

## **REGIONAAL TUCHTCOLLEGE**

Beslissing in de zaak onder nummer van: G2010/06

**Rep. nr. G2010/06**

17 mei 2011

### **REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE GRONINGEN**

Het College heeft het volgende overwogen en beslist over de op 19 januari 2010 binnengekomen klacht van:

**A**,  
wonende te B,  
klaagster,  
advocaat: mw. mr. R.Th. Bocxe,

tegen

**C**,  
wonende te D,  
chirurg,  
verweerder, hierna mede te noemen: de arts,  
BIG reg. nr.,  
advocaat: mw. mr. T.A.M. van den Ende.

#### **1. Verloop van de procedure**

Het College heeft kennisgenomen van het dossier, waarin zich onder meer bevinden:

- het klaagschrift van 18 januari 2010, ingekomen op 19 januari 2010, met als bijlagen: het medisch dossier; het door medisch adviseur D van E ingewonnen deskundigenbericht van 3 augustus 2007 van F en G van bureau 'H' te I; een door klaagster opgesteld overzicht rondom de opname in J vanaf 29 maart 2006 tot en met 13 april 2006; de medische informatie van de opname in K vanaf 13 april 2006 tot en met 9 mei 2006 en de controles nadien; en het door medisch adviseur L van aansprakelijkheidsverzekeraar M van het J ingewonnen deskundigenbericht van 17 februari 2009 van N verbonden aan het O;
- het verweerschrift van 29 april 2010, ingekomen op dezelfde dag;

- de repliek van 22 juni 2010, ingekomen op 23 juni 2010, met als bijlage een verklaring van de echtgenoot van klaagster van 21 juni 2010;
- de dupliek van 22 juli 2010, ingekomen op dezelfde dag, met als bijlage een brief van 29 juli 2008 van P van de aansprakelijkheidsverzekeraar M van J en de Richtlijn van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde voor de behandeling van galwegletsel;
- een van verweerder op 3 maart 2011 ingekomen artikel van Neri e.a., 'Antegrade Dissection in Laparoscopic Cholecystectomy', *JSLs* 2007 (11), p. 225-228;
- het integrale medische dossier alsmede de verslaglegging van de radiologische en pathologische diagnostiek.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden gelegenheid in een mondeling vooronderzoek te worden gehoord.

De klacht is behandeld ter openbare terechtzitting van het College van 22 maart 2011, waar zijn verschenen:

- klaagster, bijgestaan door mw. mr. R.Th. Bocxe,
  - de arts, bijgestaan door mw. mr. T.A.M. van den Ende.
- mr. van den Ende heeft het standpunt van verweerder naar voren gebracht aan de hand van pleitaantekeningen, die aan het Tuchtcollege zijn overgelegd.

## 2. Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van de klacht gaat het College uit van de volgende feiten, die tussen partijen als niet of onvoldoende betwist vaststaan.

### 2.1

Verweerder is als algemeen chirurg sinds 2002 werkzaam in J te Q.

### 2.2

Op 9 maart 2006 stelt verweerder, na verwijzing door de huisarts, bij klaagster op basis van klachten en echografische bevindingen de diagnose symptomatische cholelithiasis (galstenen) en de indicatie voor een laparoscopische cholecystectomie (galblaasverwijdering via een 'kijkbuisoperatie'), die vervolgens op 29 maart 2006 wordt verricht. Bij de operatie blijkt de galblaas pral gespannen en bij aspiratie (wegzuigen) pussige inhoud te bevatten. Wegens forse vergroeiingen en onduidelijke anatomische verhoudingen ter plaatse van de galblaashilus wordt een antegrade benadering gekozen en de galblaas aan de basis afgebonden door middel van een endoloop (lushechting) met een clip op de knoop van de endoloop. De galblaas wordt vervolgens distaal van de endoloop doorgenomen (gekliefd) en verwijderd. Aansluitend op de operatie ontstaan peritoneale prikkelingsverschijnselen en hoge koorts ten gevolge van gallekkage. Op 31 maart 2006 wordt via een endoscopische retrograde cholangiopancreatografie (ERCP) gallekkage geconstateerd ter plaatse van de ductus cysticus stomp, een stent geplaatst en antibiotica gestart (Tazocin). Klaagster wordt aansluitend overgeplaatst naar de intensive care vanwege de sepsis (ontstekingsreactie van het gehele lichaam op een infectie) ten gevolge van de gallige peritonitis (ontsteking in de buikholte ten gevolge van gal) en vanaf 1 april 2006 beademd. Op 7 april 2006 wordt vanwege de aanhoudende sepsis een laparotomie (operatie waarbij de buik geopend wordt via een incisie in de buikwand) verricht waarbij een deel van het colon (dikke darm) wegens ernstige circulatiestoornissen wordt verwijderd en een ileostoma (opening van de dunne darm in de

buikwand) wordt aangelegd, tevens wordt een ovarium verwijderd. De antibiotische behandeling wordt uitgebreid (Diflucan toegevoegd aan de Tazocin). Wegens de aanhoudende sepsis gecompliceerd door effecten op het centraal zenuwstelsel (septische encephalopathie) wordt klaagster op 13 april 2006 overgeplaatst naar het K. In het K wordt op 13 april 2006 een relaparotomie (heroperatie waarbij de buik wederom wordt geopend) verricht waarna uiteindelijk op 9 mei 2006 klaagster ontslagen wordt uit het ziekenhuis en een langdurige revalidatie volgt.

### 3. De klacht

De oorspronkelijke klacht bestaat uit een zestal samenhangende onderdelen die -zakelijk weergegeven- betrekking hebben op het onzorgvuldig handelen van verweerder bij de operatie op 29 maart 2006 en bij de nadien gevolgde behandeling.

#### 3.1

In het eerste klachtonderdeel verwijt klaagster dat verweerder onzorgvuldig heeft gehandeld bij het uitvoeren van de operatie op 29 maart 2006 waardoor de gallekkage is ontstaan. Bij repliek voert klaagster nog aan dat verweerder in het preoperatieve gesprek heeft meegedeeld dat indien een beter overzicht van het operatiegebied nodig zou zijn de laparoscopie geconverteerd zou worden naar een open procedure (laparotomie). Nu bij klaagster sprake was van een onduidelijke anatomie ter hoogte van de galblaas-hilus had verweerder deze conversie moeten doorvoeren althans overwegen.

#### 3.2

In het tweede klachtonderdeel wordt het verwijt gemaakt dat verweerder na de ingreep op 31 maart 2006 (het plaatsen van de stent via ERCP) ten onrechte een expectatief beleid heeft gevoerd en dat in plaats daarvan tot drainage besloten had moeten worden. Verweerder heeft aldus klaagster door dit afwachtende beleid verzuimd de peritonitis te behandelen.

#### 3.3

In het derde klachtonderdeel verwijt klaagster dat door zowel het onzorgvuldig handelen van verweerder op 29 als op 31 maart 2006 alle verdere verwikkelingen en complicaties zijn opgetreden.

#### 3.4

In het vierde klachtonderdeel wordt het verwijt gemaakt dat de door verweerder uitgevoerde drainage suboptimaal is geweest. Behalve niet tijdig (klachtonderdeel twee) zou de drainage ook niet op de juiste wijze zijn uitgevoerd.

#### 3.5

In het vijfde klachtonderdeel verwijt klaagster dat verweerder haar niet heeft geïnformeerd over het feit dat bij de operatie op 7 april 2006 een ovarium is verwijderd.

#### 3.6

In het zesde klachtonderdeel wordt het verwijt gemaakt dat verweerder na de overplaatsing naar het K geen nazorg heeft geleverd.

### 4. Het verweer

Verweerder heeft de klachtonderdelen één tot en met vier en klachtonderdeel zes gemotiveerd bestreden. Met betrekking tot klachtonderdeel vijf erkent verweerder dat hij

klaagster eerder had moeten informeren over het verwijderen van een ovarium. Dit levert echter naar verweerders mening geen tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen op.

Verweerder stelt zorgvuldig te hebben gehandeld en de galblaas op adequate wijze en lege artis (op de gebruikelijke medische wijze) te hebben verwijderd. De oorzaak van de gallekkage moet zijn ontstaan door het loslaten van de afsluitende endoloop en/of clip en dit betreft naar verweerders mening een niet vermijdbare en niet verwijtbare complicatie (klachtonderdeel één).

Als reden voor het voeren van een expectatief beleid na 31 maart 2006 voert verweerder aan dat het te risicovol was om op dat moment opnieuw te opereren in verband met onduidelijke anatomie in de buikholte door de ontstekingsverschijnselen, gecombineerd met beperkt vocht bij echografisch onderzoek en dat het beleid is om eerst het effect van antibiotica af te wachten (klachtonderdeel twee).

Verweerder betwist dat de gallekkage en de als gevolg daarvan ontstane peritonitis niet lege artis zou zijn behandeld en dat van de alle nadien opgetreden complicaties hem in redelijkheid geen verwijt kan worden gemaakt, mede omdat het zeer zeldzame complicaties betreffen (klachtonderdeel drie en vier).

Verweerder erkent dat hij het verwijderen van een ovarium in eerste instantie verzuimd heeft mee te delen en betreurt dat dit pas later is gebeurd (klachtonderdeel vijf).

Verweerder stelt er geen idee van gehad te hebben dat er allerlei vragen en onvrede leefden bij klaagster. Als dat wel het geval was geweest, dan was dat zeker aanleiding geweest voor het opnemen van contact. Met de overplaatsing naar het K was klaagster aan zijn zicht onttrokken en het is dan niet gebruikelijk, aldus verweerder, om nog contact op te nemen (klachtonderdeel zes).

## 5. Beoordeling van de klacht

Naar aanleiding van de stukken en het verhandelde ter zitting overweegt het College als volgt.

### 5.1

Het College zal aan de hand van de onder 3. genoemde klachtonderdelen beoordelen of de arts terzake van de behandeling van klaagster een tuchtrechtelijk verwijt moet worden gemaakt. Daarbij wordt vooropgesteld dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen gaat om het geven van een antwoord op de vraag of de arts 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 door klaagster klachtwaardig geachte handelen en met wat toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

### 5.2

Eerste klachtonderdeel.

Vaststaat dat tijdens de operatie op 29 maart 2006 de anatomische verhoudingen ter plaatse van de galblaas-hilus zodanig onduidelijk zijn ten gevolge van een cholecystitis (galblaasontsteking) dat een identificatie van de ductus en arteria cystica niet goed mogelijk is en dit gegeven een verhoogd risico vormt voor complicaties van chirurgische aard. Ook het pussige aspiraats van de galblaas, wijzend op cholecystitis, vormt een verhoogd risico op complicaties van infectieuze aard.

Het debat over de chirurgische benadering, laparoscopisch dan wel converteren naar open procedure, kan achterwege blijven want in die beide opties is essentieel dat duidelijk is welke structuur geligeerd en gekliefd dient te worden met voldoende veiligheidsmarges. De vraag die beantwoord dient te worden is of verweerder hierbij voldoende

zorgvuldig heeft gehandeld door voldoende maatregelen te treffen om op genoemde risico's te anticiperen.

Het College beantwoordt deze vraag ontkennend. Uit het summiere operatieverslag blijkt niet dat verweerder op enig moment heeft overwogen deze risico's van invloed te laten zijn op de operatietechniek. Pas tijdens de hoorzitting is duidelijk geworden dat een enkele endoloop met een enkele clip ter zekering van de knoop van de endoloop is toegepast. Verweerder verklaarde ter zitting ook dat 'het stompje' (dit is de manchete die na klieven blijft staan) te kort bleek te zijn en diens gevolg de endoloop en/of clip moet zijn afgegleden. Het is voor het College onbegrijpelijk dat als die constatering tijdens de zitting kan worden gemaakt dit niet overwogen is tijdens de operatie zelf. Het College merkt hierbij op dat in de door verweerder ingebrachte 'Richtlijn van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde voor de behandeling van galwegletsels' wordt vermeld als 'Best practice' ondermeer: 'om de ductus cysticus centraal dubbel te ligeren alvorens te klieven met een ruime manchete om de kans van afglijden te voorkomen.' Het College overweegt dat richtlijnen geen wettelijke voorschriften zijn, maar op evidence gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Na autorisatie van de richtlijn door een beroepsvereniging, wordt de richtlijn gezien als deel van de professionele standaard.

Tijdens de operatie op 29 maart 2006 werd de ductus cysticus distaal van de endoloop gekliefd terwijl de galblaasopening niet afgesloten was met het risico op intraperitoneale spill van gecontamineerde gal. De hierboven genoemde Richtlijn geeft aan dat gal-spill vermeden dient te worden om infectieuze complicaties te voorkomen. Voorts is het College van oordeel dat verweerder minstgenomen had moeten overwegen om peroperatief antibiotica toe te dienen om het risico op infectieuze complicaties te verkleinen. Door onvoldoende maatregelen te treffen ter voorkoming van chirurgische en infectieuze risico's heeft verweerder naar het oordeel van het College niet gehandeld binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening.

### 5.3

Het voorgaande brengt mee dat het eerste klachtonderdeel doel treft.

### 5.4

Tweede klachtonderdeel.

Klaagster was voorafgaand aan de ingreep op 31 maart 2006 (het plaatsen van de stent via ERCP) ernstig ziek door de sepsis ten gevolge van de gallige peritonitis. Deskundige G komt tot de conclusie dat op 31 maart 2006 de lekkage van de galwegen lege artis is behandeld met stenting van de galwegen, maar dat is verzuimd de generaliseerde peritonitis te behandelen. G stelt dat het gebruikelijk is, zeker als de peritonitis gepaard gaat met sepsis, onmiddellijk de oorzaak te behandelen en de buikholte te reinigen.

Het College neemt dit oordeel over en maakt het tot de zijne. Het voegt daaraan voor de duidelijkheid nog toe dat deskundige N niet gevolgd wordt in zijn stelling dat op 3 april 2006 drainage technisch niet mogelijk is. Deze opmerking is ontleend aan het verslag van de radioloog die geen mogelijkheid zag om met zijn technieken (onder CT- of echogeleide punctie) te draineren en gaat niet over de chirurgische indicatie en (drainage)mogelijkheden bij een gallige peritonitis.

Het College is van oordeel dat verweerder inderdaad ten onrechte een expectatief beleid heeft gevoerd en dat in plaats daarvan tot reiniging van de buikholte besloten had moeten worden en daarmee de peritonitis te behandelen.

Het College merkt hierbij op dat dit expectatieve beleid niet is vastgelegd of gedocumenteerd in de verslaglegging. Ook de chirurgische verslaglegging na opname op de intensive care ontbreekt evenals verslaglegging van de inbreng door verweerder in de behandelteambesprekingen (het collegiale overleg). De intensive care arts oppert in de klinische status op 2 april 2006 nog een abdominale drainage, maar een verslag, van overleg met of enige overweging van verweerder, ontbreekt.

#### *Collegiale verantwoordelijkheidsverdeling en hoofdbehandelaarschap.*

In het tweede klachtonderdeel ligt tevens de vraag naar het hoofdbehandelaarschap en de daaruit voortvloeiende verplichtingen en verantwoordelijkheden besloten. Bij de beantwoording van die vraag wordt het volgende als uitgangspunt genomen. De hoofdbehandelaar is, naast de zorg die hij als specialist ten opzichte van de cliënt en diens naaste betrekkingen heeft te betrachten, belast met de regie van de behandeling van de cliënt door hemzelf en andere specialisten en zorgverleners tijdens het gehele behandelingstraject. Dit traject bestaat uit de voorbereiding van de operatie (de preoperatieve fase), de operatie zelf (de peroperatieve fase) en de nazorg na de operatie (de postoperatieve fase). Aldus bezien is verweerder als hoofdbehandelaar aan te merken.

Het College is van oordeel dat verweerder in de postoperatieve fase na 29 maart 2006 de rol van hoofdbehandelaar en regievoerder ten aanzien van de ernstige abdominale problematiek onvoldoende heeft vervuld. Niet eerder dan op 7 april 2006, als er gal uit een van de laparoscopiewonden lekt, wordt door verweerder besloten tot het uitvoeren van een laparotomie, mede op advies van de intensive care artsen. Ten aanzien van de collegiale verantwoordelijkheidsverdeling voor de intensive care patiënt in zijn ziekenhuis verklaarde verweerder ter zitting ondermeer dat de intensive care arts de volledige behandeling overneemt en een chirurg consulteert indien dat nodig is. Dit uitgangspunt berust naar het oordeel van het College op een onjuiste opvatting omtrent het begrip hoofdbehandelaar als hiervoor omschreven.

#### 5.5

Het voorgaande brengt mee dat het tweede klachtonderdeel doel treft.

#### 5.6

Derde klachtonderdeel.

Ook dit klachtonderdeel, dat door zowel het onzorgvuldig handelen op 29 als op 31 maart 2006 alle voornoemde complicaties zijn ingetreden, treft gezien de samenhang met het eerste en tweede klachtonderdeel doel. Deskundige G concludeert dat de complicaties in het verdere beloop het gevolg zijn van de insufficiënte behandeling van de gegeneraliseerde peritonitis. Het College neemt het oordeel van deskundige G dienaangaande over en maakt het tot de zijne.

#### 5.7

Het voorgaande brengt mee dat het derde klachtonderdeel doel treft.

#### 5.8

Vierde klachtonderdeel.

Het College begrijpt dit klachtonderdeel aldus, dat met suboptimaal niet bedoeld wordt op het aspect *niet tijdig*, maar op het aspect *niet juist*. Waarbij klaagster doelt op een, naar haar mening, niet juiste drainage van de buikholte bij de operatie op 7 april 2006. Het College maakt uit het betreffende operatieverslag op dat bij de operatie op 7 april

2006 twee drains zijn aangebracht (in Douglas en paracolisch rechts) en kan op basis hiervan en mede op basis van de overige gegevens in het medisch dossier niet concluderen dat de buikholte niet juist werd gedraineerd. Klaagster stelt dat met de herbeoordeling van de CT-scan, die in de brief van chirurg R van het K van 14 september 2006 wordt genoemd, de CT-scan van 3 april 2006 is bedoeld en dat uit die herbeoordeling in het K volgt dat verweerder een *niet juiste* drainage heeft toegepast bij de operatie op 7 april 2006.

Het College volgt deze stelling niet. In de brief doelt R, zo begrijpt het College, op de herbeoordeling van de meegeleverde CT-scan die gemaakt werd op 13 april 2006 voorafgaande aan de overplaatsing vanuit het J naar het K.

#### 5.9

Het voorgaande brengt mee dat het vierde klachtonderdeel faalt.

#### 5.10

Vijfde klachtonderdeel.

Het verwijt van klaagster dat verweerder haar niet heeft geïnformeerd over het feit dat bij de operatie op 7 april 2006 een ovarium is verwijderd treft doel. Alleen in het operatieverslag van verweerder van de laparotomie van 7 april 2006 wordt vermeld dat bij toeval een massa in de rechter onderbuik wordt gezien, die uitgaat van het ovarium. Deze wordt verwijderd en bij histologisch onderzoek (preparaat door patholoog ontvangen op 10 april 2006) blijkt, terwijl het voor de patholoog onduidelijk is of het preparaat het linker of rechter ovarium betreft, dat er sprake is van een fibrothecoom, geen maligniteit. In de overdracht naar het K en de correspondentie naar de huisarts ontbreekt deze informatie volledig.

Het College overweegt hierbij dat verweerder, door en passant een gynaecologische tumor tijdens de laparotomie te verwijderen, gehandeld heeft buiten de grenzen van zijn deskundigheidsgebied. In een dergelijke situatie dient tijdens de operatie een collega gynaecoloog te worden geconsulteerd. Nu niet a priori duidelijk kan zijn of een tumor in de onderbuik benigne of maligne van aard is, klemmt dit temeer.

De stelling van verweerder dat klaagster in een later stadium door hem is geïnformeerd over de verwijderde ovariumtumor, hetgeen door klaagster wordt betwist, is niet onderbouwd door middel van een aantekening in het medisch dossier, een brief of een gespreksverslag zodat het College ervan uitgaat dat dit niet is gebeurd, temeer daar klaagster consequent is in haar stelling dat zij de informatie pas drie jaren na de operatie van haar advocaat hoorde.

Het College oordeelt dat verweerder door een ovariumtumor te verwijderen en dit niet aan klaagster mee te delen de professionele norm van een redelijk bekwame beroepsuitoefening heeft geschonden.

#### 5.11

Het voorgaande brengt mee dat het vijfde klachtonderdeel doel treft.

#### 5.12

Zesde klachtonderdeel.

Ten slotte treft het verwijt dat verweerder na de overplaatsing naar het K geen nazorg heeft geleverd ook doel. Gezien het gehele gecompliceerde beloop had het naar het oordeel van het College op de weg van verweerder gelegen klaagster uit te nodigen voor een gesprek.

Het College oordeelt daarnaast dat een dergelijk gesprek uit oogpunt van nazorg ook had behoren plaats te vinden. Verweerder dient, naast de zorg die hij als specialist ten opzichte van de cliënt en diens naaste betrekkingen heeft te betrachten, als hoofdbehandelaar ook zorg te dragen voor de regie van de behandeling van de cliënt. Dit brengt mee dat de hoofdbehandelaar de cliënt en diens naaste betrekkingen actief en voldoende op de hoogte dient te houden van het beloop van de behandeling van de cliënt en hun vragen tijdig en adequaat beantwoordt.

Het College acht de nazorg die verweerder jegens klaagster heeft betracht door dit gebrek onvoldoende zorgvuldig.

5.13

Het voorgaande brengt mee dat het zesde klachtonderdeel doel treft.

6. Slotsom

Het vierde klachtonderdeel is ongegrond.

De overige (eerste, tweede, derde, vijfde en zesde) klachtonderdelen zijn gegrond. Het College acht het onzorgvuldig handelen van verweerder, mede in onderling verband en in samenhang bezien, zodanig ernstig en verwijtbaar dat met een waarschuwing niet kan worden volstaan. Gelet op het laakbare karakter van verweerders handelen zal het College hem een berisping opleggen.

Het is in het algemeen belang dat deze beslissing in bredere kring bekend wordt. Het College zal dan ook bepalen dat de beslissing in geanonimiseerde vorm wordt gepubliceerd als hierna te vermelden.

7. Beslissing

**Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen:  
verklaart het eerste, tweede, derde, vijfde en zesde klachtonderdeel gegrond en legt verweerder daarvoor de maatregel van berisping op;  
verklaart het vierde klachtonderdeel ongegrond en wijst dit af;  
bepaalt voorts dat de beslissing, ingevolge artikel 71 van de wet BIG, nadat zij onherroepelijk zal zijn geworden, geheel in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan de tijdschriften Medisch Contact, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Gezondheidszorg Jurisprudentie ter bekendmaking zal worden aangeboden.**

Aldus gegeven door:

mr. K.M. Makkinga, voorzitter,  
mr. drs. W.J. de Boer, lid-jurist,  
drs. H.R. van Dop, lid-geneeskundige,  
dr. R.A. Droog, lid-geneeskundige,  
dr. ir. J.G. Konings, lid-geneeskundige,  
bijgestaan door mr. H.J. Idzenga, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 17 mei 2011 door de voorzitter voornoemd, in tegenwoordigheid van de secretaris.

De secretaris:

De voorzitter: