voor de door klaagster ervaren darmproblemen is tot op heden nog niet vastgesteld.

5.11 Klaagster verwijt de gynaecoloog verder dat zij niet vooraf is geïnformeerd over het uitvoeren van de operatie door de gynaecoloog samen met een AIOS, in plaats van door de gynaecoloog samen met zijn collega G (zie ook het proces-verbaal van het mondeling vooronderzoek, p. 4 tweede alinea). Echter, de gestelde afspraak of toezegging dat de operatie zou worden uitgevoerd door G en de gynaecoloog, is niet terug te vinden in het dossier. Dat de operatie uiteindelijk is uitgevoerd door de gynaecoloog met assistentie van de AIOS (die op dat moment al zes jaar werkzaam was in het ziekenhuis, in het laatste jaar van haar opleiding was, en daarmee voldoende ervaren) is gebruikelijk in een opleidingsziekenhuis. De gynaecoloog heeft onweersproken gesteld dat alleen in uitzonderlijke gevallen (waar hier geen sprake van was) de operatie wordt uitgevoerd door twee ervaren gynaecologen. De hoofdbehandelaar heeft voorts klaagster geïnformeerd dat de voorgestelde opererend gynaecoloog meer ervaren was in laparoscopische chirurgie.

5.12 Ook verwijt klaagster de gynaecoloog dat hij zonder overleg is afgeweken van het operatieplan, meer in het bijzonder dat de trocar vlak boven de navel is ingebracht in plaats van net er onder. Klaagster verwijst in dit verband terecht naar de informatiefolder van het ziekenhuis (bijlage 5 bij het klaagschrift) waarin wordt vermeld dat de trocar wordt ingebracht: '*Via een sneetje net onder de navel*'. Voor de keuze, gemaakt tijdens de operatie, om hiervan af te wijken, verwijst het college naar de bespreking van het volgende klachtonderdeel. Klaagster was toen al onder narcose, zodat dit niet aan haar voorgelegd kon worden.

5.13 Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdelen b en d) de behandeling onzorgvuldig en/of onjuist heeft uitgevoerd

5.14 Klaagster wijst in dit verband op het onnodig aanvaarden van het risico op een Major Vascular Injury (MVI), mede door een onjuiste positionering en het onjuist inbrengen van de trocar (klachtonderdeel met nummer 6). Het college ziet aanleiding om deze klachtonderdelen b en d (vanwege de onderlinge samenhang) gelijktijdig te behandelen.

5.15 De gynaecoloog heeft, nadat hij het van de AIOS heeft overgenomen, de trocar ingebracht. Vanwege de weerstand van het bindweefsel in de buikwand moest hij daarbij extra kracht gebruiken en is de trocar doorgesloten. Echter, het verwijt dat hij de trocar onder de verkeerde hoek (loodrecht) en zonder open incisie en op de verkeerde plaats (net boven de navel in plaats van er net onder) heeft aangebracht terwijl op dat moment de druk in de buik mogelijk was gedaald, treft geen doel. Wat betreft de plaats van inbrengen heeft de gynaecoloog (in samenspraak met de AIOS, en anders dan beschreven in de informatiefolder) bij aanvang van de operatie vanwege de vrij korte afstand van navel tot symfyse (alsnog) besloten tot een inbreng net boven de navel. Dat is een keuze die aan de operateur is, gedurende een operatie en afhankelijk van de omstandigheden op dat moment, en bezwaarlijk (vooraf) met de

patiënt overlegd kan worden. Van deze keuze kan niet worden gezegd dat een andere keuze niet mogelijk was geweest, maar zeker niet dat deze keuze daarmee fout was. Overigens heeft de gynaecoloog, mede naar aanleiding van deze ingreep, zijn procedure gewijzigd in die zin dat hij zich de open procedure van de introductie van de trocar heeft aangeleerd. De gehanteerde 'blinde procedure' waarbij na insteken van een verresnaald er CO₂ wordt ingebracht alvorens de eerste trocar blind te plaatsen, is niettemin een veel gebruikte en veilige methode. De nagestreefde druk in de buik is 12 mm Hg. De kracht die gezet moet worden om de trocar in te brengen hangt af van de weerstand van huid en het bindweefsel (fascie), en deze hangt weer af van de stugheid van het bindweefsel. De hoek van het plaatsen van de trocar is schuin naar onderen, tussen de 45 en 90 graden ten opzichte van de buikwand.

5.16 Deze klachtonderdelen zijn ongegrond.

Klachtonderdeel e) geen postoperatieve zorg heeft verleend

5.17 Klaagster wijst in dit verband op het te lang doorgaan met het toedienen van opiaten, het niet inbrengen van een maaghevel, het niet melden bij de IGJ en/of een interne vastlegging, onduidelijke berichtgevingen na de ingreep, en het negeren van duidelijke klachten van klaagster over een darmobstructie (klachtonderdelen met nummers (respectievelijk) 7, 8, 4, 12 en 11).

5.18 Klaagster meent dat ten onrechte de vijf dagen volgend op de operatie opiaten (als pijnstilling) zijn toegediend. Deze medicatie beperken de darmactiviteit met het risico op blijvende schade.

5.19 Dit verwijt treft geen doel. Allereerst omdat in de eerste 24 uur de anesthesist verantwoordelijk is voor de pijnbestrijding bij deze (in de regel, pijnlijke) ingreep. Vervolgens is het de verantwoordelijkheid voor de zaalarts en de superviserende gynaecoloog om deze medicatie al dan niet te continueren. Omdat er in de eerste week na de ingreep veel pijn was (passend bij een recente buikoperatie) en er geen indicatie was voor beperkte darmperistaltiek of aanwijzingen voor een ileus, is de medicatie voortgezet.

5.20 Klaagster is van opvatting dat de gynaecoloog heeft verzuimd om (preventief) een maaghevel in te brengen. Het college volgt de gynaecoloog in zijn verweer dat het standaard, preventief inbrengen van een maaghevel (tegenwoordig) ongebruikelijk is en veel nadelen heeft. In samenspraak met de anesthesist heeft de gynaecoloog besloten om ook niet achteraf een maagsonde in te brengen, omdat daar geen dan wel onvoldoende aanleiding voor was. Het college kan de gynaecoloog volgen in deze afweging en keuze.

5.21 Klaagster verwijt de gynaecoloog dat de complicatie niet als calamiteit is gemeld bij de IGJ en/of als medisch incident en/of niet in een complicatieregistratie is opgenomen dan wel in een complicatiebespreking is ingebracht.

5.22 Met de gynaecoloog is het college van oordeel dat hier sprake is van een complicatie die adequaat is behandeld, en niet als een calamiteit (die als zodanig gemeld moet worden) – nog daargelaten dat het aan de instelling en dus niet aan de gynaecoloog is om een dergelijke melding te doen. Veeleer is er sprake van een adequate reactie op een complicatie (genoemde bloeding). Hetzelfde geldt voor de door klaagster genoemde MIP-melding, nu er geen sprake was van een incident

waarbij schade is ontstaan. Een MIP/VIM was weliswaar denkbaar (met als doel om er van te leren, in de zin van door analyseren (systeem)fouten binnen de organisatie opsporen en verhelpen) maar de keuze om daar niet toe over te gaan is niet (tuchtrechtelijk) verwijtbaar. Anders dan klaagster stelt of vermoedt is de complicatie wel degelijk genoteerd in het patiëntendossier (zij het, misschien minder zichtbaar) en intern besproken. Dat er in de periode na de operatie (in ernst toenemende) darmklachten zijn ontstaan, die naar mag worden aangenomen verband houden met de ingreep, is onvoldoende voor een calamiteitenmelding of MIP-melding. De oorzaak voor deze darmproblemen is tot op heden nog niet vastgesteld, een directe relatie en/of causaal verband tussen de klachten en (onderdelen van) de ingreep is niet vast te stellen. Dat de oorzaak nog altijd onduidelijk is, is teleurstellend en belastend voor klaagster, maar op zichzelf genomen onvoldoende om de gynaecoloog dienaangaande een verwijt te maken.

5.23 Klaagster verwijt de gynaecoloog dat zijn berichtgeving niet correct is: de eerste berichtgeving na de operatie is veel te laat verzonden en bevat onjuistheden, het tweede bericht na de heropname ontbreekt in het geheel.

5.24 Zoals de gynaecoloog stelt is de huisarts wel tijdig geïnformeerd over de IC-opname. De verzending van de ontslagbrief is vanwege (ICT-)technische problemen, mede als gevolg van het invoeren van een elektronisch patiëntendossier, ernstig vertraagd. Vooropgesteld: een veel te late berichtgeving is onwenselijk en moet vermeden worden. Het college is het echter met de gynaecoloog eens dat hem daarvoor geen persoonlijk verwijt valt te maken. Hij was van de vertraging niet op de hoogte, en de technische problemen zijn niet zijn verantwoordelijkheid. Wat betreft de gestelde fouten in brief (inzake het aantal Packed cells) stelt het college vast dat de gynaecoloog niet betrokken is geweest bij (het opstellen dan wel verzenden van) de ontslagbrief na heropname – nog daargelaten dat bedoelde (schrijf)fout geen (bij welke zorgverlener dan ook) tuchtrechtelijk verwijtbare fout oplevert.

5.25 Klaagster stelt dat zij op 28 april 2016 te vroeg is ontslagen – om kort daarna met spoed weer opgenomen te moeten worden. Daarna is zij op 5 mei 2016 wederom (tegen haar wil) te vroeg ontslagen. De door haar gemelde darmklachten zijn niet of onvoldoende serieus genomen.

5.26 Deze klacht treft de gynaecoloog niet, hij is niet betrokken geweest bij haar ontslag -nog daargelaten dat klaagster zelf instemde met ontslag en voorts een ontslag tegen de wens van een patiënt (als daar al sprake van zou zijn geweest) alleen een tuchtrechtelijk verwijtbare gedraging oplevert (van welke zorgverlener dan ook) als dat leidt tot een vooraf in te schatten onveilige situatie, hetgeen hier niet het geval was.

5.27 Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Slotsom

5.28 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat de klacht op alle onderdelen ongegrond is. Hetgeen overigens nog is aangevoerd, door klaagster en of haar gemachtigde, leidt niet tot een ander oordeel.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht op alle onderdelen ongegrond.

Deze beslissing is gegeven op 30 januari 2024 door A.M.J.G. van Amsterdam, voorzitter, L.W.M. Creemers, lid-jurist, G.L. Bremer, P.F. Boekkooi en M.J.E. Mourits, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door B.J. Dekker, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 30 januari 2024.