

# uitspraak tuchtcollege

## Fouten bij galblaasverwijdering

Als een arts afwijkt van een standaardmethode moet hij dat goed kunnen motiveren. Zo ook bij een in principe voor een algemeen chirurg routinematige laparoscopische cholecystectomie. Daarbij hoort de operateur – volgens de Critical View of Safety – de anatomische structuren als ductus cysticus en arteria cystica te identificeren alvorens deze onherroepelijk door te nemen.

Dat deed de aangeklaagde chirurg in onderstaande zaak niet. Hij doorsneed de ductus choledochus, met alle gevolgen van dien. Aansluitend voerde hij – na conversie – zelf de hersteloperatie uit, terwijl hij zich als algemeen chirurg zonder specifieke kennis van de galwegen had moeten afvragen of hij daarvoor wel voldoende bekwaam was. Hij had rustig de tijd kunnen nemen om de hulp in te roepen van een in dit soort operaties gespecialiseerde chirurg.

Het regionaal tuchtcollege legde de chirurg een waarschuwing op. Protocollen zijn er doorgaans voor de veiligheid van patiënt én dokter.

Ben Crul, arts  
mr. Paul Rijkse

**Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Amsterdam d.d. 12 april 2011**

*(ingekort door redactie MC)*

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 26 april 2010 binnengekomen klacht van A, wonende te B, klagster, gemachtigde mr. M.F. Hartman, advocaat te Amsterdam tegen C, chirurg, werkzaam te B, verweerder, gemachtigde mr. N. Prak, advocaat in Amsterdam.

### **1. Het verloop van de procedure** (...)

#### **2. De feiten**

Op grond van de stukken kan van het volgende worden uitgegaan.

2.1 Klagster, geboren op 25 augustus 1977, heeft zich op de avond van vrijdag 12 april 2008 met buikpijnklachten gemeld op de spoedeisende hulp van D in B.

2.2 Zij werd daar onder andere gezien door de MDL-arts E. Zij constateerde ten aanzien van de buik van klagster het navolgende: 'slank, soepel, normale peristaltiek, wisselden tympanie, bovenbuik iets diffuse druk pijnlijk, geen loslaatpijn, geen geprikkelde buik'.

2.3 Op grond van deze waarnemingen stelde E als opnamediagnose geprikkelde pancreas en besloot tot opname ter observatie.

2.4 Op 14 april 2008 noteerde arts-assistent F in de status dat de pijn minder was, geen koorts en verbeterde laboratoriumwaarden ten opzichte van 13 april 2008. Voorts werd in de status genoteerd: 'overleg chirurgie, cholecystectomie?' Dat overleg heeft plaatsgevonden en in de status is nog opgenomen: 'chirurgie: lap.chol vrijdag 18/4'.

2.5 Op 15 april 2008 noteerde F in de status dat uitgebreid met klagster is gesproken over haar operatie op vrijdag 18 april. Haar werd verteld dat de operatie laparoscopisch zou plaatsvinden.

2.6 In de middag van 18 april 2008 heeft verweerder klagster geopereerd. In het operatieverslag is onder meer het navolgende opgenomen: 'Vervolgens inbrengen van 12 mm trocar. Inspectie van de buik: geen letsels te zien veel uitgezette dunne darm. Vervolgens een tweede 12 mm trocar hoog mediaan en een 5 mm trocar rechts in de flank. Onder de lever wordt snel een slanke galblaas

gevonden zonder adhesies en met een slank ligament. Het ligament kan vlot worden uitgeprepareerd, inmonding van de ductus cysticus die in de choledochus wordt gezien en na het los prepareren van de ductus cysticus wordt deze geclipt met drie clips, een aan de galblaaszijde en twee aan de choledochuszijde waar tussen deze worden doorgeknipt. Enkele andere structuren worden diathermisch doorgenomen waarna de arterie a vue komt. Deze worden met drie clips verzorgd en doorgenomen. Hierna kan vlot de galblaas met diathermiehaakjes uit het leverbed worden verwijderd.

De galblaas wordt even boven op de lever gelegd. Inspectie van het leverbed weinig bloeden maar er wordt nog wat gal gezien.

Het leverbed wordt aan nadere inspectie onderworpen en uiteindelijk zien we gal komen uit een open ronde structuur. Omdat we niet weten of we hier te maken hebben met een aberrante galgang of misschien toch doorgenomen ductus choledochus wordt besloten een cholangiogram te maken. Via een kinder folly katheder die via de trocar kan worden ingebracht en met de opblaasballon in de opening kan worden gelegd, wordt contrast gespoten en met doorlichting kan worden gekeken. We zien een fraaie afbeelding van de interhepatische galwegen en nergens afvloed richting darm. De conclusie is dat we toch de ductus choledochus hebben doorgenomen. Besloten wordt om te converteren. Verwijderen van het materiaal. Hierna subcostale incisie waarbij de kleine trocar opening wordt meegenomen. Vervolgens diathermisch door de spieren en openen van de buik. Uiteindelijk wordt de incisie naar mediaal toe verlengd waarbij ook de bovenste trocaropening wordt meegenomen. Inmiddels is collega G ter assistentie aan tafel gekomen. De buik wordt geïnspecteerd.'

2.7 Verweerder heeft via H aansprakelijkheid erkend voor het ductus choledochusletsel ontstaan bij de ingreep op 18 april 2008.

### 3. De klacht en het standpunt van klagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat:

a. sprake was van een te lange operatie;

b. niet is gewezen op de risico's van de operatie en slecht is gecommuniceerd;

c. geen alternatief is aangeboden;

d. de operatie is uitgevoerd door een daartoe onbekwaam persoon;

e. bij de operatie verkeerde structuren zijn doorgenomen.

### 4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht in zijn verschillende onderdelen en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

### 5. De overwegingen van het college

5.1 Het college zal allereerst de klachtonderdelen d. en e. gezamenlijk behandelen.

Naar het oordeel van het college was verweerder bevoegd en bekwaam om de operatie waarbij de galblaas werd verwijderd uit te voeren. Een dergelijke ingreep valt binnen de scope van het werk van een algemeen chirurg. Daarbij is het wel zaak dat de in het operatiegebied liggende structuren die bij deze operatie van bijzonder belang zijn, namelijk de ductus cysticus en de arteria cystica, onmiskenbaar zijn geïdentificeerd alvorens tot doornemen wordt besloten.

Het college is de mening toegedaan dat verweerder het tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt dat hij dat in dit geval in onvoldoende mate heeft gedaan. Niet is gebleken waarom verweerder is afgeweken van de in deze te hanteren standaardmethode. Het toepassen van de zogenaamde Critical View of Safety (CVS) was in 2008 een reeds door de beroepsgroep aanbevolen en in brede zin geaccepteerde en gehanteerde methodiek om de expositie van de belangrijke anatomische structuren te bevorderen en de veiligheid van de operatie te waarborgen.

Verweerder valt voorts aan te rekenen dat hij, toen tijdens de operatie was gebleken dat hij de verkeerde structuur had doorgenomen, geen contact heeft gezocht met een in dit soort operaties gespecialiseerde chirurg of centrum. Bij het accidentele galwegletsel is het van het grootste belang dat de schade voor patiënt zoveel mogelijk beperkt wordt. Als niet specifiek in de galwegchirurgie geschoold algemeen chirurg had het derhalve in de rede gelegen dat verweerder zich terstond geïnfor-

## /selectie\_van\_de\_inspectie

### Woordbreuk over toegezegde operateur

**Zaaknummer :** RTC Amsterdam 08/256, uitspraak 24 augustus 2010

**Specialisme :** cardiothoracaal chirurg

**Uitspraak :** waarschuwing

**Klager :** nabestaanden van patiënte

**Relevantie volgens de inspectie:** Als expliciet is afgesproken dat de chirurg zelf de operatie uitvoert, moet dat ook gebeuren. De patiënt niet vertellen dat het grootste deel van de operatie, onder jouw supervisie weliswaar, zal worden uitgevoerd door een ander, is verwijtbaar. Je kunt dus op een waarschuwing rekenen als je niet zegt wat je gaat doen en niet doet wat je hebt gezegd.

**Feiten:** Patiënte is in verband met een symptomatische hypertrofische obstructieve cardiomyopathie op 22 september in het ziekenhuis opgenomen voor een Morrowprocedure met resectie van septaal spierweefsel. De operatie stond gepland op 25 september, maar werd op verzoek van patiënte uitgesteld tot 27 september, omdat zij graag door de arts geopereerd wilde worden en deze op 25 september was verhinderd. Op de avond voor de operatie heeft de collega-arts aan patiënte verteld dat de arts zou opereren met assistentie van de collega-arts. De operatie is uiteindelijk, in ieder geval gedeeltelijk, door de collega-arts verricht. De arts heeft aangegeven dat hij in het kader van zijn vertrek naar een ander ziekenhuis de collega-arts in de gelegenheid had gesteld om nog meer ervaring op te doen met deze operatietechniek, en dat de operatie volledig onder zijn supervisie is uitgevoerd.

**Overwegingen tuchtcollege:** De collega-arts heeft de avond voor de operatie aan patiënte bevestigd dat de arts haar zou opereren. Dit maakte dat patiënte ervan mocht uitgaan dat dit ook zou gebeuren. Zij had er geen rekening mee hoeven houden dat de arts alleen de kernoperatie, te weten het weghalen van overtollig myocardweefsel, zou verrichten. Van de arts had mogen worden verwacht dat hij als supervisor van de collega-arts aan patiënte zou laten uitleggen dat de operatie in teamverband zou worden verricht en dat de arts hoogstens een gedeelte van de operatie op zich zou nemen.



De inspectie selecteert en becommentarieert elke week een ongepubliceerde tuchtzaak. Zie voor alle feiten, het volledige commentaar van de Inspectie én de overwegingen van het tuchtcollege:



[www.medischcontact.nl/selectie\\_van\\_de\\_inspectie](http://www.medischcontact.nl/selectie_van_de_inspectie)

meer had over de therapeutische mogelijkheden en met name de aard en de timing van een hersteloperatie. Een dergelijk overleg zou verweerder de mogelijkheid hebben gegeven te overwegen of hij in deze omstandigheid voldoende bekwaam en bevoegd was een hersteloperatie uit te voeren. Daarvoor had hij – zonder de gezondheid van klaagster verder in gevaar te brengen – de tijd kunnen nemen. Hiermede kan niet gezegd worden dat indien overleg had plaatsgevonden en afhankelijk van de uitkomst daarvan, het beloop bij patiënte meer of minder gunstig zou zijn geweest.

5.2 Ten aanzien van het klachtonderdeel c. neemt het college het standpunt in dat de indicatiestelling en het voornemen en het verrichten van de operatie, gegeven de gezondheidstoestand van klaagster en haar medische voorgeschiedenis in dit opzicht daterend uit 2007, juist zijn te achten. Verweerder is daarvan geen verwijt te maken.

5.3 Het college zal de klachtonderdelen a. en b. gezamenlijk behandelen, omdat die zich daarvoor lenen. Naar het oordeel van het college kan niet gezegd worden dat de opname voorafgaand aan de ingreep te lang heeft geduurd, gegeven het feit dat het verrichten van een operatie geïndiceerd was en er ook ruimte moest zijn in het operatieprogramma. Nu de verklaringen verschillen over de vraag of verweerder nog tijdig met klaagster heeft gesproken voorafgaand aan de operatie en daarbij nog inlichtingen heeft verschaft, is de precieze gang van zaken daaromtrent thans niet meer vast te stellen. Het klachtonderdeel moet daarop stranden.

5.4 Het voorgaande betekent dat verweerder met name een verwijt kan worden gemaakt van de wijze waarop hij de op zich noodzakelijk ingreep heeft verricht. De gevolgen daarvan zijn voor klaagster ernstig en zullen, naar het zich laat aanzien, blijvend van invloed zijn op haar bestaan.

De conclusie van het voorgaande is dan dat de klacht deels gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens klaagster had behoren te betrachten. De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend. Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekendgemaakt.

#### 6. De beslissing

Het regionaal tuchtcollege:

- waarschuwt verweerder.

Bepaalt voorts dat die beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus gewezen op 15 februari 2011 door mr. F.G. Bauduin, voorzitter, dr. mr. P.H.M.T. Olde Kalter, dr. B. van Ramshorst en dr. R.R. F. Kuiters, leden-arts, mr. W.A.H. Melissen, lid-jurist, mr. S.S. van Gijn, als secretaris, en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 12 april 2011 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.



Log in en discussieer mee of bekijk eerdere uitspraken op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl)

# veldwerk

## Huiselijk geweld

In een van mijn bedrijven werken veel vrouwen. Dat heeft zijn eigen dynamiek. Op dit moment beleven we een hausse van huiselijk geweld. Niet van het geweld zelf, dat is van alle tijden, maar van de coming-out. Het taboe is eraf en het ene verhaal roept het volgende op. De collegiale verhoudingen knappen op, door de opluchting en de collegiale steun. Tenminste, in eerste instantie. Daarna wordt het ongemakkelijk. Slachtoffers hebben moeite om zichzelf te begrenzen in het vragen van aandacht en faciliteiten.

Het aanvankelijke begrip slaat om in irritatie. De slachtofferkenmerken, die het geweld in stand houden, blijken hardnekkig: afhankelijkheid, vermindering, twijfelzucht. En het liegen. In de mist die slachtoffers kunnen scheppen, wordt de bedrijfsarts om raad gevraagd. Is ziekteverlof nog reëel? Is de therapie adequaat? Is die man wel écht weg? De bedrijfsarts betreedt het terrein van de filosofie. Als het liegen gediagnosticeerd is (therapeuten worden ten tonele gevoerd, die noch op internet, noch in de telefoongids te vinden zijn), komt de vraag naar de verantwoordelijkheid. Is zij ziek, zwak of slecht? Ziekte is omgeven met voorrechten (waaronder betaald verlof), omdat de eigen verantwoordelijkheid nihil wordt beschouwd ('Hier heb ik niet om gevraagd'). Door gedrag van het etiket ziekte te voorzien (het voorrecht van de bedrijfsarts), wordt ingegrepen in het veld van verantwoordelijkheden en voorrechten. Liegen is geen ziekte. Pseudologica fantastica wel. Als de medisch ethici voldoende hebben nagedacht over het begin en het einde van het leven, is dit misschien een onderwerp. Bedrijfsartsen kunnen wel wat hulp gebruiken.

Eveline Knibbeler,  
bedrijfsarts

/veldwerk