

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 155/2008

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 17 februari 2011 naar aanleiding van de op 22 juli 2008 ingekomen klacht van

A, wonende te B,

bijgestaan door mr. drs. R.M. Knol,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, neurochirurg, werkzaam te D,

bijgestaan door mr. A.W. Hielkema, Stichting Rechtsbijstand Gezondheidszorg te Utrecht,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Klaagster heeft een klaagschrift ingediend. Verweerder heeft een verweerschrift ingediend, voorzien van bijlagen. Zij hebben vervolgens gerepliceerd en gedupliceerd, de dupliek met nog een bijlage. Beiden hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden

gehoord in het kader van het vooronderzoek. Op verzoek van de secretaris zijn de medische dossiers betreffende klaagster ingezonden door drie verschillende ziekenhuizen.

Klaagster heeft juist voorafgaand aan de eerste zitting nog een aantal röntgenfoto's meegenomen.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 2 april 2010, alwaar zijn verschenen klaagster en verweerder met diens gemachtigde.

Ter zitting is op initiatief van het college als deskundige gehoord prof. dr. W.C. Peul, als neurochirurg onder meer verbonden aan het Medisch Centrum Haaglanden te Den Haag.

Van het verhandelde ter zitting is proces-verbaal opgemaakt.

Bij tussenbeslissing van 27 mei 2010 heeft het college het onderzoek heropend, bepaald dat wederom een zitting plaats zal vinden alwaar voornoemde deskundige andermaal zal worden uitgenodigd en klaagster verzocht om binnen vier weken na deze uitspraak alle foto's en bijbehorende mapjes die zij betreffende de onderhavige zaak in haar bezit heeft per aangetekende post te verzenden naar het college, dan wel tegen ontvangstbewijs bij het college af te geven.

De behandeling is vervolgens opnieuw aangevangen in een andere samenstelling ter openbare zitting van 7 januari 2011 alwaar klaagster is verschenen bijgestaan door mr. drs. R.M. Knol. Verweerder en zijn gemachtigde zijn met bericht van verhindering niet verschenen.

Op initiatief van het college is als deskundige wederom gehoord prof. dr. W.C. Peul voornoemd, en op initiatief van klaagster is als deskundige gehoord dr. F.J. de Bruïne, als radioloog verbonden aan het Spaarneziekenhuis te Hoofddorp en Heemstede.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken waaronder de medische dossiers en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klaagster is sinds 1996 patiënt bij verweerder. Op 11 november 1996 heeft hij bij haar een discectomie L5-S1 uitgevoerd. Op 15 augustus 1997 heeft hij op dezelfde plek een partiële foraminotomie uitgevoerd.

In verband met aanhoudende pijnklachten in het linkerbeen heeft verweerder klaagster wederom geopereerd op 16 februari 2001. Op deze operatie heeft de klacht betrekking. Verweerder heeft een spondylodese (fixatie) van L5-S1 uitgevoerd. Het verslag van deze operatie vermeldt onder meer: "Bij incisie van de annulus fibrosus met name aan de rechterzijde blijkt de discusruimte zeer nauw te zijn. Derhalve wordt nu eerst onder röntgendoorlichting de intredeplaats van de pedicels gemarkeerd." De fixatie wordt uitgevoerd met poliaxiale Xia-schroeven in L5 van 6,5 mm. diameter en in S1 van 7,5 mm. diameter. Tijdens de ingreep wordt de plaatsing van de schroeven gecontroleerd met laterale röntgenfoto's. Daarop is te zien dat de schroeven zich in situ bevinden. Direct na de operatie heeft klaagster een ernstige voetheffersparese (klapvoet) links. Verweerder verwees klaagster naar de revalidatiearts. Zij kreeg een voetorthese en oefentherapie. Verweerder ziet klaagster in het jaar na de operatie een paar keer. De eerste keer na ontslag, in april 2001, noteert verweerder de klapvoet in de status, in augustus 2001 dat de parese herstellende was en ten slotte in januari 2002 dat het redelijk goed ging. Verweerder verwijst klaagster vanwege de pijn naar de fysiotherapeut en/of de revalidatiearts. Daarna ziet hij haar 2,5 jaar niet meer. In die periode wordt klaagster behandeld in een rug- en een pijnpolikliniek in E. Uiteindelijk wordt in de pijnpolikliniek op 23 september 2004 een MRI-LWK gemaakt. De radioloog verslaat deze als volgt: "De pedikelschroef van L5 links verloopt niet door de pedicel heen, maar heeft een (te) mediale positie en steekt door het wervelkanaal. Door deze positie wordt de duraalzak naar mediaal verplaatst." In november 2004 komt klaagster weer bij verweerder. Zij kan niet slapen van de pijn in het linkerbeen en verweerder noteert dat het "hardstikke slecht" gaat. De conclusie van verweerder in de status luidt: "Schroef uithalen!" Vervolgens vraagt klaagster een second opinion aan bij neurochirurg F in het G te H. Op 29 december 2004 wordt ook daar een MRI-LWK uitgevoerd. De radioloog aldaar vermeldt onder meer: "Er is een st. na spondylodese op niv. L5-S1 waarbij de schroef aan de li zijde op niv. L5 in het spinale kanaal verloopt. net mediaal van de pedikel. Dien ten gevolge wordt vernauwing van de recessus lateralis li waargenomen. de configuratie van de duraalzak welke niet meeloopt met de schroeven suggereert dat de schroef hierdoor perforereert alhoewel het laatste niet met zekerheid vast te stellen is. Er is forse versmalling van de rec. lateralis op niv. L5 aan li zijde veroorzaakt door de schroef, waarbij de schroef in een nauwe relatie komt met de wortel L5 welke hierdoor getoucheert wordt". Bij brief van 7 februari 2005 maakt F melding van een "evidente relatie van te mediaal geplaatste cq uitgebroken pedikelschroef met wortel L5 links." Klaagster wendt zich weer tot verweerder voor verwijdering van het osteosynthesemateriaal links, hetgeen hij op 1 april 2005 uitvoert. Ten slotte voert F op 1 december 2005 in het I vanwege de radiculopathie ter hoogte van de L5, een operatieve decompressie uit. Het operatieverslag vermeldt onder meer: "Na ruim openen van de resussus lateralis wordt de wortel L5 links in het parapediculaire traject wat gehavend aangetroffen, waarbij er tevens in de mediale zijde van de duraalzak een defect wordt vrijgemaakt. Ter plaatse ontbreekt de dura over een doorsnede van 0.5 – 1 cm."

Nadat klaagster haar beklag heeft gedaan, heeft zij op 8 januari 2008 een gesprek gehad met verweerder in aanwezigheid van de klachtenfunctionaris van het ziekenhuis. Een

intern memo aan de jurist van het ziekenhuis over de toonzetting van dit gesprek, anderhalf jaar later door de klachtenfunctionaris opgemaakt op verzoek van de gemachtigde van verweerder, is overgelegd bij dupliek. De klachtenfunctionaris maakt hierin melding van een prettig en open gesprek waarin verweerder een open en empathische houding had en probeerde uitleg en inzicht te geven aan, en vragen te beantwoorden van klaagster.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder, zakelijk weergegeven:

- a. dat hij onvoldoende informatie heeft gegeven over mogelijke complicaties van de operatie,
 - met name de mogelijkheid van het ontstaan van een klapvoet;
- b. dat hij de schroeven bij deze operatie te mediaal heeft geplaatst;
- c. dat hij inadequaat heeft gereageerd op de ernstige klachten;
- d. dat hij zich arrogant heeft gedragen.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij klaagster uitgebreid heeft geïnformeerd over de mogelijke complicaties van de ingreep maar dat, zo stelde verweerder ter zitting, in die tijd nog niet zozeer sprake was van informed consent. De schroef is niet te mediaal geplaatst maar is later uitgebroken. De ontstane klapvoet is een complicatie die kan optreden, maar zich veelal weer herstelt. Hij heeft de klachten serieus genomen en het beloop gevolgd. Hij heeft steeds een goed contact gehad met klaagster en zich nimmer arrogant gedragen.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op 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.

5.2

Anders dan verweerder heeft aangevoerd, behoorde ook in 2001 een patiënt te worden geïnformeerd over risico's die kleven aan een operatie als de onderhavige. Verweerder mocht niet zonder meer aannemen dat klaagster die risico's kende omdat zij intelligent was, eerder (andere) operaties had ondergaan en bij hem bekend was als iemand die zichzelf goed informeerde. Klaagster had vanwege de voorgeschiedenis een verhoogd risico op een complicatie als een klapvoet. Volgens de deskundige Peul was dat risico zeker 5%, waarvan 20% blijvend en 80% met een herstelperiode van enkele maanden tot jaren. Zoiets moet, en moest ook in 2001, expliciet worden gezegd.

Nu verweerder niet heeft gesteld dat hij klaagster hierover heeft geïnformeerd en hier ook geen (enkele) aantekening over heeft gemaakt in de status, moet ervan worden uitgegaan dat hij dit niet heeft verteld aan klaagster. Het klachtonderdeel dat betrekking heeft op het gebrek aan informatie is dus gegrond.

5.3

Vanwege de samenhang worden de klachtonderdelen b. en c. gezamenlijk besproken. Verweerder heeft bij klaagster op 16 februari 2001 een spondylodese van L5-S1 uitgevoerd. Hij heeft 2 schroeven geplaatst. Tijdens de operatie heeft verweerder de plaatsing

van de schroeven gecontroleerd met laterale röntgenfoto's. Daarop was te zien dat de schroeven zich in situ bevonden, echter uiteraard alleen voor zover dat op grond van de laterale foto's was/is te beoordelen. Tijdens de operatie zijn geen anterior/posterior gemaakt en dat is ook niet gebruikelijk. Het infectierisico is namelijk te groot bij het maken van deze foto's. Tijdens de operatie mag dan ook volstaan worden met het maken van laterale röntgenfoto's. Op indicatie dienen echter wel AP-foto's te worden gemaakt of ander beeldvormend onderzoek te worden gedaan. Dat was het geval toen de dag na de ingreep bleek dat klaggster een klapvoet had. Verweerder is daar dezelfde dag van op de hoogte gesteld maar heeft geen aanvullend beeldvormend (AP-foto, CT-scan of MRI) onderzoek laten doen. Hij ontslaat klaggster uit het ziekenhuis met een verwijzing naar de revalidatiearts voor het aanmeten van een voetorthese.

Verweerder ziet klaggster daarna nog diverse malen. Het enige onderzoek dat hij nog laat doen is een EMG. Verweerder ziet klaggster dan voor het laatst op 8 januari 2002. Klaggster heeft dan nog klachten (pijn) waarvoor verweerder haar naar de fysiotherapeut verwijst en naar de revalidatiearts.

Het oordeel van verweerder dat de schroeven in goede positie zijn is dan nog altijd gebaseerd op de tijdens de operatie gemaakte laterale röntgenfoto's. Volgens het college had verweerder in februari 2001, voor ontslag van klaggster uit het ziekenhuis, al aanvullend beeldvormend onderzoek moeten doen en dat geldt te meer toen verweerder klaggster, terwijl zij nog klachten had, uit de controle ontsloeg op 8 januari 2002. Dan had verweerder immers kunnen constateren dat de linker pedikelschroef niet goed zat, zoals hierna uiteen wordt gezet.

Verder beeldvormend onderzoek wordt gedaan als klaggster zich wendt tot een rug- en pijnpolikliniek in E. Op 20 september 2004 wordt een MRI gemaakt waarop te zien is dat de pedikelschroef van L5 links niet door de pedikel verloopt maar een (te) mediale positie heeft en door het wervelkanaal heen steekt.

Klaggster bezoekt het spreekuur van verweerder vervolgens in november 2004 en vraagt een second opinion aan bij F in het G. De conclusie van beiden is dat de schroef verkeerd zit en verwijderd moet worden. Verweerder verwijdert de schroef op 1 april 2005. Opmerkelijk is dat verweerder niet een verslag heeft gemaakt hoe hij de schroef/schroeven bij die operatie heeft aangetroffen.

Verweerder stelt zich op het standpunt dat de linker pedikelschroef naar mediaal is geluxeerd, uitgebroken.

Met de deskundigen komt het college echter tot de conclusie dat dit niet het geval kan zijn maar dat de linker pedikelschroef verkeerd is geplaatst.

Het beeldvormend materiaal dat in het G is gemaakt in combinatie met het beeldvormend materiaal dat eerder gemaakt werd in de rug- en een pijnpoli noopt tot deze conclusie. Daarop is te zien dat de schroef te laag zat, namelijk onder de pedikel, en te mediaal. Verder is daarop te zien dat de linkerpedikel intact is zonder aanwijzingen dat er beschadigingen zijn geweest, die er geweest zouden moeten zijn als ooit een schroef in de pedikel had gezeten. Dat de schroef is uitgebroken kan dan ook niet worden aangenomen. Deze heeft nooit goed gezeten. Dat blijkt verder uit het verslag van de op 1 december 2005 uitgevoerde ingreep door F in het I zoals hierboven geciteerd. Zo'n laesie ontstaat niet door het uitbreken van een juist geplaatste schroef. Uit het operatieverslag wordt tevens duidelijk dat die laesie niet bij de ingreep op 1 december 2005 is ontstaan, zoals verweerder in zijn verweerschrift nog suggereert. Deze laesie kan dus alleen bij de door verweerder op 16 februari 2001 uitgevoerde operatie zijn ontstaan. Het bevreemdt het college dat verweerder dit niet heeft geconstateerd. Niet bij het plaatsen van de schroef en, meer nog, niet bij het verwijderen van de schroef. Toen moet immers een liquorlek zijn ontstaan.

Klachtonderdelen b. en c. in onderlinge samenhang bezien zijn derhalve gegrond.

5.4

Verweerder en klaagster hebben een verschillende visie op het verloop en de toon van het gesprek dat zij op 8 januari 2008 hebben gehad in aanwezigheid van de klachtenfunctionaris. Nu de memo van de klachtenfunctionaris de visie van klaagster op de houding van verweerder niet ondersteunt, heeft het college geen objectief houvast om ervan uit te gaan dat verweerder zich in dat gesprek arrogant heeft opgesteld. Het college vindt het wel opmerkelijk, al staat dit enigszins buiten deze zaak, dat de klachtenfunctionaris niet aanstonds een verslag van dit gesprek heeft kunnen produceren, althans niet aan klaagster, en eerst anderhalf jaar later een memo heeft gemaakt over uitsluitend de toonzetting van het gesprek. Maar de conclusie moet wel zijn dat dit klachtonderdeel niet slaagt.

5.5

De conclusie is derhalve dat de klacht wat betreft het informed consent, de ingreep zelf en de nazorg slaagt.

Het college acht de klacht ernstig. Het geven van informatie over de risico's aan klaagster was, gelet op enerzijds het betrekkelijke nut van de operatie (verweerder heeft getwijfeld over de noodzaak) en anderzijds de omvang van het risico dat klaagster liep, ook in 2001 geboden en gemeengoed. Verder rekent het college het verweerder ernstig aan dat hij zelf, ondanks de klachten van klaagster na de operatie op 16 februari 2001, nooit behoorlijk beeldvormend onderzoek heeft laten doen om te controleren of het osteosynthese materiaal juist was geplaatst. Hierdoor heeft klaagster lange tijd pijn en hinder ondervonden zonder adequate behandeling en heeft zij lange tijd in onzekerheid verkeerd over de oorzaak daarvan. Maar ook het feit dat verweerder, nadat was geconstateerd dat de linkerpedikelschroef fout zat, de oorzaak daarvan buiten zichzelf heeft proberen te leggen valt verweerder aan te rekenen.

Bij de bepaling van de zwaarte van de aan verweerder op te leggen maatregel heeft het college er voorts acht op geslagen dat verweerder niet meer werkzaam is als neurochirurg.

Al met al is een berisping op zijn plaats.

6. DE BESLISSING

Het college berispt verweerder!

Aldus gedaan in raadkamer door mr. A.L. Smit, voorzitter, mr. dr. J.C.J. Dute, lid-jurist, dr. R.H. Boerman, J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens en A.M. Rijken, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 17 februari 2011 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

voorzitter
secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aan gelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.