

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2019-075b

Datum uitspraak: 14 januari 2020

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

A,
wonende te B,
klaagster,
gemachtigde: mr. M.J. de Wit-Jansen, werkzaam te Etten-Leur,

tegen:

C, gynaecoloog,
werkzaam te B,
beklaagde,
gemachtigde: mr. O.L. Nunes, werkzaam te Utrecht.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift en de aanvulling daarop, met bijlage, ontvangen op 20 en 29 maart 2019;
- het verweerschrift met bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek met bijlagen;
- de brief van de gemachtigde van beklaagde, ontvangen op 18 juli 2019;
- het faxbericht van de gemachtigde van klaagster, ontvangen op 26 augustus 2019;
- een brief met bijlage van de gemachtigde van klaagster, ontvangen op 22 november 2019.

1.2 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 3 december 2019. Partijen, bijgestaan door hun gemachtigden, zijn verschenen en hebben hun standpunten toegelicht. Beide gemachtigden hebben een pleitnota overgelegd.

2. De feiten

2.1 Beklaagde werkt als gynaecoloog in het D (hierna: het ziekenhuis) en heeft (met anderen) het expertise centrum 'E' opgericht.

2.2 Klaagster, geboren in 1967, is sinds 2005 vanwege onder meer een ernstige vorm van endometriose onder behandeling bij beklaagde.

2.3 Op 18 juni 2013 is klaagster geopereerd (hierna: de operatie). Beklaagde trad op als hoofdoperateur. Daarnaast was een colorectaal chirurg bij de operatie betrokken en is de uit F afkomstige gynaecoloog G (beklaagde in zaak 2019-075a) bij de operatie betrokken als gastoperateur.

2.4 Tijdens de operatie is de baarmoeder van klaagster verwijderd en is de vagina achterwand laparoscopisch gehecht, waarna het laatste deel van de dikke darm is verwijderd. Er is een nieuwe verbinding tussen het sigmoid en de rectumstomp gemaakt (side to end anastomose). Tijdens de operatie is verder vanwege naadlekkage een dunne darmstoma aangelegd. In het medisch dossier van klaagster is hierover onder meer vermeld:

“De uterus wordt vaginaal verwijderd met het rechter adnex. Vervolgens wordt het rectum via het openen van de paracolische goot gemobiliseerd. Hier bevinden zich 2 grote endometriose tumoren in. Vanwege desufflatie door de opening vaginaal wordt eerst de vagina gehecht lapaoscopisch. Controle hemostase door coagulatie. Vervolgens kan het rectum worden doorgenomen en wordt een naad gelegd.een side to end anastomose tussen rectumstomp en sigmoid:Het rectosigmoid wordt vervolgens door de insteekopening van de navel uit de buik gehaald en het rectum wordt verwijderd. Inbrengen huls van de circular stapler.

Inbrengen hulpstuk circular stapler rectaal.

Vervolgens wordt de naad gelegd ongeveer 4-5 cm van de anus. Bij de watertest blijkt er naadlekkage te zijn, vandaar dat er vervolgens wordt besloten een ontlastend dubbelloops ileostoma aan te leggen. (...) Deze procedure verloopt ongecompliceerd. Er is nog sprake van endoemtriose op de laterale bekkenwand rechts en deze wordt ge-coaguleerd. (...)”

2.5 Klaagster is op 14 juli 2013 op de intensive care van het ziekenhuis opgenomen vanwege ernstige dehydratie (hyponatriëmie). De psychiater is in consult gevraagd vanwege een delier en angstklachten, waarvoor klaagster is behandeld en doorverwezen. Op 18 juli 2013 is bij controle van de anastomose via een CT-scan door een radioloog geconcludeerd dat er geen aanwijzingen waren voor naadlekkage. Het ileostoma is op 29 juli 2013 opgeheven. Twee dagen nadien is geconstateerd dat sprake was van verlies van ontlasting via de vagina. Op 1 augustus 2013 is vastgesteld dat sprake was van een fistel tussen het rectum en de vagina. In overleg met de psychiater is op dat moment afgezien van het opnieuw aanleggen van een stoma, omdat die operatie op dat moment psychisch te belastend voor klaagster was.

2.6 Op 19 november 2013 is in het H een operatie om de fistel te sluiten uitgevoerd, waarbij een eindstandig colostoma is aangelegd. In zijn operatieverslag van die datum meldt de operateur: *‘evident zichtbaar dat de fistel ontstaan is door interpositie van de vagina achterwand in de staple lijn’*.

2.7 Nadien resteerde een kleine rectovaginale fistel, waarna diverse hersteloperaties zijn uitgevoerd, voor het laatst op 23 juli 2019 in Leuven.

2.8 Klaagster heeft het ziekenhuis in 2016 aansprakelijk gesteld voor de schade die zij als gevolg van de operatie heeft geleden. In dat kader zijn twee medische expertises uitgebracht. I (gynaecoloog) stelt in zijn in december 2018 opgestelde rapportage onder meer dat in de operatieve behandeling geen fouten aantoonbaar zijn. J (chirurg) stelt in zijn rapportage van februari 2019 onder meer dat hij meent dat er zorgvuldig is gehandeld. Beide deskundigen stellen dat de ontstane fistel bij klaagster als een complicatie moet worden beschouwd.

3. De klacht

De klacht luidt - zakelijk weergegeven - als volgt:

- 1) Klaagster is voorafgaand aan de operatie niet geïnformeerd over het risico op een rectovaginale fistel bij endometriosechirurgie. Als zij daarvan op de hoogte zou zijn geweest, zou zij van de operatie hebben afgezien.
- 2) Beklaagde was als hoofdoperateur betrokken bij een operatie waarbij een medische kunstfout is gemaakt, waardoor een fistel is ontstaan. In het H is geconstateerd dat de darm aan de vagina is vastgeniet.
- 3) Klaagster is na de operatie uit het ziekenhuis ontslagen terwijl sprake was van vaginale ontlasting.

4. Het standpunt van beklagde

Beklaagde heeft de klachten en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hierna ingegaan.

5. De beoordeling

5.1 Als uitgangspunt bij beoordeling van de klacht geldt dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen niet gaat om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om de vraag of de beroepsbeoefenaar 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 klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

Klachtonderdeel 1)

5.2 Partijen verschillen van mening over de vraag of beklagde klaagster voorafgaand aan de operatie heeft geïnformeerd over het risico op het ontstaan van een fistel. Nu in het dossier is vermeld dat tussen partijen over naadlekkage als mogelijke complicatie is gesproken, en dit fistelvorming tot gevolg kan hebben, is het College van oordeel dat er onvoldoende aanknopingspunten zijn op grond waarvan kan worden geconcludeerd dat beklagde te kort is geschoten in het geven van voldoende uitleg. De enkele stelling van klaagster dat zij niet is ook niet worden vastgesteld dat van informed consent geen sprake is geweest.

Klachtonderdeel 2)

5.3 De operatie is uitgevoerd door twee gynaecologen - met ervaring in de endometriose chirurgie - en een colorectaal chirurg. De onder 2.8 genoemde deskundigen stellen dat de operatie volgens de professionele standaard is uitgevoerd en dat op basis van de voorhanden zijnde gegevens niet kan worden vastgesteld dat de fistel is ontstaan

door de metalen hechting. Deskundige I stelt dat in alle door hem genoemde publicaties rectovaginale fistels na endometriosechirurgie van het rectosigmoid als (niet te vermijden) complicatie worden genoemd. Het ligt volgens hem meer voor de hand dat de endometriotische veranderingen van het operatiegebied in dit geval een rol spelen bij het ontstaan van de fistel. Ook naadlekkage, waarvan in dit geval sprake was, gaat volgens hem veelal vooraf aan het ontstaan van een rectovaginale fistel. Het gebruik van een circulaire stapler voor het maken van de anastomose van het rectosigmoid is wijd verbreid en is volgens hem niet geassocieerd met een grotere kans op rectovaginale fistels. Deskundige J wijst er eveneens op dat de naadlekkage kan hebben bijgedragen aan het ontstaan van de fistel. Verder noemt hij de lokalisatie van endometriose in de vagina een risicofactor voor het ontstaan van een fistel.

Het College onderschrijft de conclusie van deze deskundigen dat op basis van de voorhanden zijnde gegevens niet kan worden vastgesteld dat de fistel bij klagster is ontstaan door de metalen hechting. Uit het onder 2.6 bedoelde operatieverslag blijkt, zonder nadere toelichting - die ontbreekt - niet op basis van welke waarneming in het H is geconcludeerd dat de fistel is ontstaan door interpositie van de vagina achterwand in de staple lijn. Daar komt bij dat beklaagde tijdens de zitting heeft aangegeven dat tijdens het 'vastnieten' van de beide darmdelen, de aansluiting steeds goed in beeld is geweest, en dat onder meer tijdens de 'fietsbandproef' de aansluiting rondom is geïnspecteerd. De vagina lag toen vrij van de dikke darm. Wanneer de gehechte achterwand van de vagina in het staplerapparaat terecht zou zijn gekomen, zou dit naar het oordeel van het College direct worden opgemerkt door een abnormaal hoge druk tijdens het sluiten van het apparaat. Echter, het sluiten, nieten en doorsnijden van het weefsel is bij het maken van de aansluiting volgens beklaagde zonder problemen verlopen. Bovendien zou bij interpositie ook de hechtdraad in de vagina kunnen worden beschadigd, met directe loslating van de gehechte vagina achterwand tot gevolg. In het dossier zijn hiervoor echter geen aanwijzingen te vinden en evenmin blijkt dit uit hetgeen ter zitting is verhandeld. Ook het feit dat bij histologisch onderzoek van het weefsel van de aansluiting, de zogenaamde 'donuts', alleen darmweefsel en geen vaginaepitheel is aangetroffen, wijst niet op het ontstaan van de fistel door interpositie van de vagina achterwand in de circulaire darmanastomose. Alles overwegende is het College dan ook van oordeel dat niet is vast komen te staan dat tijdens de operatie de vagina aan de darm is vastgeniet met een rectovaginale fistel tot gevolg. Daarom kan niet worden geconcludeerd dat beklaagde niet binnen de onder 5.1 bedoelde grenzen is gebleven.

5.4 De door klagster op 22 november 2019 overgelegde rapportage van K (urogynaecoloog en hoogleraar gynaecologie bij het L), gedateerd 6 november 2019, geeft geen aanleiding voor een ander oordeel. Deze rapportage, die is opgesteld op basis van een gesprek met klagster, vermeldt dat de constatering in het H dat evident zichtbaar is dat de fistel is ontstaan door interpositie van de vagina achterwand in de staple lijn, als een technische en te voorkomen fout moet worden beschouwd, die ongedaan is te maken tijdens de operatie. Uit wat hiervoor onder 5.3 is overwogen, volgt echter dat niet is komen vast te staan dat die constatering door het H juist is. Reeds daarom kan dit rapport klagster niet baten.

Klachtonderdeel 3

5.5 Het dossier biedt onvoldoende aanknopingspunten voor het oordeel dat beklaagde in het nazorgtraject tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Het bezwaar van klagster tegen het aanleggen van een nieuwe stoma nadat de fistel was geconstateerd, werd onderschreven door de psychiater die tijdens de opname op de IC in consult was

geroepen. Beklaagde heeft aangevoerd dat zij er om die reden en in goed overleg met klagster voor heeft gekozen af te zien van een nieuwe operatie en klagster in de weken daarna eerst te laten herstellen en poliklinisch te begeleiden. Die keuze acht het College verdedigbaar, waarbij van belang is dat er op dat moment geen medische noodzaak was voor een stoma. Beklaagde kan dan ook niet worden verweten hierdoor onzorgvuldig te hebben gehandeld.

5.6 De conclusie is dat beklagde met betrekking tot de klacht geen verwijt kan worden gemaakt zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

5.7 De klacht zal ongegrond worden verklaard.

6. De beslissing

Het College:

- verklaart de klacht ongegrond.

Deze beslissing is gegeven door E.J. Daalder, voorzitter, P.M. de Keuning, lid-jurist, G.L. Bremer, I. Dawson en A.L.M. Mulder, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door E.C. Zandman, secretaris en uitgesproken in het openbaar op 14 januari 2020.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als

- het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard of
- als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

c. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepsschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.