

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 056/2010

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 12 mei 2011 naar aanleiding van de op 12 februari 2010 ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, chirurg, werkzaam te B, bijgestaan door mr. V.C.A.A.V. Daniels, jurist bij de Stichting VvAA rechtsbijstand te Utrecht,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Klaagster heeft bij het Regionaal Tuchtcollege te D een klaagschrift ingediend. Klaagster heeft aldaar voorts een klacht ingediend tegen een neuroloog die na haar operatie in consult was gevraagd. Aangezien deze neuroloog lid van het Regionaal Tuchtcollege te D is, is diens zaak op de voet van artikel 3, vijfde lid, van het Tuchtrechtbesluit BIG verwezen naar het onderhavige college. Gezien de samenhang met de andere zaak heeft het D's college vervolgens op de voet van artikel 3, derde lid, van genoemd besluit, beide zaken verwezen naar het college te Zwolle. Verweerder heeft een verweerschrift ingediend. Partijen hebben vervolgens gerepliceerd, respectievelijk gedupliceerd. Klaagster wilde aanvankelijk gehoord worden in het kader van het vooronderzoek maar heeft hier later vanaf gezien. De zaak is behandeld ter openbare zitting van 26 maart 2011, alwaar zijn verschenen klaagster, en verweerder bijgestaan door zijn gemachtigde. Ter zitting is allereerst als getuige gehoord E, werkzaam te B, 62 jaar oud, algemeen chirurg, die de belofte heeft afgelegd. Vervolgens is als getuige gehoord een zuster van klaagster, eveneens geheten F, woonachtig te G, 50 jaar oud, werkzaam in de thuiszorg, die de eed heeft afgelegd. Vervolgens hebben klaagster en (de gemachtigde

van) verweerder het woord gevoerd en geantwoord op aan hen gestelde vragen. Verweerder heeft ten slotte de gelegenheid gehad om als laatste het woord te voeren. Ter zitting is tevens de klacht behandeld tegen de behandelend neuroloog van klaagster. In die zaak wordt onder nummer 055/2010 afzonderlijk uitspraak gedaan.

2. DE FEITEN

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

Klaagster was op 4 september 2008 betrokken bij een verkeersongeval waarbij ze ondermeer een breuk opliep aan het laterale tibiaplateau in haar linkerknie. Klaagster werd op 12 september 2008 geopereerd door chirurg H in het I te B. H plaatste een gecanuleerde schroef en verrichte een spongiosaplastiek.

Op 4 mei 2009 kreeg klaagster een verpleegkundige intake in verband met een geplande gynaecologische operatie. In de anamnese stond het volgende genoteerd: *'Reden opname volgens patiënte: Blaas, vagina en de endeldarm zijn verzakt en worden opgelift, en w.s. gaat dr. H de schroeven uit de li-knie verwijderen [...]'*.

Op 20 mei 2009 kwam klaagster voor controle bij H en werd het volgende in het medisch dossier vermeld: *'Is gepland voor ok (gyn) 19 juni a.s. Verzoek of wij tegelijke tijd schroefje kunnen verwijderen [...] inplannen voor verwijderen osteosynthesemateriaal. I.o.m. dr. H en opnamebureau (J): akkoord tijdens programma van K ingreep te doen [...]'*.

Op 19 juni 2009 werd klaagster geopereerd door gynaecoloog K. Deze heeft een vaginale voorwandplastiek en achterwandplastiek en hoge fixatie uitgevoerd.

Direct na deze operatie werd de gecanuleerde schroef operatief verwijderd door verweerder, en chirurg E.

Na de operatie heeft verweerder het volgende in het operatieverslag vermeld: *'Li.knie afdekken incisie door het oude litteken. Kopje steekt niet meer uit, zodat deze niet meer is te voelen. Daarom wordt de BV (RTG: beeldversterking) erbij gehaald. Op geleide van de BV (in 2 richtingen) wordt de schroefkop gelocaliseerd. Daarna met botbeiteltje weghalen van bot. De schroef zit onder een dikke laag littekenweefsel en nieuw gevormd bot. E neemt de operatie over en doet nogmaals localisatie van de schroefkop middels BV, wederom nog wat extra bot met beiteltje weghalen. Dan wordt de schroef gevonden en met ringetje en al verwijderd. Sluiten subcutis (vicryl) en daarna met ethilon'*.

De operatie heeft ongeveer anderhalf uur geduurd. Na ongeveer een half uur heeft verweerder zijn collega E erbij geroepen, die vrij snel de schroefkop lokaliseerde. Kort daarna is deze weer vertrokken.

Postoperatief ging verweerder diezelfde dag rond 17.30 uur bij klaagster langs. Hij schreef het volgende in de status: *'Langs geweest: kan voet niet heffen, er is wel sensibiliteit ++, lijkt peroneus uitval!! / parese (zou nog door hematoom kunnen komen)*

[...] oefenen: met tubigrip om spitsvoet te voorkomen. Overleg L, komt morgen langs, nu hoog leggen'.

Verweerder heeft op 20 juni 2009 telefonisch contact opgenomen met een dochter van klaagster en haar uitleg gegeven over de ontstane situatie. Op 23 juni 2009 had verweerder een gesprek met klaagster in aanwezigheid van haar dochters. Verweerder heeft over dit gesprek in het dossier vermeld dat hij alles nogmaals heeft uitgelegd en dat hij heeft aangegeven dat de prognose niet duidelijk is.

M werd aansprakelijk gesteld voor de gevolgen van het ongeval en er werd een geneeskundig advies uitgebracht door geneeskundig adviseur N.

In zijn rapportage d.d. 7 april 2010 concludeerde hij als volgt: *'De uitval van de nervus peroneus is een indirect ongevalgevolg. De uitval van de zenuw (nervus peroneus communis links) is het gevolg van doorsnijding van de zenuw tijdens de operatie van 19-06-2009 en niet van zwelling door de omgevende weefsels in de uren na de operatie. Deze doorsnijding is geen complicatie, een onvermijdelijk soms optredend gevolg van opereren, maar het gevolg van een foute operatietechniek en daarmee het gevolg van een fout van de chirurg. De doorsnijding had voorkomen kunnen worden door te kiezen voor een andere toegangsweg.*

(RTG: Verweerder) (of diens aansprakelijkheidsverzekeraar) zal mogelijk een andere visie toegedaan zijn. Ik meen dat om deze reden thans reeds een onafhankelijk orthopedisch oordeel gevraagd moet worden [...].'

Verweerder heeft geneeskundig advies ingewonnen bij traumachirurg O, werkzaam als traumachirurg bij het P. In zijn deskundigenrapportage d.d. 4 november 2010 heeft hij het volgende beschreven: *'[...] Na bestuderen van het dossier en de operatieverslagen ben ik van mening dat (RTG:verweerder) op een zorgvuldige wijze de operatieve ingreep ter verwijdering van de schroef uit het laterale tibia plateau van de linker knie heeft verricht. Hij beschrijft in het operatieverslag via het oude operatielitteken te zijn ingegaan hetgeen een gebruikelijke procedure is in deze. [...] Resumerend ben ik dus van mening dat op basis van de mij beschikbare gestelde informatie (RTG:verweerder) de chirurgische verwijdering van de schroef van het laterale tibiaplateau heeft uitgevoerd binnen de grenzen van de redelijke en bekwame beroepsuitoefening, zoals van een algemeen chirurg ten tijde van het incident zou mogen worden verwacht'.*

Klaagster heeft slechts de helft van de schade, die zij heeft geleden, vergoed gekregen. Zij is daarmee akkoord gegaan omdat zij -naar haar zeggen- niet anders kon.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- het volgende:

1. dat hij geen risico's heeft meegedeeld over de uit te voeren operatie,
2. dat hij tijdens de operatie de zenuw niet heeft gemarkeerd zodat hij er de rest van de operatie rekening mee kon houden,
3. dat hij klaagster niet heeft ingelicht over een mede-operateur bij de operatie,
4. dat hij geen goed dossier heeft bijgehouden,
5. meer in het algemeen verwijt ze verweerder dat hij niet gewoon toegeeft dat hij een fout heeft gemaakt.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hem tuchtrechtelijk niet kan worden verweten dat hij de zenuw tijdens de operatie niet gemarkeerd heeft. Het markeren van een zenuw is niet gebruikelijk en het gevaar bestaat dat de zenuw beschadigd raakt. Hij heeft door middel van beeldversterking de locatie van de schroef bepaald. Dat er peroneus uitval is geconstateerd bij klaagster na haar operatie van 19 juni 2009 betreft hij zeer maar moet gezien worden als een complicatie. Hij heeft klaagster niet geïnformeerd over de risico's van de operatie omdat het niet gebruikelijk is dit vlak voor de operatie te doen. Hij zag haar namelijk voor het eerst op de operatiekamer kort voordat gynaecoloog K met zijn operatie begon. In de periode voorafgaande aan de operatie was hij nog niet in beeld en het is gebruikelijk dat een patiënt tijdens het polikliniek bezoek voorafgaand aan de operatie gewezen wordt op mogelijke risico's en complicaties. Het is verder gebruikelijk dat het medisch dossier leeg is wanneer een letselschadebureau het dossier heeft opgevraagd. De notulen van het familiegesprek zijn in het dossier vermeld.

Verweerder weet niet of hij klaagster heeft ingelicht over het feit dat E heeft geassisteerd. Het gebeurt regelmatig dat chirurgen elkaar assisteren.

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

Het college stelt allereerst vast dat niet is komen vast te staan dat verweerder een fout heeft gemaakt. Het ligt niet erg voor de hand dat hij de nervus peroneus communis links tijdens het zoeken naar de schroefkop of het weghalen van de schroef heeft geraakt. De betreffende zenuw ligt zover verwijderd van de plek waar de schroefkop zich bevond, dat dat zeer onwaarschijnlijk is. Wat dan wel de oorzaak is, is voor het college moeilijk vast te stellen. Het is denkbaar dat de zenuw, door de vervorming van de fibulakop, die is ontstaan door een fractuur, al enigszins op spanning stond en dat deze als gevolg van de nadien opgetreden bloeduitstorting is beschadigd.

5.3

Hoe dan ook is het niet gebruikelijk bij een dergelijke operatie om deze zenuw te lokaliseren en daarna te markeren. Los van het feit dat dat niet nodig is (zie 5.2) zou dat ook gevaarlijk kunnen zijn omdat daarmee juist het risico wordt gelopen de zenuw te beschadigen. Deze klacht dient daarom te worden afgewezen.

5.4

Het staat vast dat klaagster niet op het risico van een klapvoet is geweest. Naar het oordeel van het college is het risico daarop bij een operatie als de onderhavige evenwel dermate gering dat vermelding ervan ook niet noodzakelijk is. Tussen partijen is in geschil of verweerder klaagster nog heeft gesproken voordat de operatie aanving. Gelet op het feit dat verweerder de markering checklist als eerste heeft getekend gaat het college ervan uit dat het klopt, wat verweerder op dit punt aanvoert, dat hij klaagster kort voor de operatie door gynaecoloog K heeft gesproken. Het is hoe dan ook begrijpelijk dat hij haar op dat moment niet op de hoogte stelde van dit risico. Ook deze klacht is daarom niet toewijsbaar.

5.5

Niet is komen vast te staan dat verweerder klaagster direct na de operatie heeft verteld dat E bij de operatie assistentie heeft verleend. Naar het oordeel van het college behoort een patiënt in beginsel te worden ingelicht over het feit dat (een deel van) de operatie door een andere chirurg is verricht. De rol van E heeft zich echter beperkt tot het lokaliseren van de schroefkop en het deels uitdraaien van de schroef. Onder deze omstandigheden kan het niet vermelden van dit feit verweerder niet tuchtrechtelijk worden aangerekend.

5.6

Het dossier, zoals zich dat thans bij het college bevindt, is voldoende bijgehouden, zodat ook deze klacht dient te worden afgewezen.

5.7

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat alle klachten ongegrond zijn.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. D. J. van Dijk, voorzitter, mr. dr. J.C.J. Dute, lid-jurist, dr. P.H. Wiersma, dr. R.H. Boerman, dr. P.J.G. Jörning, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. G.E. Bart, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 12 mei 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.