

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2012.101

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2012.101 van:

A., wonende te B., appellante, klaagster in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. A.S. Oude Hergelink, advocaat te Amsterdam
tegen

C., neuroloog, werkzaam te D., verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. D. Joeloemsingh, advocaat te Groningen.

1. Verloop van de procedure

A. (hierna klaagster) heeft op 6 september 2010 bij het Regionaal Tuchtcollege te Groningen tegen C. (hierna de arts) een klacht ingediend. Bij beslissing van 7 februari 2012, onder nummer G2010/84, heeft dat College de klacht in alle onderdelen ongegrond verklaard. Klaagster is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 12 februari 2013, waar zijn verschenen klaagster, bijgestaan door mr. A.S. Oude Hergelink, en de arts, bijgestaan door mr. D. Joeloemsingh.

Mr. Oude Hergelink heeft de standpunten van klaagster toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“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 neuroloog werkzaam in het E. Ziekenhuis te D..

2.2

In december 2009 is klaagster door verweerder verwezen naar een neurochirurg in verband met onder meer een zwaar gevoel in beide onderbenen. De neurochirurg heeft de diagnose neurogene claudicatio met een stenose L2-L5, het meest uitgesproken op L4-L5, gesteld. Na het bespreken van de behandelopties heeft klaagster gekozen voor een interarcuaire verwijding L4-L5.

2.3

In de ochtend van 10 februari 2010 is in het E. Ziekenhuis bij klaagster een interlaminare decompressie L4-L5 verricht door de neurochirurg. Na deze operatie had klaagster pijn in de benen, kon zij niet staan en was er sprake van urineretentie. De neurochirurg is de middag na de operatie twee keer bij klaagster geweest, maar heeft geen ongebruikelijke postoperatieve bevindingen geconstateerd.

2.4

Vanaf 11 februari 2010 is verweerder weer bij de behandeling van klaagster betrokken geweest. Ook op deze dag gaf klaagster aan pijn in de benen te hebben, had zij mictieklachten en verliep het mobiliseren moeizaam.

2.5

Op 12 februari 2010 heeft verweerder besloten om een MRI-scan te laten maken. F., neurochirurg in het G., was die dag aanwezig in het E. Ziekenhuis en verweerder heeft hem gevraagd de MRI-scan te beoordelen en klaagster te onderzoeken. De heer F. heeft op de MRI-scan een hematoom in het operatiegebied geconstateerd en heeft klaagster laten overplaatsen naar het G..

2.6

Op 13 februari 2010 is klaagster geopereerd in het G., waarbij evacuatie van een groot hematoom en botsegmenten in het operatiegebied heeft plaatsgevonden.

2.7

Op 15 februari 2010 is in het G. bij klaagster, vanwege een tweede nabloeding, opnieuw evacuatie van een hematoom in het operatiegebied verricht.

2.8

Klaagster is op 19 februari 2010 uit het G. ontslagen en overgeplaatst naar het E. Ziekenhuis. Deze opname heeft geduurd tot en met 26 februari 2010.

2.9

Op 11 mei 2010 heeft een gesprek plaatsgevonden in het bijzijn van de klachtenfunctionaris van de E. Zorggroep tussen klaagster, haar echtgenoot en haar zoon, F. en verweerder.

3. De klacht

De klacht bestaat uit de volgende onderdelen die, zoals het College begrijpt, als volgt luiden:

3.1

Klachtonderdeel 1

Verweerder heeft alle medicatie van klaagster zonder overleg met haar, haar echtgenoot of haar behandeld psychiater, in een keer stopgezet met ingang van 10 februari 2010.

3.2.

Klachtonderdeel 2

a

Verweerder heeft de nabloeding bij klaagster te laat geconstateerd. Klaagster heeft na de operatie continu pijn in de benen gehad, zakte door haar benen en had mictieklachten. Op 11 februari 2010 was het hematoom bij klaagster al zichtbaar. Door onachtzaamheid van verweerder, in het bijzonder het te laat laten maken van een MRI-scan, heeft de nabloeding veel te lang geduurd. Dit heeft voor klaagster ernstige gevolgen gehad.

b

Verweerder heeft gezegd dat de diagnose bij klaagster moeilijk te stellen was, omdat verweerder dacht dat de klachten psychisch van aard waren.

c

Blijkens een brief van verweerder is door hem vastgesteld dat klaagster een verhoogd bloedingsrisico had. Met die wetenschap had verweerder extra alert moeten zijn na de operatie.

d

Op basis van een protocol had klaagster naar een andere afdeling overgeplaatst moeten worden waar meer controle was. Er heeft echter geen overplaatsing plaatsgevonden.

e

De echtgenoot van klaagster is niet geïnformeerd over haar situatie.

3.3

Klachtonderdeel 3

Verweerder beschikt over een brief van de behandelend psychiater van klaagster van 29 oktober 2004 en heeft die brief als bijlage bij zijn verweerschrift gevoegd. Klaagster heeft geen toestemming gegeven voor het ter beschikking stellen van deze brief aan verweerder. Klaagster zou hiervoor ook geen toestemming geven, omdat de brief niet relevant is voor de onderhavige zaak.

4. Het verweer

4.1

Verweerder heeft geen enkele opdracht gegeven tot het stopzetten van de medicatie van klaagster. De stopzetting van de medicatie blijkt alleen uit de administratieve wijze waarop de medicatietoediening is vastgelegd, maar uit onderzoek door de klachtenfunctionaris van de E. Zorggroep blijkt dat klaagster haar medicatie gedurende de opnameperiode van 10 februari tot en met 12 februari 2010 heeft gekregen.

4.2.

a

Verweerder betwist dat de schade die klaagster als gevolg van de nabloedingen heeft opgelopen valt toe te rekenen aan zijn handelen. Verweerder was vanaf 11 februari 2010 verantwoordelijk voor klaagster. Op deze dag gaf klaagster aan last van tintelingen in beide benen te hebben, maar gaf zij ook aan dat de pijn minder was dan de dag ervoor. Verweerder heeft de wond gezien en een aantal neurologische testen uitgevoerd. Verweerder vond bij onderzoek geen verontrustende uitval. Het klinisch beeld van klaagster gaf op dat moment geen aanleiding om nader onderzoek te doen. Op 12 februari 2010 heeft verweerder klaagster opnieuw onderzocht. Klaagster gaf aan dat de pijnklachten waren afgenomen en dat het gevoel in het rijbroekgebied goed was. Zij meldde toen voor het eerst dat het gevoel in de voeten minder was dan voor de operatie en dat zij subjectief minder kracht in de benen had. Bij het lichamelijk onderzoek vond verweerder evenwel een goede kracht in de voetextensoren en mogelijk minder kracht in de flexoren van de tenen, krachtgraad 4 tot 5 bij gesaccadeerd aanspannen. Door verweerder is toen besloten om met voorrang een MRI te laten maken, omdat er sprake was van onvoldoende verbetering, hoewel klaagster aangaf minder pijn te hebben. Ook de neurochirurg, de heer F., vond bij onderzoek op 12 februari 2010 geen opvallend krachtverlies en heeft, voor wat betreft de gevoelstoornis, in zijn aantekeningen opgemerkt dat de benen dover waren dan pre-operatief, hoewel het gebied van doofheid onveranderd was gebleven. Op de MRI-scan is de nabloeding geconstateerd. Klaagster is nog dezelfde dag overgeplaatst naar het G.. Tot op het moment van overplaatsing waren er geen overtuigende aanwijzingen voor een verlamming. Ook het gevoel door de benen te zakken hoeft niet te duiden op verlamningsverschijnselen, maar kan goed passen als een reactie op pijn. Dat de mictie nog niet spontaan op gang was gekomen, was te verklaren in het kader van postoperatief herstel, de verminderende mobiliteit en peri- en postoperatieve medicatie. Door het verpleegkundig personeel is d.d. 11 februari 2010 een uitwendig hematoom geconstateerd, dit is niet hetzelfde als een hematoom in het operatiegebied die enkel zichtbaar is op een MRI-scan. Er heeft zich volgens verweerder geen moment voorgedaan dat eerder ingegrepen had moeten worden of waarop hij anders had moeten handelen dan hij heeft gedaan. Verweerder acht het aannemelijk dat de door klaagster opgelopen schade met name rond de tweede nabloeding is opgetreden en wordt in zijn opvatting gesteund door F.

b

Verweerder heeft geenszins beweerd dat de klachten van klaagster psychisch van aard waren. Verweerder heeft aangegeven dat de beoordeling van het beeld, samenhangend met de wisselende presentatie en bepaalde bevindingen bij het onderzoek, zoals het gesaccadeerd aanspannen, lastig was.

c

Verweerder heeft in een brief van 12 maart 2010 aan de huisarts van klaagster benoemd dat zich nog een tweede nabloeding heeft voorgedaan, hetgeen voor de behandelaars in het G. reden is geweest om aan de mogelijkheid van een onderliggende stollingsafwijking te denken. In het G. is nadien uitgebreid stollingsonderzoek bij klaagster verricht, waarbij geen stollingsstoornis met verhoogde bloedingsneiging is gevonden.

d

Het is verweerder onduidelijk op welk protocol ten behoeve van overplaatsing naar een andere afdeling klaagster doelt. Er bestaat binnen het E. Ziekenhuis geen protocol in de zin van de stelling van klaagster.

e

Uit brieven van de klachtenfunctionaris van de E. Zorggroep van 27 mei en 25 juni 2010 blijkt dat de klacht van klaagster betreffende het niet informeren van haar echtgenoot over haar situatie, zich richt op de verpleegkundigen van de afdeling Kortverblijf. Dit klachtonderdeel ziet derhalve niet op een gedraging van verweerder.

4.3

De brief van de behandelend psychiater van klaagster van 29 oktober 2004, die verweerder bij zijn verweerschrift heeft gevoegd, maakt onderdeel uit van het medisch dossier van klaagster. Er is sprake geweest van gegevensuitwisseling tussen de huisarts van klaagster en het E. Ziekenhuis. Als rechtstreeks bij de behandel-overeenkomst betrokkene, heeft verweerder kennis mogen nemen van deze brief en kon de toestemming van klaagster worden verondersteld.

5. Beoordeling van de klacht

Naar aanleiding van de stukken en het verhandelde ter zitting overweegt het College als volgt:

5.1

Klachtonderdeel 1

Op het medicatieoverzicht van klaagster betreffende de opname in het E. Ziekenhuis staat bij 11 februari 2010 het woord 'gestopt' achter alle medicatie. Een medicatieoverzicht van 12 februari 2010 ontbreekt. Blijkens e-mailberichten van de klachtenfunctionaris van de E. Zorggroep van 9 en 10 november 2010 aan verweerder heeft zij onderzoek gedaan naar de medicatieverstrekking aan klaagster. Volgens de klachtenfunctionaris staat vast dat verweerder geen enkele opdracht heeft gegeven tot het stoppen van de medicatie van klaagster en kan worden aangetoond dat klaagster in ieder geval tot en met 11 februari 2010 de medicatie heeft gekregen. Voorts is het volgens de klachtenfunctionaris aannemelijk dat op 12 februari 2010 de verkeerde ontslagdatum is ingevuld, namelijk 11 februari 2010, waardoor de apotheek deze datum automatisch met terugwerkende kracht als stopdatum op het medicatieoverzicht heeft ingevoerd.

Zo zou te verklaren zijn waarom bij

11 februari 2010 'gestopt' achter de medicatie staat. Klaagster heeft volgens de klachtenfunctionaris ook op 12 februari 2010 haar medicatie ontvangen, omdat de medicatie voor die dag al op donderdag 11 februari 2010 om 17.00 uur op de afdeling waar klaagster verbleef is aangekomen en de onjuiste ontslagdatum pas om 18.00 uur is ingevuld. Ook volgens de teamleider van de desbetreffende afdeling heeft klaagster haar medicatie op 12 februari 2010 gekregen, maar is dit niet in het dossier afgetekend.

Klaagster heeft verklaard dat zij op 11 en 12 februari 2010 geen medicatie heeft gekregen.

Het College is van oordeel dat de gang van zaken rondom de medicatieverstrekking aan klaagster gedurende de eerste opnameperiode in het E. Ziekenhuis onvoldoende duidelijk is geworden. Wel is naar het oordeel van het College voldoende aannemelijk geworden dat verweerder geen enkele opdracht heeft gegeven tot het stopzetten van de medicatie van klaagster. In het geval dat klaagster haar medicatie op enig moment daadwerkelijk niet heeft gekregen, kan verweerder hiervan geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt en lag het op de weg van klaagster om hiernaar te informeren.

Het klachtonderdeel is ongegrond.

5.2

Klachtonderdeel 2

a

Het College is van oordeel dat verweerder op 11 en 12 februari 2010 niet verwijtbaar heeft gehandeld met betrekking tot de behandeling van klaagster.

Verweerder was vanaf 11 februari 2010 verantwoordelijk voor de behandeling van klaagster. Hoewel klaagster ter zitting heeft verklaard dat verweerder op 11 februari 2010 niet bij haar langs geweest is en geen onderzoeken heeft verricht, gaat het College ervan uit dat dit wel het geval is, nu daarvan zowel in de verpleegkundige rapportage als in de decursus aantekeningen zijn gemaakt. Verweerder heeft uit de verpleegkundige rapportage kunnen concluderen dat klaagster op 10 februari 2010 had aangegeven veel pijn in de benen te hebben en dat zij deze pijn omschreef als druk in de benen. Daarnaast heeft verweerder kunnen constateren dat het mobiliseren van klaagster moeizaam ging en er sprake was van urineretentie. Op 11 februari 2010 heeft verweerder in de decursus aangetekend dat klaagster die ochtend voor het eerst uit bed was geweest, tintelingen in beide benen had en er sprake was van urineretentie. Verweerder heeft verklaard dat hij neurologische testen heeft uitgevoerd en daarbij geen verontrustende uitval vond. Verweerder heeft niet genoteerd welke testen hij heeft uitgevoerd. Ook in de verpleegkundige rapportage is echter vermeld dat er neurologische testen zijn uitgevoerd door verweerder. Op basis van zijn bevindingen en het klinische beeld van klaagster mocht verweerder op 11 februari 2010 besluiten om geen nader onderzoek te doen en geen MRI-scan te laten uitvoeren. De urineretentie kon goed worden verklaard door de peri- en postoperatieve medicatie en door het langdurig liggen in verband met de operatie. Het mobiliseren van klaagster verliep weliswaar moeizaam, maar zij kon onder begeleiding van de fysiotherapeut 's ochtends toch uit bed komen. Het hematoom dat door de verpleging was geconstateerd betrof een uitwendig hematoom en was in onvoldoende mate een aanwijzing voor het bestaan van een hematoom in het operatiegebied. Tot slot werd er door verweerder bij onderzoek geen verontrustende uitval gevonden, waardoor er alles bijeengenomen onvoldoende signalen waren voor een nabloeding.

Op 12 februari 2010 heeft verweerder klaagster opnieuw onderzocht en werd door hem een normale kracht gemeten. Klaagster gaf echter aan dat het gevoel in de voeten minder was dan voor de operatie en dat zij subjectief minder kracht in de benen had. Verweerder heeft adequaat gehandeld door op dat moment een MRI-scan te laten maken, waarop een nabloeding is geconstateerd. Voor de handwijze van verweerder pleit ook dat F. als getuige ter zitting heeft verklaard dat hij op 12 februari 2010 bij onderzoek van klaagster constateerde dat het rijbroekgebied vrij was van sensibiliteitsstoornissen en de uitval mild was.

b

In de verpleegkundige rapportage staat op 11 februari 2010 aangegeven dat verweerder klaagster heeft gezien en daarbij is ook het volgende vermeld: 'door mevrouw haar psychische toestand zijn haar klachten en handelingen ook moeilijk te peilen.' Deze opmerking houdt niet in dat verweerder dacht dat de klachten psychisch van aard waren, zoals klaagster stelt. Verweerder heeft voldoende gemotiveerd aangegeven dat hij niet heeft beweerd dat de klachten van klaagster psychisch waren, maar dat hij heeft bedoeld dat de beoordeling van het beeld van klaagster lastig was in verband met de wisselende presentatie en bepaalde bevindingen bij het onderzoek.

c

Verweerder heeft in een brief aan de huisarts van klaagster van 12 maart 2010 benoemd dat er aanvullend stollingsonderzoek bij klaagster zou plaatsvinden in het G.. Daarbij verwijst verweerder naar de brief van 19 februari 2010 die vanuit het G. naar de huisarts van klaagster is gestuurd. In deze laatste brief wordt vanwege de twee nabloedingen na de oorspronkelijke operatie gesproken over een vermeend verhoogd bloedingsrisico bij klaagster. Verweerder kon derhalve onmogelijk voorafgaand aan de nabloedingen op de hoogte zijn van dit vermeende verhoogde bloedingsrisico. Bovendien is uit het verdere stollingsonderzoek gebleken dat er bij klaagster geen sprake is van een verhoogd bloedingsrisico.

d

Verweerder heeft voldoende weersproken dat er binnen het E. Ziekenhuis een protocol bestaat op basis waarvan klaagster zou moeten zijn overgeplaatst naar een andere afdeling. Klaagster heeft deze stelling onvoldoende toegelicht.

e

Het College is van oordeel dat het niet tot de taak van verweerder behoorde om de echtgenoot van klaagster te informeren over haar situatie na het maken van de MRI-scan. Op dat moment was de verdere behandeling van klaagster de grootste zorg van verweerder en behoorde het tot de taak van de verpleging om de echtgenoot van klaagster over de situatie te informeren. Uit brieven van de klachtenfunctionaris van de E. Zorggroep van 27 mei en 25 juni 2010 aan klaagster blijkt ook dat klaagster tijdens het gesprek met de klachtenfunctionaris de klacht met betrekking tot het onvoldoende informeren van haar echtgenoot, heeft gepresenteerd als een klacht over de verpleegkundigen van de afdeling Kortverblijf. Er heeft op 24 juni 2010 in het bijzijn van de klachtenfunctionaris dan ook een gesprek plaatsgevonden tussen klaagster, haar echtgenoot en het waarnemend afdelingshoofd Kortverblijf. Het waarnemend afdelingshoofd heeft tijdens dit gesprek haar excuses aangeboden en toegezegd de ervaringen van klaagster in het teamoverleg aan de orde te stellen. Het College concludeert dat deze klacht geen handelen of nalaten van verweerder betreft en zal de klacht derhalve niet nader beoordelen.

Het klachtonderdeel is ongegrond.

5.3

Klachtonderdeel 3

In de KNMG-richtlijn inzake het omgaan met medische gegevens is tot uitdrukking gebracht dat een arts, indien tegen hem een klacht bij een tuchtcollege is ingediend, voor het voeren van verweer relevante gegevens uit het dossier mag gebruiken zonder hiervoor de toestemming te vragen van de patiënt op wie het dossier betrekking heeft. Verweerder had derhalve geen toestemming nodig van klaagster om gegevens uit haar medisch dossier te gebruiken in het kader van zijn verweer, maar diende zich wel te beperken tot 'relevante gegevens', dat wil zeggen: de gegevens die voor de behandeling van de klacht redelijkerwijs van belang zijn. Hoewel de brief van de behandelend psy-

chiater van klaagster van 29 oktober 2004 niet in verband staat met de bij klaagster uitgevoerde lumbale operatie en de daaropvolgende nabloedingen, was het verweerder er blijkens zijn dupliek om te doen om met de brief aan te geven welke medicatie klaagster voorgeschreven had gekregen en dat deze medicatie eventueel interactie zou kunnen hebben met nog andere voor te schrijven medicijnen. Het College is van oordeel dat verweerder de brief van de behandelend psychiater van klaagster op grond van de door hem aangevoerde reden als relevant voor de beoordeling van de onderhavige klacht mocht beschouwen. Ook dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1. Het beroep van klaagster heeft alleen betrekking op de overwegingen die het Regionaal Tuchtcollege in zijn beslissing ten grondslag heeft gelegd aan de ongegrondverklaring van klachtonderdeel 2a. Hiertegen heeft klaagster drie grieven aangevoerd. Het beroep van klaagster strekt in zoverre tot vernietiging van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege en, opnieuw rechtdoende, tot gegrondverklaring van klachtonderdeel 2a onder oplegging van een maatregel aan de arts.

4.2. De arts heeft in hoger beroep gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot afwijzing van het beroep.

4.3. De grieven van klaagster lenen zich voor gezamenlijke behandeling. De arts was vanaf 11 februari 2010 verantwoordelijk voor de behandeling van klaagster. In de verpleegkundige rapportage heeft de arts kunnen lezen dat klaagster op 10 februari 2010 na haar operatie had aangegeven dat zij veel pijn in de benen had, deze pijn had omschreven als druk in de benen en dat zij aangaf niet op haar benen te kunnen staan. Ook heeft hij in deze rapportage kunnen lezen dat het mobiliseren van klaagster die dag moeizaam ging en dat er sprake was van urineretentie. Op 11 februari 2010 heeft de arts in de decursus aangetekend dat het moeizaam ging met klaagster, dat zij die ochtend voor het eerst uit bed was geweest, dat zij tintelingen in beide benen voelde en dat er sprake was van urineretenties tot 500cc. De arts heeft verklaard dat hij die dag neurologische testen bij klaagster heeft uitgevoerd en dat hij daarbij geen afwijkende bevindingen heeft geconstateerd. De arts heeft daarvan geen notitie gemaakt in de decursus. In de verpleegkundige rapportage is vermeld dat de arts neurologische “testjes” heeft uitgevoerd bij klaagster. De fysiotherapeut heeft op 11 februari 2010 gerapporteerd: “Neuroloog: alles functioneert goed.” Desgevraagd heeft de arts ter zitting van het Centraal Tuchtcollege toegelicht dat hij op 11 februari 2010 de gebruikelijke neurologische testen bij klaagster heeft uitgevoerd en dat hij hiervan geen notitie heeft gemaakt in de decursus, omdat deze testen niet hadden geleid tot afwijkende bevindingen. Gelet op de persisterende mictieklachten bij klaagster die vroegen om extra waakzaamheid, was het beter geweest als de arts in de decursus had genoteerd dat hij neurologische testen bij klaagster had uitgevoerd, welke dat waren en dat deze niet hadden geleid tot afwijkende bevindingen. Deze omissie is naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege echter niet zo ernstig dat de arts daarvan een tuchtrechtelijk verwijt moet worden gemaakt.

4.4. Op basis van zijn bevindingen en het klinische beeld van klaagster heeft de arts mogen besluiten om op 11 februari 2010 geen nader onderzoek te doen en om geen MRI-scan te laten maken. Het mobiliseren van klaagster ging die dag moeizaam, maar zij kon onder begeleiding van de fysiotherapeut 's ochtends toch uit bed komen. Het hematoom dat door de verpleging was geconstateerd, betrof een uitwendig hematoom.

Een uitwendig hematoom is naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege over het algemeen in onvoldoende mate een aanwijzing voor het bestaan van een dieper gelegen hematoom (wat in dit geval op zenuwbanen zou drukken). De arts heeft naar aanleiding van de door hem uitgevoerde neurologische testen geen verontrustende uitval geconstateerd. De mictieklachten konden worden verklaard door de peri- en postoperatieve medicatie en door het langdurig liggen in verband met de operatie. De arts heeft in de decursus genoteerd dat de retenties tot 500 cc bedroegen. Ter zitting heeft de arts verklaard dat hij deze hoeveelheid heeft opgeschreven op basis van de informatie die hij op dat moment van de verpleegkundige had gekregen. Tevens heeft de arts verklaard dat hij volgens het protocol van het ziekenhuis heeft gehandeld. Bij retenties van meer dan 500cc wordt afhankelijk van de situatie van de patiënt in beginsel een verblijfskatheter ingebracht. Er wordt intermitterend gekatheteriseerd, dat wil zeggen minimaal drie maal per dag en bij grotere hoeveelheden urineretentie vaker, indien de toestand van de patiënt uitstel van het inbrengen van een verblijfskatheter toelaat. De klinische toestand van klaagster op 11 februari 2010 liet op dat moment toe dat zij intermitterend gekatheteriseerd werd en dat er nog geen verblijfskatheter werd ingebracht. Zo kon goed in de gaten worden gehouden of de retentie bleef bestaan, aldus de arts.

4.5. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege is de handelwijze van de arts ten aanzien van het intermitterend katheteriseren van klaagster op 11 februari 2010 verdeelbaar. Uit de verpleegkundige rapportage blijkt dat op 11 februari 2010 om 00.30 uur een retentie is gemeten van 800cc, om 06.00 uur was deze retentie wederom 800cc, om 11.00 uur 550 cc en om 15.00 uur 950cc. Om 18.00 uur die dag is blijkens de verpleegkundige rapportage, vanwege persisterende retentie, een verblijfskatheter ingebracht bij klaagster. Uit de verpleegkundige rapportage kan worden afgeleid dat de arts klaagster vóór 12.30 uur heeft onderzocht. De hoeveelheid retentie, zelfs indien wordt uitgegaan van een retentie van 800cc, had in de situatie van klaagster niet hoeven leiden tot een ander beleid dan het door de arts gevoerde beleid. Dat om 15.00 uur een retentie is gemeten van 950cc, is een omstandigheid waarvan de arts geen verwijt kan worden gemaakt, nu gesteld noch gebleken is dat hij hiervan op de hoogte was of is gesteld. De omstandigheid dat klaagster risicopatiënte is op grond van neurogene claudatie had evenmin hoeven leiden tot een ander dan het door de arts gevoerde beleid.

4.6. Op 12 februari 2010 heeft de arts klaagster opnieuw onderzocht. Klaagster gaf aan dat het gevoel in de voeten minder was dan voor de operatie en ook dat zij subjectief minder kracht in de benen had dan voor de operatie. De arts heeft geconstateerd dat het gevoel in het rijbroekgebied goed was en dat de pijn was afgenomen. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege heeft de arts adequaat gehandeld door naar aanleiding van het onderzoek op 12 februari 2010 een MRI-scan van het operatiegebied van klaagster te laten maken.

4.7. De voorgaande overwegingen leiden tot het oordeel dat het hoger beroep van klaagster moet worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. E.J. van Sandick, voorzitter, prof. mr. J.K.M. Gevers en mr. W.P.C.M. Bruinsma, leden-juristen en dr. R.P. Kleyweg en dr. C.C. Tijssen, leden-beroepsgenoten en mr.dr.s. E.E. Rippen, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 11 april 2013. Voorzitter w.g. Secretaris w.g.