

## **Beslissing van het Medisch Tuchtcollege (MTC) inzake de klacht van:**

**K,**  
wonende in M,  
klager,

tegen:

**X,**  
wonende in Nederland,  
persoon over wie geklaagd is, hierna aangeduid als de tweede chirurg,  
niet verschenen.

### **1. Het verloop van het proces**

#### **1.1 Dit blijkt uit:**

- het klaagschrift d.d. 24 februari 2007, met producties, welke was gericht aan de toenmalige directeur van Volksgezondheid en door diens tussenkomst op 27 februari 2007 was doorgeleid naar het MTC voor behandeling;
- het proces-verbaal betreffende het voorlopig onderzoek verricht door de toenmalige voorzitter van het MTC d.d. 01 maart 2007;
- een schrijven d.d. 09 april 2010 van het MTC welk schrijven per aangetekende post naar de tweede chirurg was verzonden, met de mededeling dat hij wederom in de gelegenheid wordt gesteld een schriftelijk verweer bij het MTC in te dienen;
- het schrijven van klager d.d. 27 maart 2017 waarin hij kenbaar maakt nog steeds belang te hebben bij behandeling van de klacht;
- het proces-verbaal d.d. 23 augustus 2019 betreffende het voorlopig onderzoek dat is verricht door de huidige plaats-ervangend voorzitter van het MTC;
- de beschikking van het MTC d.d. 23 augustus 2019, krachtens welke beschikking de behandeling van de klacht na het voorlopig onderzoek is verwezen naar de terechtzitting van het MTC;
- de processen-verbaal van de behandeling ter terechtzitting respectievelijk d.d. 06 december 2019 en 28 februari 2020.

**1.2** De uitspraak van de beslissing is bepaald op heden.

### **2. De feiten**

Op grond van de stukken en het verhandelde ter terechtzitting dient, voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, van de hierna volgende feiten te worden uitgegaan.

#### **2.1 Klager is de zoon van P.**

Op 18 december 2006 had P, hierna aangeduid als patiënte, zich onder begeleiding van klager met hevige pijn in de buikstreek op de afdeling EHBO van het ziekenhuis aangemeld. Per diezelfde datum is patiënte in het ziekenhuis opgenomen.

**2.2** Op de hiervoor vermelde datum had de radioloog R op aanvraag van de behandelende arts van de afdeling EHBO een echo voor patiënte gemaakt. De diagnose was geweest chronische cholecystitis met cholelithiasis. Tevens werd bij patiënte laboratoriumonderzoek gedaan.

- Op grond van de vastgestelde diagnose, namelijk dat de pijn werd veroorzaakt door twee kleine galstenen, werd patiënte doorverwezen naar de chirurg, drs. Y, voor evaluatie en verdere behandeling.
- Drs. Y, die hierna zal worden aangeduid als de eerste chirurg, was afkomstig uit Nederland en was voor een korte periode te werk gesteld in het ziekenhuis, en wel gedurende december 2006 tot 14 januari 2007.
- 2.3 De eerste chirurg had in zijn medisch verslag d.d. 18 december 2006 als conclusie vermeld "*geen aanwijzingen voor cholecystitis*" en als advies uitgebracht "*heropname van patiënte in het nieuwe jaar (lees januari 2007) voor cholecystectomie*", dan wel het operatief verwijderen van de galstenen. Per diezelfde datum was patiënte ontslagen uit het ziekenhuis.
- Vanaf 15 januari 2007 had de tweede chirurg, drs. X, die afkomstig was uit Nederland de verdere behandeling van patiënte overgenomen. Hij was evenals de eerste chirurg ook voor korte duur te werk gesteld in het ziekenhuis, en wel tot 01 maart 2007.
- 2.4 Op 20 januari 2007 werd patiënte doorverwezen naar de cardioloog, drs. C, voor preoperatieve screening voor cholecystectomie. De cardioloog had ter zake in zijn verslag vermeld dat er geen contra-indicaties waren voor de operatie en dat patiënte vijf dagen voor de operatie moest stoppen met het gebruik van Ascal (een bloedverdunner).
- 2.5 Op 25 januari 2007 had patiënte zich bij de tweede chirurg aangemeld met de verwijfsbrief van de huisarts en het resultaat van de echo die op 18 december 2006 was gemaakt en was aan patiënte medegedeeld dat de operatie voor het doen verwijderen van de galstenen zou plaatsvinden op 02 februari 2007.
- 2.6 Op 01 februari 2007 werd patiënte opgenomen in het ziekenhuis en werd intern doorverwezen naar de internist drs. Z, voor preoperatief onderzoek. Deze internist had in zijn verslag als bevindingen vermeld dat er cardiale afwijkingen waren bij patiënte, doch dat er geen contra-indicaties waren voor chirurgische ingreep met verhoogd operatie risico.
- In het verslag had de internist vermeld dat patiënte in het jaar 2005 was gedotterd vanwege een hartinfarct.
- 2.7 Op 02 februari 2007 had de tweede chirurg een klassieke operatie bij patiënte uitgevoerd voor het verwijderen van de galstenen.
- Per diezelfde datum kwam patiënte te overlijden. Nadien was aan de familie kenbaar gemaakt dat er geen laparoscopische (kijk) operatie bij patiënte was gedaan, doch een klassieke operatie.
- 2.8 Op 02 maart 2007 had de toenmalige directeur van Volksgezondheid een bespreking met de tweede chirurg. Dit, in het kader van de klacht die klager tegen hem had ingediend. Van deze bespreking was een verslag opgemaakt waarin - voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang - onder meer het volgende staat vermeld:

*"Mw P had last van buikklachten en werd daarvoor behandeld door specialisten van het S. Na screening door de internist en radioloog werd de patiënt voorgedragen voor operatie bij drs. X. Hij was niet lang bekend met de patiënt. Hij besloot om te opereren en beweert niets af te weten van een afspraak met laparoscopische operatie. Hij maakte een snee aan de buikwand van 8cm in de regio van de lever. Tijdens de operatie bleek dat onder de lever een bloedkoek aanwezig was. Bij de radiodiagnostiek was dit niet ontdekt. De chirurg besloot om dit los te maken en de koek begon hevig te bloeden. Naderhand bleek dat hij de operatiesnee moest verruimen en dat deed hij ook. Hij heeft niet in de lever gesneden beweert hij.*

*De bloeding werd hevig en naar schatting van de chirurg was de patiënt al ongeveer een liter bloed kwijt. De infusie van vloeistof ging door. De anesthesist had de hoeveelheid van het verloren bloed niet gezien omdat de verzamelzak aan de andere kant geplaatst was. De infusie van vloeistof ging door met als gevolg een verdere verdunning van het bloed hetgeen leidde tot hartfunctie stoornissen. Het hart begon te fibrilleren waarbij bleek dat de defibrillator defect was. Een andere defibrillator werd erbij gehaald en de patiënt werd gereanimeerd. De chirurg stopte de operatie. De patiënt moest bijkomen. Na enige tijd werd de chirurg op de hoogte gebracht dat het niet goed ging met de patiënt. De patiënt ging doorbloeden. Er was geen bloed aanwezig voor transfusie. Er werd gezocht naar een donor om rechtstreeks bloed af te geven maar dat behoort niet tot de normale praktijken in M. Intussen begon de patiënt weer te fibrilleren en stierf daarna."*

- 2.9 De tweede chirurg had met betrekking tot hetgeen zich met betrekking tot de operatie bij patiënte had voltrokken een verslag gedateerd 20 februari 2007 opgemaakt, welk verslag hij aan de toenmalige directeur van Volksgezondheid had doen toekomen. Daarin had hij - voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang - het volgende vastgelegd:

*" – Patiënte was door mijn voorganger op de opnamelijst geplaatst voor verwijdering van haar chronisch ontstoken galblaas met stenen (echo) bij een bezinking van minder dan 20mm en geen leverfunctiestoornissen.*

*(...)*

*- Zij had een cardiale voorgeschiedenis waarbij acetosalgebruik dat de bloedstolling tegenwerkt, die in de week voor 02-02-2007 was gestaakt. Naast haar cardioloog was zij preoperatief ook door de internist voor operatie goed gekeurd.*

*(...)*

*- Op de polikliniek bij mij kwamen ook de varicesklachten aan haar been ter sprake, door mij werd de proef volgens Perthes gedaan waarbij het diepe systeem doorgankelijk bleek. Ik beloofde haar zodra de galblaasoperatie vlot zou verlopen ik aansluitend een crossectomie in de lies zou verrichten waarop de convoluten onder de knie later konden worden gescleroseerd.*

*- Zij stemde hiermee in en heeft mij nooit, direct of indirect, zelfs bij het preoperatieve bezoek op zaal laten weten hiervan af te zien. Zo stond het ook op het OK programma*

*- De toegangswijze is nooit ter sprake gekomen en in feite irrelevant: indien men laparoscopisch was begonnen diende er gezien de bevindingen al direct geconverteerd te worden. Dit is misschien wijsheid achteraf maar aan een snee in de buik alleen is men niet overleden. Tijdens de operatie diende de incisie voor een beter inzicht van het uitgebreide proces zelfs verlengd te worden. Ik heb zelf laparoscopische operaties gedaan, maar geef er, met verschillende hoogleraren in Nederland met mij, persoonlijk geen voorkeur aan. Ik wil niet zeggen dat indien mogelijk dit geen elegante*

*operatietechniek is, maar wel ook met risico's van letsel aan de galwegen die een klassieke operatie niet hebben.*

*- Bij de operatie bleek de situatie als volgt: er was een A4-groot infiltraat tegen de onderkant van de lever zelf – dus niet alleen aan de galblaas – vastgebakken van omentum en mogelijk colon transversum, waarin geen galblaas was te bespeuren, ook niet vanuit lateraal aan de onderzijde ervan. Ook beide ervaren OK assistenten zagen geen galblaas;*

*- en O assisteerde;*

*- Opvallend was bij de poging het infiltraat los te prepareren op het klievingsvlak met de lever dat er een gestaag maar substantieel bloedverlies was, grote vaten cq. arteriele spuiters ben ik aan de leverrand gedurende de hele ingreep niet tegen gekomen; anatomisch zitten die daar ook niet. De grote bloedvaten lopen alleen voor de galblaas langs naast de galwegen richting lever en dat gebied is nooit in beeld geweest. Er waren ook geen daarbij horende plotselinge bloeddruk dalingen of polsversnellingen die de anaesthesie zouden moeten zijn opgevallen.*

*Het vrijprepareren en alle operatieve handelingen zijn in het volle zicht van ieder aan de voorzijde van de leverrand gedaan en inclusief de daarbij horende adequate hemostase. Mogelijk is toen bij het weghouden van de lever en het er vast aanzittend infiltraat aan de onderzijde ervan, dus voor ons niet zichtbaar, bij de galblaas of leverhilus een inscheuring ontstaan of bloedvat kapot getrokken, dat later door het overtillen in het bed of bij het bewegen tijdens het wakker worden op de MC eerst goed is gaan bloeden.*

*(...)*

*- Gedurende de operatie zal het Hb geleidelijk gedaald zijn. Het is begrijpelijk dat hierdoor coronaire inschaemie – zeker bij deze patiënte – optreedt met door het zuurstofgebrek hartritme stoornis ten gevolge. Het komt in de praktijk van iedere chirurg haast nooit voor dat een patiënt bij een ongecompliceerde, geplande routine operatie zomaar hartproblemen krijgt, het gaat hier niet om een hart- of longoperatie. De defibrillator op de OK was defect, maar de snel van de MC gehaalde gaf spoedig herstel van het ritme.*

*- Ik besloot hierop de operatie te beëindigen omdat de aangetroffen bevindingen volstrekt niet overeenkwamen met het ECHO verslag zonder bijbehorende foto en verder opereren onverantwoord was. Patiënte diende eerst via een CT scan nader geanalyseerd te worden.*

*- De door mij aangetroffen situatie was volslagen inoperabel en ook volstrekt in tegenspraak met haar recente ziektegeschiedenis met geringe klachten en lage bezinking. Ik bracht een drain aan, controleerde hemostase en gazen en sloot de buik in lagen. Patiënte werd door de anaesthesie stabiel bevonden en overgeplaatst naar de MC voor postoperatieve bewaking zoals monitoring van het hartritme en verdere zorg.*

*(...)*

*- Patiënte is op een preoperatieve beeldvorming geopereerd die niet overeenkwam met de werkelijkheid: een groot al langer bestaand infiltraat dat vastgebakken zat aan de lever of zelfs mogelijk een tumor, uiteindelijk postoperatief op de MC zeer progressief bloedend en kon niet met de hier ontbrekende hematologische stollingsmiddelen adequaat worden opgevangen. Een verkeerde operatie indicatie, op de verkeerde plek in Suriname om een progressieve bloedingsneiging afdoende te kunnen stoppen.*

*(...)*

*- Bij de postoperatieve bespreking beweerde de radioloog dat een door mij geopperde CT na deze operatie zinloos was, men heeft immers alles al gezien. Ik wees hem er op dat een CT juist gebruikt wordt om niet zichtbare uitbreiding van een proces zoals doorgroei in de omgeving of uitzaaiing in lymfeklieren aan te tonen en het beleid, wel of*

*niet opereren of eerst bestralen, daarmee bepaald. Bij slokdarm- of endeldarmkanker is dit zelfs standaard. Vreemd dat deze man dat niet weet als radioloog.*

*- Op de suggestie met andere specialisten uit L de ECHOgrafie in MMMM nog eens door te nemen reageerde hij gepikeerd en vroeg hij of hij dan nog een miljoen ECHO's moest doen alvorens geloofd te worden. Het vervelende is dat deze radioloog niet begrijpt dat hij gewoon foto's moet leveren bij zijn verslagen, zoals iedere andere specialist die hier ECHO's maakt ook doet, waarop hij datgene wat hij beweert kan staven en niet zoveel pretendeert en uit zijn duim zit te zuigen waarmee anderen op een dwaalspoor worden gebracht."*

### **3. Het standpunt van klager en de klacht**

Klager verwijt de tweede chirurg – zakelijk weergegeven – dat hij:

- patiënte heeft vermoord;
- onzorgvuldig heeft gehandeld, als gevolg van welk onzorgvuldig handelen patiënte is komen te overlijden;
- in plaats van de kijkoperatie die zijn voorganger (de eerste chirurg) aan patiënte had voorgesteld, een klassieke operatie bij patiënte heeft uitgevoerd;
- vooraf geen kennis had genomen van het medisch dossier van patiënte en slechts op grond van de verwijfsbrief van patiënte is overgegaan tot de operatie.

### **4. Het standpunt van de tweede chirurg**

Van de tweede chirurg, die in Nederland woont, heeft het MTC geen schriftelijk verweer ontvangen.

### **5. De beoordeling**

#### **5.1 Rectificatie van de naam van de tweede chirurg**

Het MTC leidt uit het curriculum vitae van de tweede chirurg en de certificaten af, dat hij ten rechte is geheten X en dat H kennelijk zijn roepnaam is. Dit geeft het MTC aanleiding om de naam van de tweede chirurg verbeterd in te lezen in het klaagschrift van klager.

#### **5.2 Tot klagen bevoegde**

Uit het feitenrelaas blijkt dat klager zoon is van patiënte die kort na de operatie is komen te overlijden. Mitsdien dient klager als een tot klagen bevoegde in de zin van de Wet Medisch Tucht recht 1944 te worden aangemerkt en in zijn klacht - die de toenmalige directeur van Volksgezondheid naar het MTC had doorgeleid voor behandeling – te worden ontvangen.

#### **5.3 Moord**

Het MTC stelt voorop dat moord een strafbaar feit is in de zin van het Wetboek van Strafrecht en dat slechts de strafrechter bevoegd is over strafbare feiten te oordelen. Mitsdien gaat het MTC voorbij aan dit strafbaar feit dat klager de tweede chirurg verwijt. In het licht van het bovenstaande benadrukt het MTC dat zij ingevolge artikel 1 van de Wet Medisch Tucht recht 1944 als tuchtsprekende instantie slechts bevoegd is om te oordelen over de vraag:

- of een arts/specialist, zich schuldig heeft gemaakt aan handelingen, die het vertrouwen in de stand der artsen ondermijnen;
- of een arts/specialist, zich schuldig heeft gemaakt aan nalatigheid, waardoor ernstige schade ontstond voor een persoon, te wiens behoeve hem geneeskundige raad of bijstand gevraagd werd of aan wie hij die raad of bijstand verleende;

- of een arts/specialist, in de uitoefening van de geneeskunst blijkt heeft gegeven van grove onkunde.

#### 5.4 Kijkoperatie

Volgens het standpunt van klager had de eerste chirurg een kijkoperatie voorgesteld, met welk voorstel patiënte en diens familie akkoord waren gegaan. De tweede chirurg was, zoals het MTC klager begrijpt, zonder de familie en patiënte vooraf te informeren afgeweken van de eerder voorgestelde kijkoperatie en was zonder hun medeweten overgegaan tot een klassieke operatie voor het doen verwijderen van de galstenen. Zouden patiënte en diens familie vooraf hebben geweten dat een klassieke operatie zou worden uitgevoerd, dan zouden zij geen toestemming hiervoor hebben verleend. Vanwege het standpunt klager, ziet het MTC zich gesteld voor de vraag of de eerste chirurg een kijkoperatie aan patiënte had voorgesteld voor het verwijderen van de galstenen. Bij het inhoudelijk beoordelen van deze vraag, heeft het MTC gebruik gemaakt van:

- de verklaring van klager, afgelegd ter terechtzitting van het MTC op 06 december 2019;
- de verklaringen van de relevante getuigen, afgelegd ter terechtzitting van het MTC op 28 februari 2020;
- het op 28 juli 2020 door het ziekenhuis overgelegd medisch dossier van patiënte dat toendertijd door de behandelende specialisten in het ziekenhuis werd bijgehouden;
- het schriftelijk uitgebracht verslag van de tweede chirurg gedateerd 20 februari 2007, welk verslag hij aan de toenmalige directeur van Volksgezondheid had doen toekomen naar aanleiding van de tegen hem ingediende klacht;
- het verslag van de bespreking van de tweede chirurg met de directeur van Volksgezondheid d.d. 02 maart 2007.

#### 5.5 De klager heeft ter terechtzitting van het MTC d.d. 06 december 2019, voor zover voor de beslissing van belang, het volgende verklaard:

*" Op 18 december 2006 kreeg mijn moeder in de vooravond plotseling last van erge pijn in de buikstreek. Ik heb haar naar EHBO gebracht, waarna zij werd opgenomen. Drs. Z, die ook daar aanwezig was, heeft haar verwezen naar de radioloog en de chirurg. Ik was er niet van op de hoogte of er galstenen in de galblaas of in de galweg aanwezig waren. Vanwege pijn op de borst was mijn moeder onder behandeling van een cardioloog en is er een hartfilmpje gemaakt door drs. C. Mijn moeder moest bloedverdunders innemen. Ongeveer 7 weken na de opname in december 2006 is mijn moeder op 01 februari 2007 opgenomen voor het ondergaan van een kijkoperatie. Dit had drs. Y haar voorgehouden en mijn moeder was hiermee akkoord gegaan.*

*Mijn moeder was voornemens met vakantie naar het buitenland te gaan en ter voorkoming dat zij eventueel weer last zou krijgen van galstenen heeft zij besloten akkoord te gaan met het operatief verwijderen van de galstenen. (...)*

*Drs. Y had met mijn moeder afgesproken dat hij een kijkoperatie zou verrichten. Met het innemen van de bloedverdunders moest mijn moeder 1 week voor de operatie stoppen. Ik was niet aanwezig bij het gesprek van mijn moeder met de chirurg drs. Y. (...)*

*Met de chirurg drs. X is er niet gecommuniceerd over welke vorm van operatie hij zou uitvoeren. Mijn moeder zou op 02 februari 2007 om 09.00 uur worden geopereerd. Ik was aanwezig in het ziekenhuis en wij dachten allen dat er een kijkoperatie zou worden uitgevoerd".*

Blijkens de verklaring van de klager was hij niet aanwezig bij het gesprek van de eerste chirurg met patiënte, zodat niet duidelijk is wat de eerste chirurg aan patiënte had medegedeeld over de operatie. Ter zake heeft het MTC gepoogd aanknopingspunten te zoeken in het medisch dossier van patiënte.

In het medisch dossier van patiënte was op 18 december 2006 de volgende aantekening gesteld: *“ze mag van de chirurg morgen naar huis en in het nieuwe jaar terug voor operatie: cholecystectomie”*.

De eerste chirurg had in het medisch verslagje d.d. 18 december 2006 onder *“bevindingen en eventueel advies”* het volgende vermeld: *“Heropname Nieuwjaar voor Cholecystectomie”*.

Het MTC kan geenszins uit de inhoud van het medisch dossier c.q. de in het medisch dossier vermelde aantekeningen van de eerste chirurg afleiden of de galstenen bij patiënte, hetzij middels een kijkoperatie, hetzij middels een klassieke operatie zouden worden verwijderd. Zoals blijkt staat in het medisch dossier slechts vermeld dat een operatie (cholecystectomie) bij patiënte zou worden verricht, doch staat nergens vermeld dat er een kijkoperatie zou worden verricht. Daar de verklaring van de klager op zichzelf staat en in het medisch dossier geen enkel aanknopingspunt is gevonden waaruit kan worden afgeleid dat de eerste chirurg een kijkoperatie aan patiënte had voorgesteld, zal het MTC moeten aannemen dat er met patiënte geen afspraken zijn gemaakt over een kijkoperatie. Een dergelijke afspraak kan het MTC evenmin afleiden uit de verklaringen van de oud-verpleegkundigen, V en O, die toentertijd vooraf de voorbereidingen hadden getroffen voor de operatie die de tweede chirurg bij patiënte zou verrichten, welke oud-verpleegkundigen als getuigen ter terechtzitting van het MTC zijn gehoord.

Zo heeft de getuige, V, ter terechtzitting van het MTC d.d. 28 februari 2020, van welke terechtzitting een proces-verbaal is opgemaakt het volgende verklaard:

*“ ik ben al zeven jaar gepensioneerd. Hiervoor was ik als verpleegkundige werkzaam in de operatiekamer. De chirurg X is bij mij bekend. Voor zover mij bekend, is hij twee tot drie keer komen werken in C. Ik heb verschillende taken in de operatiekamer verricht zoals de omloop, assisteren bij de operatie, het aanreiken van instrumenten. De patiënt P kan ik mij wel herinneren. De patiënt kwam heel angstig de operatiekamer binnen. Voor zover ik weet was er geen sprake van een kijkoperatie omdat de chirurg gelijk de bewuste plek op het lichaam heeft opengesneden. In de operatiekamer waren ook aanwezig de anesthesist A en de verpleegkundigen V1 en O. Bij deze operatie assisteerde O bij instrumentarium en ik assisteerde bij de tafel.(...)”*

en de getuige, O:

*“In het jaar 2007 was ik op de operatiekamer werkzaam als hoofd en functioneerde als “all rounder”. Ik deed werkzaamheden zoals assisteren, instrumenteren, omloop. De naam van chirurg drs. X is mij bekend, alleen kan ik hem niet meer voor de geest halen. Bij een operatie gaan er enkele werkzaamheden vooraf. Er is een programma en een dag van te voren wordt op het bord genoteerd welke operatie zal worden uitgevoerd. In de operatiekamer heeft de verpleging als taak om instrumentarium te plaatsen, de tafel waar de patiënt op zal liggen in gereedheid brengen. Bij de patiënt P zou een galblaas operatie worden uitgevoerd. Het betrof een klassieke operatie. Ik heb geïnstrumenteerd. (...)”*

## **5.6 Onzorgvuldig vooronderzoek**

Het MTC stelt op grond van de inhoud van 1) het medisch dossier van patiënte, 2) het verslag van de bespreking tussen de toenmalige directeur van Volksgezondheid en de tweede chirurg d.d. 02 maart 2007, en 3) het verslag dat de tweede chirurg op 20 februari 2007 heeft opgemaakt, het hierna volgende vast:

1. patiënte had een medische voorgeschiedenis, met name had zij cardiale problemen en blijkt geenszins uit het medisch dossier of de tweede chirurg voorafgaand aan de operatie, patiënte hierover heeft gesproken en/ of heeft geïnformeerd of de operatie met risico's gepaard zou gaan;
2. de tweede chirurg werd tijdens het opereren van patiënte geconfronteerd met een heel andere situatie dan door de radioloog was vermeld in het Echo-verslag. Met name werd hij tijdens de operatie geconfronteerd met de aanwezigheid van een bloedkoek onder de lever, die niet bij de radiodiagnostiek was ontdekt. Het gevolg hiervan was dat niet de juiste voorbereidingen voor de operatie waren getroffen. Met name begon de bloedkoek hevig te bloeden, welke heeft geleid tot hartritmestoornissen. Er bevond zich op dat moment een defecte defibrillator in de operatiekamer en er was geen bloed aanwezig. Voorbereidingen waren getroffen voor het verwijderen van galstenen;
3. in het ziekenhuis was slechts één radioloog, die afkomstig was uit het buitenland, werkzaam. Specialisten, waaronder ook de tweede chirurg, waren er bekend mee dat op grond van Echo-onderzoeken van de radioloog verkeerde operaties bij patiënten waren uitgevoerd. Ondanks deze wetenschap had de tweede chirurg ervoor gekozen om op het kompas van het Echo-verslag van de radioloog te varen en over te gaan tot opereren, terwijl hij ervoor kon hebben gekozen om de operatie uit te stellen voor het inschakelen van een andere radioloog voor het uitbrengen van een second opinion en zulks aan patiënte en de familie voor te leggen. Die mogelijkheid had de tweede chirurg, omdat geenszins uit het medisch dossier valt af te leiden dat de operatie acuut moest worden uitgevoerd.

Hetgeen het MTC hiervoor heeft vastgesteld, leidt tot de slotsom dat het vooronderzoek voor de operatie onzorgvuldig heeft plaatsgevonden, zodat de tweede chirurg nalatigheid kan worden verweten.

## **5.7 Grove onkunde**

Het MTC komt ook tot de slotsom dat de tweede chirurg grove onkunde kan worden verweten, en wel op grond van de hierna volgende overwegingen.

Ondanks het feit, dat de tweede chirurg niet wist wat de bloedkoek was, heeft hij ervoor gekozen om over te gaan tot het los prepareren van de bloedkoek op het klievingsvlak met lever, met het gevolg dat bij de poging tot het los prepareren mogelijk een inscheuring was ontstaan bij de galblaas of een bloedvat was kapot getrokken waardoor patiënte was gaan doorbloeden. Naar het oordeel van het MTC zou de tweede chirurg in plaats van het proberen los te prepareren van de bloedkoek, terstond moeten overgaan tot het sluiten van de buik van patiënte om een medisch heronderzoek ter zake te doen plaatsvinden. Dit temeer daar, het om een patiënte met een cardiale voorgeschiedenis ging en er slechts voorbereidingen waren getroffen voor het operatief verwijderen van galstenen.

## **5.8 Conclusie**

Nu de tweede chirurg nalatigheid en grove onkunde kan worden verweten, zal de klacht van klager gegrond worden geacht.



### 5.9 Op te leggen maatregel

Het MTC acht - gelet op de feiten en omstandigheden van het geval en het feit dat geenszins is gebleken dat de tweede chirurg eerder is geconfronteerd geweest met een tuchtmaatregel - de maatregel van berisping op zijn plaats.

Tevens acht het MTC het op zijn plaats om op de voet van artikel 55 van het Reglement Medisch Tucht recht en Oplossing van Geschillen, deze beslissing in het belang van de gezondheidszorg in het algemeen bekend te maken met weglating van de namen en woonplaatsen van de in de beslissing genoemde personen zoals bepaald in lid 3 van laatst genoemd artikel.

### 6. De beslissing

#### Het Medisch Tuchtcollege:

6.1 Acht de klacht gegrond.

6.2 Legt op de maatregel van berisping.

6.3 Bepaalt dat deze beslissing door de secretaris op de voet van artikel 55 van het Reglement Medisch Tucht recht en Oplossing van Geschillen zal worden bekend gemaakt op "Star Nieuws" en zal worden aangeboden aan het Surinaams Medisch Journaal, en het Surinaams Juristenblad met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven op heden, vrijdag 26 februari 2021, door mr. S.M.M. Chu, plaatsvervangend - voorzitter, drs. A. Bueno de Mesquita-Voigt, lid en drs. D. Ramautar - Gangaram Panday, plaatsvervangend lid, in tegenwoordigheid van mr. M.E. van Genderen-Relyveld, secretaris.

w.g. M.E. van Genderen-Relyveld

w.g. S.M.M. Chu

w.g. A. Bueno de Mesquita-Voigt

w.g. D. Ramautar-Gangaram Panday

Voor afschrift  
De secretaris van het Medisch Tuchtcollege,

Mr. M.E. van Genderen-Relyveld

