

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 091-2012

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 22 maart 2013 naar aanleiding van de op 12 april 2012 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, arts, werkzaam te D,
bijgestaan door mr. M.J.J. de Ridder, 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 met de bijlage;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek met de bijlagen;
- het medisch dossier, waaronder het door gemachtigde van verweerder nagezonden gedeelte.

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 8 februari 2013, alwaar zijn verschenen klagster, vergezeld van H, gemachtigde, en E, klagsters zoon, en verweerder met zijn raadsman.

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, geboren 27 juli 1959, heeft in januari 1996 een maagverkleining volgens Mason ondergaan.

Begin 2011 kreeg klagster moeilijkheden met het innemen van vast voedsel.

Blijkens de decursus heeft op 7 april 2011 onderzoek plaatsgevonden. Uit het echografisch onderzoek bleek dat zich in de galblaas stenen bevonden, mogelijk met tekenen van schrompeling. De overige galwegen waren niet gestuwd. Op diezelfde datum werd genoteerd dat klagster vaak pijn had 30 tot 45 minuten (na het eten), uitgeput was en in totaal 20 kilogram was afgevallen.

Op 13 april 2011 en 20 april 2011 zag verweerder klagster poliklinisch. Op 27 april 2011 werd bij klagster een laparoscopische cholecystectomie verricht zonder complicaties.

Op 7 mei 2011 werd klagster onderzocht door een collega van verweerder. In de decursus zijn de volgende aantekeningen opgenomen:

"A) goed, zeer tevreden, pijn Θ

O) abd soepel, geen drukpijn

wondje boven de navel wat rood, geen zwellingen,

drukpijn of fluctuatie -itis Θ

andere wondjes gb

B) EB"

Op 7 december 2011 bezocht klagster verweerder wederom. Verweerder heeft het volgende opgenomen in de decursus:

"Via HA \rightarrow gastro ivm bovenbuikklachten.

St na Mason 1996 (open)

Gastro : wijde hiatus

prox maag bandje met opp. erosie, wel te passeren

geen migratie

antrumgastritis

(...)

x-slik?

revisie? advies (...) verw bar.chir

Na eten pijnklachten, maagregio geen braken

Ook na lap chol nooit volle maaltijd kunnen eten.

Laatste 8 weken erger

Drinkt alleen nog met bijvoeding (nutrison via HA)

Gew. 72 kg laatste maand 10 kg \downarrow

Bij gastroscopie door lucht zelfde pijnklachten.

B/_ - bijvoeding blijven gebruiken

- X-slik

co nadien"

Op 9 december 2011 heeft klagster zich gemeld bij de eerstehulp post van het ziekenhuis. Van 9 tot en met 13 december 2011 was klagster opgenomen in het ziekenhuis in verband met langdurige pijnklachten in de buik. Er werd een slikfoto gemaakt.

De radioloog bracht daarvan verslag uit aan verweerder, inhoudende:

“Medische gegevens:

status na mason plastiek 1996 nu passageproblemen. status mason? (verticale staplerrij nog intact?) passage ?

Doorlichting maag.

Op blanco opname enkele staples zichtbaar in de linkerbovenbuik. Status na laparoscopische

cholecystectomie met operatieclips in de rechterbovenbuik.

Vlotte passage van contrast door de oesophagus tot in de maag. Normaal slijmvliespatroon van de oesophagus. In de maag status na Mason plastiek. Verticale staple rij imponeert intact. Normale passage van contrast door de maag en het duodenum tot in het jejunum. Ook een Marshmellow passeert zonder problemen de Mason plastiek. Op de een na laatste opname suggestie van uitbochting in de bulbus duodeni, tijdens onderzoek niet direct opvallend als afwijkend. Beeld kan echter passen bij duodenum divertikel.

Conclusie

Status na Mason plastiek zonder aanwijzingen voor complicaties. Normale passage van contrast tot voorbij Treitz.

Op 1 opname suggestie van een duodenum divertikel, echter bij eerdere beeldvorming en tijdens dynamisch onderzoek niet opvallend.”

In het medisch dossier is opgetekend dat op 12 december 2011 in overleg met chirurg F besloten is tot een gastric bypass, te plannen binnen 6 weken.

Verweerder heeft klaagster op 20 december 2011 wederom gezien, aansluitend aan een door klaagster bezochte voorlichtingsbijeenkomst over gastric bypass. Verweerder heeft in het dossier genoteerd, voor zover van belang:

“opn 9/12 -13/12 passage problemen bij Mason passage alleen door defecte staplerrij.

→ Revisie Mason → GB

Heeft flesjes + bouillon → dit lukt, rest gaat niet

accord GB risico conversie

geen extra vragen.”

Nadien heeft klaagster geen contact meer gehad met verweerder.

Klaagster werd op 20 januari 2012 door chirurg F geopereerd. Er werd een gastric bypass na Mason verricht, waarbij zich geen complicaties voordeden.

Op 25 mei 2012 werd in verband met fors gewichtsverlies en bijvoeding een PEG-sonde geplaatst bij klaagster. Klaagster werd op 13 juli 2012 wederom opgenomen in het ziekenhuis via de spoedeisende hulp in verband met een dislocatie van de PEG-sonde. Op 17 juli 2012 vond een vervolgsconsult plaats bij chirurg G. Uit de bij dit consult gemaakte aantekeningen, waar zowel de naam van klaagster als G onder staat, blijkt het volgende:

“...3x disloceren PEG katheter.

Probleem:

Patiënte kan onvoldoende eten binnen krijgen en houden om op gewicht te blijven.

Analyse van haar klachten heeft geen duidelijke oorzaak voor deze klachten aan het licht gebracht.

De PEG katheter was bedoeld om te kijken of voeding via de restmaag makkelijk zou gaan en om daarmee te bewijzen dat een reconstructie van de maag mogelijk de problemen van patiënte wat betreft haar voeding zou kunnen oplossen.

De PEG katheter heeft te kort gezeten en onvoldoende resultaat gegeven om dit aan te tonen.

De voorkeur van haar behandelaar, Dr. G, is om opnieuw een PEG katheter te plaatsen.

Patiënte ziet dit door haar slechte ervaring met 3x een dislocatie van de PEG niet zitten en wil nu een reconstructie van de tractus digestivus.

Als behandelaar weet ik niet of een reconstructie de oplossing voor patiënte gaat brengen.

Het alternatief is een nieuwe voedingssonde, dit weigert patiënte.

De reconstructie geeft mogelijk een oplossing maar met een zeer groot risico:

1 grote OK in bij een patiënte met een matige voedingstoestand die rookt. Waardoor er een groot risico op complicaties bestaat.

2 absoluut geen zekerheid dat deze ingreep de problemen wat betreft de voeding van patiënte gaat oplossen.

Op verzoek van patiënte zal ik toch bovengenoemde reconstructie gaan uitvoeren en accepteren we de hieraan verbonden risico's."

Chirurg G heeft klaagster op 19 juli 2012 geopereerd. De operatie hield in het opheffen gastric bypass, reconstructie van de maag, het partieel verwijderen van het Dacron bandje en reconstructie van de dunne darm. Postoperatief had patiënte een gastroparese, waarop besloten werd endoscopisch een duodenumsonde te plaatsen. Gedurende de opname in het ziekenhuis tot 30 juli 2012 kon de sondevoeding niet worden afgebouwd. Het verdere postoperatieve beloop was ongecompliceerd.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat verweerder geen informatie heeft verschaft over alternatieve behandelingen, met name niet dat het ook mogelijk was de maagband te verwijderen. Daarnaast verwijt klaagster verweerder dat hij een onjuiste behandeling heeft ingezet in verband met haar ondergewicht/ondervoed zijn.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hem geen tuchtrechtelijk verwijt treft. Bij de overwegingen zal voor zover nodig nader op het verweer worden ingegaan.

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

Klaagster verwijt verweerder vooral dat hij geen informatie heeft gegeven over de mogelijkheid het Dacron bandje te verwijderen. Volgens haar heeft hij gezegd dat dit niet kon. Later, vlak na de gastric bypass operatie, heeft klaagster in gezelschap van haar zoon en H van chirurg F gehoord dat dat wel mogelijk was. Verder verwijt klaagster verweerder dat hij haar ten onrechte een gastric bypass heeft geadviseerd gelet op haar ondervoede toestand, zij die operatie niet wilde en de operatie ook geen verbetering heeft gebracht in haar toestand maar het haar daarna alleen maar slechter is vergaan.

5.3

Het college oordeelt dat verweerder, gelet op de stand van de wetenschap en hetgeen gebruikelijk is binnen de beroepsgroep, de juiste beslissing heeft genomen door te opereren voor een gastric bypass. In een geval als dat van klaagster is een gastric bypass het beleid van eerste keuze, mede in verband met de beperkte risico's van de operatie en het oorspronkelijk te bereiken doel: voorkomen van overgewicht. In zoverre is de klacht ongegrond. Daarbij overweegt het college dat verweerder heeft onderkend dat klaagster ondervoed was; hij heeft haar verwezen naar de diëtiste en bijvoeding gestimuleerd. Het college betreurt met klaagster dat de operatie niet heeft gebracht wat ervan mocht worden verwacht. Een oorzaak voor de toename van de klachten van klaagster is niet gevonden. Het enkele feit dat de operatie niet heeft gebracht wat daarvan mocht worden verwacht, brengt echter niet met zich dat verweerder voor een onjuist beleid heeft gekozen. De toetsing van het handelen van verweerder moet immers plaatsvinden in het licht van wat hem voor de operatie bekend was en bekend kon zijn.

5.4

Klaagster en verweerder verschillen van mening over de vraag of verweerder klaagster heeft verteld dat het verwijderen van het Dacron bandje niet kon, althans dat er geen alternatieven waren voor de gastric bypass. Vanwege de verschillende lezingen kan het college niet vaststellen dat verweerder dat heeft gezegd. De klacht is in zoverre dan ook ongegrond. Verder acht het college niet waarschijnlijk dat chirurg F na de operatie aan klaagster zou hebben verteld dat de verwijdering van het Dacron bandje ook een optie zou zijn geweest. Uit aantekeningen in het dossier blijkt dat F (mede)beslissers is geweest in de keuze voor een gastric bypass. De verwijdering van het Dacron bandje, wat neerkomt op een reconstructie van de maag, is een gecompliceerde, risicovolle operatie die bovendien het risico van overgewicht vergroot. Zelfs als moet worden aangenomen dat F heeft gezegd wat klaagster, haar zoon en H verklaren, kan hij niet bedoeld hebben dat dat een *reële* optie was naast een gastric bypass. Het brengt daarnaast niet mee dat verweerder onjuiste voorlichting heeft gegeven of een onjuiste beslissing heeft genomen in de behandeling.

5.5

In dit verband wijst het college nog op de brief van 11 december 2012 die chirurg F aan DAS Rechtsbijstand heeft geschreven. De medisch adviseur van DAS heeft aan F gevraagd of gesproken is over de mogelijkheid om alleen maar 'het bandje te verwijderen'. F antwoordt daarop dat er een verkeerd begrip is over de bij klaagster aanwezige Dacron band. De Dacron band waar het hier om gaat, brengt weefselreactie en daardoor fibrose

teweeg (hij groeit in en omliggende bloedvaten en zenuwen groeien hierin vast). Door de vaste ingroei ervan is het vrijwel onmogelijk om het Dacron bandje te verwijderen en bestaat er bij verwijdering een hoog risico op perforatie en complicaties. Daarom is het nooit geïndiceerd te pogen het Dacron bandje te verwijderen. F verklaart dat hij nooit geprobeerd heeft een Dacron band los te maken of te verwijderen en dat die optie in de beroepsgroep niet als een valide optie werd gezien vanwege de nadelen en de complicaties en de risico's. Het doorknippen van het Dacron bandje levert verder een onvoorspelbaar en soms teleurstellend resultaat met vaak ongebreidelde gewichtstoename op. F concludeert dat het antwoord is dat het bespreken van de mogelijkheid van het verwijderen van de Dacron band niet aan de orde was. Daarnaast wijst het college op de aantekening van de chirurg G van 17 juli 2012 waaruit volgt dat ook hij een reconstructie afraadt, klaagster de risico's heeft voorgehouden en de reconstructie uitsluitend op verzoek van klaagster heeft verricht waarbij bleek dat het Dacron bandje niet geheel verwijderd kon worden.

5.6

De conclusie moet zijn dat de klacht in al haar onderdelen ongegrond is en dat als volgt moeten worden beslist.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. Th.C.M. Willemse, voorzitter, mr. E.W. de Groot, lid-jurist, dr. P.J.G. Jörning, dr. P.C.M. Verbeek en dr. P.J.M. van Gurp, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. J.W. Sijnstra-Meijer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 22 maart 2013 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 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.