

# uitspraak tuchtcollege

## Wie gaat over patiënt op ic?

Wie is verantwoordelijk voor de patiënt op de ic? De verwijzer, de ic-arts of allebei? De KNMG-Handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerken in de zorg' uit 2010 is nog lang niet overal geïmplementeerd. En deze uitspraak van het regionaal tuchtcollege in Groningen maakt het er niet duidelijker op.

De betrokken chirurg ging volgens het college op allerlei punten de fout in bij de behandeling van een vrouw die een laparoscopische cholecystectomie onderging. Daarom krijgt hij een berisping. Zijn werkwijze en overwegingen tijdens de moeizame procedure worden bekritiseerd, maar ook hoe hij met de complicaties nadien omging. Uiteindelijk belandt de vrouw met een sepsis bij een gallige peritonitis op de ic. Pas dagen later, als de ic-artsen het adviseren, besluit de chirurg de buik te openen. Hij verklaart tegenover het tuchtcollege dat in zijn ziekenhuis de ic-arts de volledige behandeling overneemt, en een chirurg consulteert als hij of zij dat nodig acht. Met andere woorden: dat er te laat is ingegrepen, valt hem maar ten dele aan te rekenen.

Maar daar is het college het niet mee eens. Dat stelt dat een chirurg belast is met de regie van de behandeling tijdens het gehele behandelingstraject: voor, tijdens en na de operatie. Dus ook als patiënt op de ic belandt. Dat is volgens ons onjuist: het gaat erom welke afspraken er over verantwoordelijkheden en taken zijn gemaakt binnen het ziekenhuis. Tegen die achtergrond lijkt de overweging van het college onder 5.4 open te staan voor discussie. Onder deze uitspraak op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl) kunt u ook uw mening laten horen.

Sophie Broersen, arts  
mr. Paul Rijkse

**Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen d.d. 17 mei 2011**  
(ingekort door redactie MC)

Het college heeft het volgende overwogen en beslist over de op 19 januari 2010 binnengekomen klacht van A, wonende te B, klaagster, (...) tegen C, wonende te D, chirurg, verweerder, hierna mede te noemen: de arts, (...).

### 1. Verloop van de procedure (...)

#### 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 choleli-

thiasis (...) en de indicatie voor een laparoscopische cholecystectomie (...), die vervolgens op 29 maart 2006 wordt verricht. Bij de operatie blijkt de galblaas pral gespannen en bij aspiratie (...) 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 (...) 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 (...) ten gevolge van de gallige peritonitis (...) en vanaf 1 april 2006 beademd. Op 7 april 2006 wordt vanwege de aanhoudende sepsis een laparotomie (...) verricht waarbij een deel van het colon (...) wegens ernstige circulatiestoornissen wordt verwijderd en een ileostoma (...) 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 encefalopathie) wordt klaagster op 13 april 2006 overgeplaatst naar het K. In het K wordt op 13 april 2006 een relaparotomie (...) 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.

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. (...)

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 (...) geen nazorg heeft geleverd.

#### 4. Het verweer

Verweerder stelt zorgvuldig te hebben gehandeld en de galblaas op adequate wijze en lege artis (...) te hebben verwijderd. De gallekkage moet zijn ontstaan door het loslaten van de afsluitende endolooop 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 meent dat van 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.

(...)

5.2 Eerste klachtonderdeel: Vaststaat dat tijdens de operatie op 29 maart 2006 de anatomische verhoudingen ter plaatse van de galblaashilus zodanig onduidelijk zijn ten gevolge van een cholecystitis (...) 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 gekleefd 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 endolooop met een enkele clip ter zekering van de knoop van de endolooop is toegepast. Verweerder verklaarde ter zitting ook dat 'het stompje' (dit is de manchet die na klieven blijft staan) te kort bleek te zijn en diens gevolgde de endolooop 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' onder meer: 'om de ductus cysticus centraal dubbel te ligeren alvorens te klieven met een ruime manchet om de kans van afglijden te voorkomen'. Tijdens de operatie op

29 maart 2006 werd de ductus cysticus distaal van de endolooop gekleefd 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 ten minste 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 (...) niet gehandeld binnen de grenzen van een redelijk bekwaame beroepsuitoefening.

(...)

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 gegeneraliseerde 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 (...).

Het college is van oordeel dat verweerder inderdaad ten onrechte een expectatief beleid heeft gevoerd (...).

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 intensiverecarearts 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.

(...) 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 operatie zelf (...) en de nazorg na de operatie (...). 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 intensivcareartsen. Ten aanzien van de collegiale verantwoordelijkheidsverdeling voor de intensivcarepatiënt in zijn ziekenhuis verklaarde verweerder ter zitting ondermeer dat de intensivcarearts 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. (...)

5.6 Derde klachtonderdeel: Ook dit klachtonderdeel, (...) treft gezien de samenhang met het eerste en tweede klachtonderdeel doel. (...)

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 onderbuik rechts 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 rechterovarium 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 jaar 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. (...)

#### 6. Slotsom

(...)

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. (...)

#### 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; (...).

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.

## praktijkperikel

### Climax

In het kader van mijn opleiding werkte ik tot voor kort op de SEH. Op een avond zag ik een 76-jarige vrolijke breedsprakige dame. Ze had buikklachten door obstipatie, en hoopte dat ik iets aan haar obstipatieklachten kon doen. De tot nu gebruikte poeders, tabletten en dieetadviezen hadden geen effect gehad.

‘Van de week heeft mijn huisarts me zelfs een climax gegeven, maar ook daar gebeurde niets op.’  
Tja, als zelfs dat niet helpt...