



NIET -
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/
AFGEWEZEN

Ziekenhuis gebruikt opnames niet netjes

In vrij korte tijd krijgen drie patiënten van een ervaren gastro-enterologisch chirurg ernstige complicaties. Twee van hen overlijden, bij een derde staat buiten kijf dat de operateur een fout heeft gemaakt. In het ziekenhuis waar hij werkt, worden operaties standaard met video opgenomen.

Het ziekenhuis laat de video's van de operaties waarna complicaties optraden, beoordelen door twee chirurgen uit een ander centrum. Anoniem. Die komen tot een vernietigend oordeel: het lijkt wel of hier een beginner aan het werk was. Je zult het maar te horen krijgen, als ervaren chirurg. De Inspectie

voor de Gezondheidszorg (IGZ), die de opnames blijkbaar ook gewoon kreeg opgestuurd door het ziekenhuis, neemt het oordeel van de anonieme deskundigen over, en legt de zaken voor aan het regionaal tuchtcollege (RTG). Dat oordeelt dat de chirurg inderdaad verwijtbare fouten heeft gemaakt in één casus, en geeft hem een berisping. Dat zijn operatietechniek onvoldoende zou zijn, zoals de IGZ zegt, kan het RTG niet concluderen. De tuchtrechter is terecht niet te spreken over hoe de IGZ en het ziekenhuis omgingen met de video-opnames. Alleen de ingrepen bekijken waarbij

iets misging, ook nog eens zonder te weten wat er verder in de operatiekamer gebeurde, geeft geen eerlijk beeld. En deze door anonieme anderen laten bekijken, schept ook bepaald geen vertrouwen. Als je opnames maakt – en daar valt veel voor te zeggen – zorg dan vooraf voor duidelijke spelregels. En zorg dat degenen die figuren in de beelden het daarmee eens zijn.

Sophie Broersen, arts/journalist
Sjaak Nouwt, jurist KNMG

Deze week publiceert de KNMG 'Opnemen van gesprekken door patiënten', een handreiking voor artsen (zie blz. 18 en 42).

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Amsterdam d.d. 18 april 2017 (ingekort door redactie Medisch Contact)

Beslissing naar aanleiding van de op 29 juli 2016 binnengekomen klacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, (...), tegen A, chirurg, (...).

01

De procedure (...)

02

De feiten

2.1 Verweerder is werkzaam geweest als algemeen chirurg in ziekenhuisgroep D (verder: het ziekenhuis). Hij maakt deel uit van het deelcluster GE (gastro-enterologische)-chirurgie en is in 2013 als zodanig geregistreerd en gecertificeerd. Verweerder verrichtte ongeveer vijftig laparoscopische galblaasoperaties en zeventig tot tachtig laparoscopische navel- en littekenbreuken

per jaar. Verweerder heeft sinds 14 mei 2014 geen werkzaamheden meer verricht als arts/chirurg wegens ziekteverlof. Als gevolg van ziekte van verweerder gedurende één jaar zijn het maatschapscontract en de toelatingsovereenkomst met het ziekenhuis ontbonden.

2.2 De IGZ heeft drie meldingen over verweerder ontvangen, naar aanleiding waarvan ze een onderzoek heeft ingesteld. (...) Op verzoek van de raad van bestuur van het ziekenhuis is door een calamiteitencommissie een onderzoek inzake de drie meldingen verricht, resulterend in een rapport per melding d.d. 23 oktober 2014, die bij het klaagschrift zijn overgelegd (productie 6a, 6b, 6c).

2.3 De eerste melding is afkomstig van mevrouw E geboren in 1988. Zij was wegens symptomatisch galsteenlijden verwezen naar de polikliniek chirurgie van het ziekenhuis. Op 10 januari 2014 heeft verweerder bij E een laparoscopische cholecystectomie uitgevoerd. Volgens het operatieverslag verliep de ingreep ongecompliceerd. De galblaas bleek fors ontstoken. Na de operatie had E veel pijn en bewegingsdrang en was regelmatige pijnstilling noodzakelijk. E is de volgende dag om 13.15 uur uit het ziekenhuis ontslagen. Zij is de dag erna, op 12 januari 2014, wegens

toenemende pijnklachten gezien op de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis en is, na overleg met verweerder die dienst had, ter observatie opgenomen.

2.4 Verweerder was vanaf 13 januari 2014 op vakantie. Hij heeft E vanaf zijn vakantieadres in het epd gevolgd. In de decursus heeft verweerder geschreven: *‘Veel sneller actie nodig!!!! Pt. Is verdacht voor gallekkage of andere complicatie van cholecystectomie inclusief letsel (...)’*.

2.5 Na onderzoek bleek op 15 januari 2014 sprake van iatrogeen galwegletsel van de ductus choledochus (hoofdgang) met gal-lekkage. Er bestond geen verbinding meer tussen het proximale en distale deel van de ductus choledochus, waardoor gal in de buikholte is gelekt. E is overgedragen aan een ander ziekenhuis voor re-operatie. Daarbij bleek dat niet alle clips op de ductus cysticus waren geplaatst; de onderste clip is op de choledochus terechtgekomen. Meerdere operaties zijn gevolgd met een lange opname- en herstelperiode. Op 28 maart 2014 is de behandeling van E beëindigd. Zij is goed hersteld.

2.6 Na zijn vakantie is verweerder over de complicatie bij E geïnformeerd. Verweerder heeft op 21 februari 2014 bij de raad van bestuur melding gemaakt van een potentiële calamiteit. Op 5 maart 2014 heeft verweerder met E over de complicatie gesproken. Verweerder heeft een tekening getoond met een hapje uit de hoofdgang en noteerde over dat gesprek in het medisch dossier: *‘Uitleg over informed consent, operatie (volgens mij “probleemloos verlopen”, begrijpen moeilijk dat zo iets mogelijk is...), letsel en postop. beloop. Herkenning van complicatie en mogelijk chir. fout duidelijk gegeven. Ook info dat deze complicatie NIET PER SE “chirurgische fout” betekent (...) Na veel vragen, antwoord op alle vragen dat ik kon geven werd gegeven. Info dat OK-film bestaat. Info over mogelijkheden ontevredenheid/klacht te presenteren: van klachtencommissie via schadeclaim t/m tuchtcollege. Na goede gesprek geen extra-vragen. Toch met beter gevoel naar huis. Voor alle nieuwe vragen mag altijd retour.’*

2.7 De tweede melding is op 13 mei 2014 gedaan door het ziekenhuis en betreft de zorgverlening aan de heer F, geboren in 1939. F had een belaste medische voorgeschiedenis en was onder meer bekend met chronische lymfatische leukemie, atriumfibrillatie met een licht verminderde ventrikelfunctie, een geringe aortaklepstenose en mitralisklepinsufficiëntie. In december 2013 had patiënt een biliaire cholangitis doorgemaakt, gepaard gaande met ernstige sepsis. (...)

2.8 Op 18 april 2014 heeft verweerder bij F een laparoscopische cholecystectomie verricht. (...)

2.9 De calamiteitencommissie van het ziekenhuis is tot de conclusie gekomen dat bij F sprake was van een gecompliceerd ziektebeloop. Als gevolg van een doorgemaakte ontsteking was sprake van een lastigere dan gemiddelde laparoscopische cholecystectomie. De galblaas bleek erg verbakken met omliggende structuren en was lastig vrij te prepareren. Diverse factoren in combinatie met elkaar hebben bijgedragen tot de verslechtering van de conditie van patiënt, wat uiteindelijk heeft geresulteerd in een groot myocardinfarct dat patiënt fataal is geworden. Dat een causaal verband bestaat tussen de wijze van opereren en de ontstane nabloeding, heeft de commissie niet kunnen vaststellen.

2.10 Melding 3 is afkomstig van het ziekenhuis en betreft de zorgverlening aan mevrouw G, geboren in 1930. Patiënte had in maart 2014 een acute galblaasontsteking doorgemaakt, vermoedelijk veroorzaakt door galstenen, waarvoor een galdrain was ingebracht. G gebruikte daarna bloedverdunnende middelen. Door de mdl-arts werd patiënte naar verweerder verwezen voor een laparoscopische cholecystectomie, die op 7 mei 2014 heeft plaatsgevonden. De operatie verliep moeizaam, vanwege vele verklevingen. De galblaas en galdrain zijn verwijderd. Het postoperatieve herstel van G verliep moeizaam. Op 9 mei 2014 is een CT-scan gemaakt, waaruit veel vrij vocht en lucht in de buik bleek. Patiënte werd verdacht van een abdominale sepsis. Bij re-operatie werd een gallekkage met infectie vastgesteld, waarvoor drains zijn ingebracht en een stent is geplaatst. Postoperatief herstelde patiënte niet. G is op 10 mei 2014 in het ziekenhuis overleden als gevolg van multiorgaanfalen door abdominale sepsis, veroorzaakt door geïnfecteerd gal in de buikholte als gevolg van gallekkage ontstaan bij de operatie, aldus de calamiteitencommissie.

2.11 In het ziekenhuis worden video-opnames gemaakt van alle laparoscopische operaties. Deze opnames zijn door het ziekenhuis gebruikt bij het interne onderzoek naar de drie meldingen. Twee gastro-intestinaal en oncologisch chirurgen uit een universitair medisch centrum hebben anoniem aan de hand van de beelden de technische uitvoering van de drie operaties beoordeeld. Samengevat is daarover het volgende gerapporteerd: *Melding 1, operatie E*

Deskundige 1: *‘Al van vrij vroeg in de operatie is het evident dat de operateur niet op de goede plaats zit, dicht bij de galblaas, maar iets te ver richting de choledochus(...)’* Deskundige 2: *‘Niet de goede techniek, gebruikt in combinatie met de matige handvaardigheid en niet herkennen ongebruikelijke zaken (...)’*

Deskundige 2 geeft de volgende beoordeling van het handelen door verweerder tijdens de operatie: *‘Gaat onhandig, lijkt niet herkend te worden, peritoneum wordt niet op de juiste plek geopend, niet*

netjes op de galblaas geprepareerd, dus CBD blijkbaar niet herkend, ruwe beweging waarmee bloeding ontstaat, slechte techniek, lompe en ruwe dissectie.'

Deskundigen zijn van mening dat de door verweerder gebezigde operatietechniek, ondanks jarenlange ervaring, wat ruwer is en minder secuur dan ze zelf gewend zijn. Dit geeft hen de indruk van 'onervarenheid'.

Melding 2, operatie F

De deskundigen hebben de operatie als volgt beoordeeld:

'De gebezigde techniek en volgorde van handelingen is conform de huidige inzichten. Er zijn geen "gevaarlijke" technische handelingen gezien. Uit de soms wat haperende voortgang en enkele momenten van korte "besluiteloosheid" lijkt er een chirurg aan het werk met weinig laparoscopische ervaring. Wat verder opvalt is dat deze chirurg wat ruwer met de weefsels omgaat dan de gemiddelde chirurg. Op een bepaald moment ontstaat een scheurtje in het leverkapsel door een minder gecontroleerde beweging met een instrument.'

Melding 3, operatie G

De deskundigen hebben over de operatie geoordeeld:

'De gebezigde techniek en de volgorde van handelingen is globaal conform de huidige inzichten. Er zijn geen "gevaarlijke" technische handelingen gezien. Uit de soms wat haperende voortgang en enkele momenten van korte "besluiteloosheid" lijkt er een chirurg aan het werk met weinig laparoscopische ervaring. Wat verder opvalt is dat deze chirurg wat ruwer met de weefsels omgaat dan de gemiddelde chirurg. Bij het clippen van de arterie is de beweging schokkerig, met afscheuren van weefsel tot gevolg. Dit resulteerde niet in een bloeding.'

03

De klacht en het standpunt van IGZ

(...) IGZ verwijt verweerder dat:

1. zijn operatievaardigheden niet voldoen aan wat redelijkerwijs van een chirurg mag worden verwacht (de professionele standaard);
2. hij bij de operatie van E – melding 1 – niet de juiste operatietechniek heeft gehanteerd (operatieroute en werkwijze waarvoor hij in plaats van de ductus cysticus de ductus choledochus heeft doorgesneden) en gebruikelijke aanwijzingen (bloeding en gallekkage) niet heeft herkend;
3. hij na de operatie van E onvoldoende transparantie heeft geboden. Verweerder heeft gezegd dat sprake was van een 'hapje uit de galgang, maar dat dit niet per se betekende dat hij een chirurgische fout had gemaakt'. Hij heeft verzwegen dat hij abusievelijk de galgang had doorgenomen.

04

Het standpunt van verweerder

Verweerder erkent bij de operatie van mevrouw E fouten te hebben gemaakt, de verkeerde route te hebben genomen en dat zijn interpretatie van de anatomie niet goed is geweest. Voor het overige heeft verweerder de klacht bestreden.

Verweerder betreurt het dat op deze manier een einde komt aan zijn carrière nu hij altijd zijn best heeft gedaan. Hij wil niet meer als arts/chirurg aan het werk en voelt zich publiekelijk aan de schandpaal genageld.

05

De beoordeling

(...)

5.2 Met de klacht onder 1 ligt de vraag voor of de operatietechniek van verweerder ten aanzien van de drie meldingen al dan niet voldoet aan de professionele standaard. IGZ stelt, onder verwijzing naar de rapportage over de drie operaties, dat de door verweerder gehanteerde operatietechniek niet voldoet aan wat je van een chirurg mag verwachten. Het college is van oordeel dat dit niet kan worden vastgesteld ten aanzien van de meldingen 2 en 3. De overgelegde rapportage biedt daarvoor geen serieuze grondslag nu daarin over de beide operaties is genoteerd: *'De gebezigde techniek en volgorde van handelingen is conform de huidige inzichten. Er zijn geen "gevaarlijke" technische handelingen gezien.'*

Ook de deskundige C heeft ter zitting verklaard dat de techniek van verweerder binnen de bandbreedte valt, zij het aan de onderkant, van wat op grond van de professionele standaard van een chirurg mag worden verwacht. De leden-chirurgen van het college hebben de video-opnames van de operatie bekeken en kunnen zich vinden in wat door C ter zitting is verklaard. Opmerkelijk is dat bij het onderzoek door IGZ uitsluitend de beelden van de drie operaties zijn betrokken. Ook meent het college dat het moeilijk blijft om uitsluitend op grond van beelden van de operatie een oordeel te vellen, zonder te weten wat er nog meer in de operatiekamer gebeurt. De analyse van de uitkomsten van verweerdere laparoscopische cholecystectomieën over de jaren 2009-2014, die deel uitmaakte van de rapportage van de calamiteitencommissie, laat complicatiepercentages zien conform de literatuur, zodat ook op grond van deze cijfers mag worden geconcludeerd dat verweerder heeft gehandeld binnen de bandbreedte van wat van een redelijk bekwaam beroepsbeoefenaar mag worden verwacht. Al met al kan naar het oordeel van het college niet worden vastgesteld dat de operatietechniek van verweerder (meer) risico's voor de patiëntveiligheid geeft dan in het algemeen van een chirurg wordt verwacht, zoals IGZ stelt. Tevens is het in zijn algemeenheid ongewenst dat de deskundigen in de rapportage anoniem worden vermeld. Op die wijze kan niet worden getoetst of en in hoeverre sprake is van 'deskundigheid'.

5.3 Wat de klacht onder 2, de operatie van mevrouw E, betreft heeft verweerder van meet af aan erkend dat hij niet de goede operatieplaats heeft uitgekozen en een onjuiste werkwijze en operatieroute heeft toegepast. Verweerder heeft aanwijzingen voor het verkeerde vlak niet herkend, zoals herhaaldelijke gallekkage en bloeding. Het afprepareren van het peritoneum gebeurde niet op de galblaaswand. Het college stelt vast dat niet is gewerkt volgens de principes van het verkrijgen van een *critical*

view of safety zoals vastgelegd in de best practice: de techniek van de laparoscopische cholecystectomie (*critical view of safety*). De klacht onder 2 zal dan ook gegrond worden verklaard. (...)

5.5 Het college is van oordeel dat de patiënt er recht op heeft om te weten wat er is gebeurd. (...) Dat verweerder daarin tuchtrechtelijk verwijtbaar is tekortgeschoten, kan het college niet vaststellen. Uit wat verweerder daarover in het medisch dossier heeft genoteerd en ter zitting heeft verklaard blijkt dat hij de patiënt uitgebreid heeft gesproken, heeft erkend dat sprake was van een chirurgische fout en heeft gewezen op de mogelijkheden om kennis te nemen van de video-opnames en de mogelijkheden om te klagen over zijn handelen. Niet uit te sluiten is dat verweerder er naar zijn zeggen op heeft willen wijzen dat er een verschil is tussen een medische (kunst)fout en aansprakelijkheid c.q. recht op schadevergoeding. Naar verweerder heeft verklaard had hij voor het gesprek van een collega begrepen dat de wand van de galgang was beschadigd (hapje uit de galgang). Pas later is hem duidelijk geworden dat de gehele galgang per abuis was doorgeknipt. De klacht onder 3 zal het college als ongegrond afwijzen. (...)

5.7 De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend. Verweerder heeft bij de operatie van mevrouw E de techniek voor de laparoscopische cholecystectomie onjuist toegepast en heeft de principes van *critical view of safety* (CVS) genegeerd. Aldus is sprake van laakbaar en verwijtbaar handelen door verweerder, waarmee oplegging van de maatregel van berisping op zijn plaats is. (...)

06

De beslissing

Het college

- verklaart de klacht onder 2 gegrond;
- verklaart de klacht onder 1 en 3 ongegrond;
- legt op de maatregel van berisping; (...)

Aldus beslist door mr. A.A.A.M. Schreuder, voorzitter, dr. J.W.D. de Waard, dr. B. van Ramshorst en dr. G.A. Hoffland, leden-artsen, mr. A. van Maanen, lid-jurist, bijgestaan door mr. J.M. Sodderland-Elzas, secretaris, en in het openbaar uitgesproken ter zitting van 18 april 2017 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris. ■

web

De volledige tekst van deze uitspraak staat op medischcontact.nl/tuchtrecht. Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

Voor meer uitspraken zie tuchtrecht.nl.

OPVALLENDE UITSPRAKEN

● Verslaglegging orthopedisch chirurg ontoereikend

Een orthopedisch chirurg wordt verweten klaagster onvolledig te hebben geïnformeerd over de risico's voorafgaande aan de operatie (een operatie aan de heup in verband met een artrose op basis van dysplasie van de rechterheup, waarna de zenuw van klaagster beschadigd leek), onvoldoende medische verslaglegging en onvoldoende nazorg.

Het regionaal tuchtcollege verklaart het klachtonderdeel over de medische verslaglegging gegrond en legt de orthopedisch chirurg een waarschuwing op. In het medisch dossier van klaagster ontbreken een medische decursus, de instructies aan de neuroloog, de radioloog en de fysiotherapeut, de MRI-scan en het operatieverslag van de operatie. Hierdoor valt niet meer te reconstrueren door wie wat is gedaan en wanneer. Dit valt aan de orthopedisch chirurg te verwijten. Hij had, als hoofdbehandelaar, minimaal in zijn eigen dossier moeten aantekenen wat hij met andere zorgverleners heeft besproken.

RTG Amsterdam, 10 oktober 2017

● Huisarts geeft onvoldoende uitleg over palliatieve sedatie

Een huisarts wordt verweten dat hij de injectie morfine en Dormicum ten behoeve van de palliatieve sedatie zonder overleg met patiënte en zonder overleg met of informatie aan haar familie heeft toegediend. In zijn verweerschrift en ter zitting heeft de huisarts aangegeven hierin tekort te zijn geschoten. De huisarts heeft tegen patiënte en de familie gezegd dat hij haar een injectie zou geven om in slaap te komen, maar heeft toen geen duidelijke uitleg gegeven van wat de injectie bevatte en wat de mogelijke gevolgen van het toedienen van de injectie zouden zijn. Als communicatie met patiënte niet meer mogelijk was, had verweerder in elk geval uitleg aan de familie moeten geven en moeten nagaan of de familie begreep welke stappen verweerder wilde zetten. Het Regionaal Tuchtcollege Den Haag verklaart het klachtonderdeel gegrond en legt de huisarts een waarschuwing op.

RTG Den Haag, 10 oktober 2017

Elke week selecteren KNMG-juristen opvallende uitspraken in het gezondheidsrecht. Een volledig overzicht kunt u vinden op medischcontact.nl/recht. Tegen uitspraken van regionale tuchtcolleges kan tot zes weken na de uitspraak nog hoger beroep worden aangekend.

