

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 052-2012

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 28 juni 2013 naar aanleiding van de op 27 februari 2012 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B

k l a g e r

-tegen-

**C**, gynaecoloog, werkzaam te B,  
gemachtigde mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht,

v e r w e e r d e r

#### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift;
- het verweerschrift met bijlagen;
- de repliek met bijlage;
- de dupliek met bijlagen.

Partijen hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 17 mei 2013. Klager is in persoon verschenen vergezeld van zijn echtgenote. Verweerder is verschenen bijgestaan door zijn gemachtigde.

De zaak is gelijktijdig behandeld met een zaak van klager tegen een (fertiliteits)arts, die net als verweerder werkzaam is in het D in B. In die zaak met nr. 053/2012 wordt heden eveneens 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.

De klacht betreft de echtgenote van klager, mevrouw E, geboren op 9 juli 1972, hierna patiënte te noemen.

Verweerder is als gynaecoloog verbonden aan het D te B.

Bij brief van 22 februari 2008 van haar huisarts werd patiënte voor het eerst naar de polikliniek fertiliteit van het D verwezen: *“Proberen sinds dec 2006 zwanger te worden. Irr menses. Werd 03-01-07 zwanger 25-03 spontane abortus. Sindsdien lukt het niet om zwanger te raken. Heeft lange cyclus; rond 35-40 dgn. Soms tussentijdse bloeding duur 3 dgn. Menses duren 5 dgn, Infertiliteit”*. Destijds werd aan verder onderzoek niet toegekomen omdat patiënte spontaan zwanger was geworden. Patiënte werd doorverwezen naar de gynaecoloog en beviel op 16 november 2008 via een sectio caesarea van een gezonde dochter. Post partum was er sprake van een fluxus met Hb daling tot 2,2 bij een atone uterus bij bekende uterus myomatosus, waarvoor opname is gevolgd op de IC.

Bij brief van 12 maart 2010 werd patiënte door de huisarts verwezen naar de gynaecologen van het D in verband met menstruatieproblemen. De huisarts schrijft ondermeer: *“Nu pil 2 weken gestaakt. minim bloedverlies gehad wel bijbehorende klachten gehad. Overweegt andere vorm van conceptie. Sinds 2e zwangerschap 20 kilo aangekomen. 2e zwangerschap bevalling met heftige fluxus. Sinds deze fluxus heeft ze geen normale mense meer gehad. Enkel enige spotting na pilgebruik. Menstruatieproblemen. Is hier sprake van asherman? Of is het het gevolg van de gewichtstoename? Tevens advies ten aanzien van anticonceptie.”*

Bij brief van 26 maart 2010 luidde de conclusie van de gynaecologen aan de huisarts: *cervicale stenose ofwel intra uteriene adhesies?* Zij stelden een beleid voor met Primolut en het herhalen van een echo om te zien of er een afvloeiingsbelemmering was. Tevens vonden zij het te overwegen om te zijner tijd een hysteroscopie te doen en een IUD te plaatsen.

Op 31 januari 2011 kwam patiënte, in verband met een actuele kinderwens, op de polikliniek fertiliteit waar ze werd ontvangen door een gekwalificeerd verpleegkundige, die een aantal onderzoeken heeft ingezet. Bij de intake is een echo gemaakt en werd laboratoriumonderzoek verricht. Bij klager werd een semenonderzoek uitgevoerd.

Op 25 februari 2011 kwam het echtpaar bij de fertiliteitsarts (F) om de uitslagen van het onderzoek te bespreken. Aan de orde kwam tevens dat het overgewicht mede ten grondslag kon liggen aan het niet zwanger worden.

De fertiliteitsarts noteerde ondermeer: *“\*geen Sheehan \* pco met overgewicht \* clomid <-> gonadotrofinen. Plan 1) afvallen 2) Clomid “. Zij noteerde ook : “mevr wil op dit moment vooral afvallen. Wil niet dik zijn. Wil niet zwanger en dik zijn Vindt op dit moment risico gewicht omhoog bij Clomid of hormonen te hoog dus rustig verder met afvallen. Bij vragen retour.”* Ter voorbereiding van dit gesprek was door de fertiliteitsarts overleg gepleegd met de destijds nog aan het ziekenhuis verbonden gynaecoloog G.

De fertilitateitsarts deed van dit bezoek en het gedane onderzoek verslag aan de huisarts bij brief van 28 februari 2011. Ze schrijft daarbij dat algemeen oriënterend fertilitateitsonderzoek onder meer de volgende resultaten gaf. *“cyclus: amenorroe sinds bevalling. Echografisch het beeld van pco ovaria. Hormonaal geen bijzonderheden. Cervixkweken, ook op Chlamydia, negatief. Schildklier normaal Lengte 1,65 m., gewicht 91 kg. Conclusie: secundaire fertilitateitsstoornis op basis van een cyclusstoornis(pco) (Poly Cysteus Ovariumsyndroom, rtc) en/of overgewicht. Advies: Mevrouw is al heel goed bezig met lengte en gewicht. Zij wil eerst verder afvallen voordat we eventueel gaan proberen de cyclus te herstellen met m.b.v. Clomid of gonadotrofinen. Er zijn geen aanwijzingen voor het syndroom van Sheehan. Een semenanalyse was normaal”.*

Bij afwezigheid van voornoemde fertilitateitsarts werd de volgende afspraak waargenomen door verweerder die de opvolger was van eerdergenoemde G. Blijkens de aantekeningen ging dit consult over afvallen. Het voorstel was om 2-3 maanden te streven naar gewichtsreductie. En *“als dit echt niet werkt”* Clomid te gebruiken. Patiënte heeft met dit advies ingestemd.

Omdat klager en patiënte vonden dat hetgeen bij het eerste consult door de fertilitateitsarts en hetgeen bij de tweede consult door verweerder was verteld, niet met elkaar overeenstemde, hebben zij nog een consult met de fertilitateitsarts aangevraagd. Dat heeft op 11 mei 2011 plaatsgevonden. De fertilitateitsarts heeft hun vervolgens uitleg gegeven over de inhoud van de eerste twee consulten. Zij noteerde bij dit gesprek ondermeer dat patiënte een second opinion wilde vragen.

Patiënte belde op 8 juli 2011 met de fertilitateitsarts om aan te geven dat zij meende het syndroom van Sheenan te hebben. De fertilitateitsarts heeft haar meegedeeld dat dit syndroom al eerder, bij laboratorium onderzoek, was uitgesloten.

Op 2 augustus 2011 heeft patiënte haar medische gegevens bij het ziekenhuis opgehaald ten behoeve van een consult (second opinion) in het H in I. In dit ziekenhuis is vervolgens bij patiënte, na een hysteroscopie, geconstateerd dat sprake was van het syndroom van Asherman.

Op 23 september 2011 heeft nog een gesprek met de fertilitateitsarts plaatsgevonden, waarbij klager en patiënte verslag hebben gedaan van de bevinding van het H dat er bij patiënte sprake was van het syndroom van Asherman. De fertilitateitsarts heeft bij dit gesprek nog een toelichting op de door haar gegeven voorlichting en verrichte onderzoeken gegeven en aangegeven dat onderzoek naar het syndroom van Asherman ook door haar ingezet zou zijn. Hierna is onderhavige klacht ingediend.

### 3. STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerder, zakelijk weergegeven, het volgende: Verweerder heeft ten onrechte de diagnose PCO gesteld. Deze diagnose was ook niet waarschijnlijk omdat patiënte geen verhoogd testosteron had en er evenmin sprake was van cysten in de eierstokken. Patiënte is naar de fertilitateitskliniek gegaan om zwanger te worden en niet om af te vallen. Zwanger worden had voor haar meer prioriteit dan afvallen. Zelfs bij juiste verhouding lengte en gewicht zou patiënte, gelet op het later geconstateerde syndroom van Asherman, niet zwanger hebben kunnen worden.

Het syndroom van Asherman was al in een vroeg stadium door de huisarts gesuggereerd en onderzoek hierna lag ook op basis van de eerdere bevalling met fluxus voor de hand. De fertilitateitsarts gaf echter aan dat patiënte behandeld zou kunnen worden met hormonen om de menstruatie op gang te brengen en dat overgewicht wellicht ook een oorzakelijke factor was bij het uitblijven van de zwangerschap. Patiënte zou gedurende een maand nadenken over de vraag of zij met hormonen behandeld wilde worden. Op 25 maart 2011 ging zij verweerder in het ziekenhuis bezoeken om mee te delen dat zij wilde starten met de hormoonbehandeling. Patiënte voelde zich door het gesprek met verweerder dat met name over afvallen ging en dat in haar optiek niet strookte met de informatie die zij van de fertilitateitsarts kreeg, in verwarring gebracht. Dit is aanleiding geweest voor het volgende consult bij de fertilitateitsarts en ook om een second opinion aan te vragen. Door onderzoek naar het syndroom van Asherman na te laten, is veel tijd verloren gegaan, waardoor de kans op een zwangerschap afnam. Bovendien was patiënte genoodzaakt elders een oplossing te zoeken.

#### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij niet is tekortgeschoten in de door hem aan patiënte te verlenen zorg.

De diagnose PCO bij overgewicht was begrijpelijk en verdedigbaar. Het handelen van verweerder was in overeenstemming met de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Het echoscopisch onderzoek uit 2011 toonde een beeld met multiple kleine cysten. Daarnaast was er sprake van een verstoring van de cyclus. Na haar vorige zwangerschap was patiënte 20 kg aangekomen hetgeen ook de kans op het voorkomen van PCO sterk verhoogde. Mede gelet op het feit dat patiënte eerst wilde afvallen, zoals blijkt uit de verslagen van de consulten, en anderzijds op grond van de geringe kans op het syndroom van Asherman, bestond er geen indicatie om hier reeds bij het eerste en/of tweede consult diagnostiek naar te verrichten ook al had de huisarts dit gesuggereerd. Indien patiënte toe zou zijn geweest aan een behandeling met Clomid en deze behandeling zonder resultaat zou zijn gebleven dan zou nader onderzoek (ondermeer naar het syndroom van Asherman) zijn ingezet. Ook in dit geval was het belang van gewichtsreductie groot geweest en er was ook een maximumtermijn voorgesteld zodat de diagnose niet veel verder zou zijn uitgesteld. Hysteroscopisch onderzoek is ook niet zonder risico's en dient slechts plaats te vinden op grond van een goede indicatie. Aan een dergelijk onderzoek kwam men niet eens toe omdat klager en patiënte reeds na twee consulten een second opinion hebben gevraagd, waarna patiënte zich elders heeft laten behandelen.

#### 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 is van oordeel dat verweerder niet tuchtrechtelijk kan worden verweten dat hij niet eerder onderzoek heeft gedaan naar het syndroom van Asherman. Bij de intake is onderzoek verricht bestaande onder meer uit een echo en laboratorium onderzoek. Nadat de uitslagen van de onderzoeken bekend waren, heeft een eerste consult plaats gevonden door de fertilitateitsarts. Uit het dossier blijkt dat verweerder de bevindingen van de fertilitateitsarts onderschreef en haar behandelplan heeft voortgezet.

De fertilitateitsarts heeft op grond van de uitkomsten blijkens de aantekening in het dossier direct uitgesloten dat er sprake was van het syndroom van Sheenan, welk onderzoek gelet op de medische voorgeschiedenis uit november 2008 voor de hand lag. Naar aanleiding van de bevindingen bij de echo uit 2011 en het laboratorium onderzoek, kwam de fertilitateitsarts tot de diagnose dat sprake was van PCO met overgewicht. Naar het oordeel van het college kon de fertilitateitsarts in deze eerste fase – en verweerder in het consult dat hij een maand later met klager en patiënte had - tot die diagnose komen en is het tuchtrechtelijk niet verwijtbaar dat op dat moment, noch ten tijde van het consult dat verweerder had, nog geen onderzoek werd ingesteld naar het veel zeldzamere syndroom van Asherman. Het echoscopische beeld uit 2011 van de ovaria bij patiënte vertoonde multiple kleine cysten passend bij PCO en tevens was er sprake van een verstoring van de menstruatiecyclus en overgewicht. Het college ziet geen aanleiding om te twijfelen aan de bevindingen zoals die uit de echo naar voren zijn gekomen en zoals de fertilitateitsarts die in haar brief aan de huisarts heeft gecommuniceerd. De medische voorgeschiedenis van patiënte – te weten de fluxus bij de bevalling in november 2008 – maakt dit niet anders. Overigens merkt het college nog op dat uit het dossier blijkt dat ook de echo die in 2008 gemaakt was aanwijzingen voor PCO gaf. Nu sprake was van overgewicht bij patiënte en bij fertilitateitsbehandelingen een betere verhouding tussen lengte en gewicht een positieve invloed heeft op kans op zwangerschap, is het door de fertilitateitsarts en verweerder opgestelde behandelplan – waar patiënte blijkens haar toelichting ter zitting ook mee heeft ingestemd – dat patiënte eerst zou afvallen, een juiste aanpak en conform de richtlijnen die de NVOG hiervoor hanteert.

Ter zitting is uitgelegd dat als zou blijken dat het afvallen en de behandeling met hormonen niet zou aanslaan, nader onderzoek gedaan zou worden waarbij ook gekeken zou worden naar de vraag of er wellicht sprake was van het syndroom van Asherman. Aan het uitvoeren van dat onderzoek is echter niet toegekomen nu klager en patiënte zich inmiddels tot de kliniek in J hadden gewend. Nu er een veel zeldzamere kans was dat het hier het syndroom van Asherman betrof en het onderzoek naar het vaststellen van het syndroom van Asherman - door middel van een hysteroscopie - voor patiënte veel belastender was dan het ingezette behandelplan om eerst af te vallen en dan Clomid te gaan gebruiken, valt verweerder tuchtrechtelijk niet te verwijten dat onderzoek niet in het begin reeds is ingesteld. Daarvoor bestond naar het oordeel van het college op dat moment nog geen indicatie. Nu klager en patiënte zich reeds voor het einde van de afgesproken termijn van twee tot drie maanden waarin patiënte zou proberen verder af te vallen en voor het starten van de behandeling met Clomid, voor een second opinion tot de kliniek in J hadden gewend, kan verweerder niet worden verweten dat hij niet (tijdig) de juiste onderzoeken heeft verricht. Het college acht de klacht dan ook ongegrond.

## 6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. D.M. Schuiling, voorzitter, mr. E.W. de Groot, lid-jurist,  
dr. F. Brus, C.I.M. Aalders en J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens, leden-beroepsgenoten in aanwezigheid van mr. B.E.H. Zijlstra-Bauer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op  
28 juni 2013 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. J.W. Sijnstra-Meijer, 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 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.