

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 177/2013

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 13 juni 2014 naar aanleiding van de op 6 juni 2013 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

bijgestaan door mr. R.K.R. Zwols, advocaat te Hoogeveen,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, kaakchirurg, werkzaam te D,

bijgestaan door C.W.M. Verberne, advocaat te Eindhoven,

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 bijlagen;**
- het verweerschrift met de bijlagen;**
- de repliek met de bijlagen;**
- de dupliek;**
- het schrijven namens klagster van 31 oktober 2013 voorzien van een bijlage;**
- het schrijven namens verweerder van 6 november 2013 voorzien van een bijlage;**
- het medisch dossier.**

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

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 29 april 2014, alwaar zijn verschenen klagster en verweerder in persoon, vergezeld door hun raadslieden.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch en verpleegkundig dossier inclusief beeldvormend materiaal) 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 behandeling van klaagster, geboren in 1974, door verweerder. Verweerder is sinds 1993 werkzaam als kaakchirurg in E te D (verder: het ziekenhuis).

Verweerder heeft klaagster op 21 april 2010 voor het eerst gezien toen zij op verwijzing door haar tandarts bij hem kwam. Zij was naar verweerder verwezen vanwege een te smalle bovenkaak, een zogeheten maxillaire hypoplasie in transversale zin bij geringe klasse III afwijking en met een dubbelzijdige kruisbeet. Verweerder heeft met klaagster zijn behandelvoorstel besproken: een buccale corticotomie (het klieven van het kaakbot in de bovenkaak) waarna een transpalatinale distractor volgens Mommaerts zou worden geplaatst. Verweerder heeft klaagster een voorlichtingsfolder meegegeven.

Op 22 juni 2010 heeft verweerder de ingreep uitgevoerd in algehele narcose. Verweerder heeft een buccale corticotomie gedaan waarbij hij vanaf de neushoek (apertura piriformis) heeft gezaagd richting achterzijde van het bot in de bovenkaak enkele millimeters boven de wortelpunten van de gebitselementen. Om te controleren of hij tot op het goede punt had gezaagd, heeft hij met een kleine beitel met een breedte van

5 mm gecontroleerd of de achterzijde van de bovenkaak was bereikt. Dit is het zogenaamd 'nalopen' van de zaagsnede. De behandeling verliep ongecompliceerd. Klaagster zou na de ingreep op de afdeling dagbehandeling verblijven en nog dezelfde dag naar huis gaan. Omdat klaagster zich niet lekker voelde, is klaagster echter opgenomen op de verpleegafdeling. Vanwege plaatsgebrek vond deze opname plaats op de afdeling verloskunde. Postoperatief ontwikkelde klaagster die avond een hemianopsie; zij zag slecht, met name in het rechter gezichtsveld. In de loop van de avond is er overlegd met de dienstdoende kaakchirurg. Dat was een collega van verweerder. Hij is in het ziekenhuis gekomen en heeft klaagster onderzocht, samen met een oogarts. De oogarts kon geen afwijkingen vinden. De dienstdoende kaakchirurg noteerde verder: *'Neuroloog kan nu niets doen morgen evaluatie'*.

De volgende dag gaf klaagster na het ontbijt over en om 10 uur heeft zij wederom gebraakt. Ook had klaagster last van toenemende hoofdpijn en nekpijn. Verweerder heeft klaagster op 23 juni 2010 direct na zijn aankomst in het ziekenhuis bezocht, klaagster onderzocht en direct de neuroloog in spoedconsult gevraagd. Het neurologisch onderzoek leverde wel afwijkingen op en de conclusie in het verslag van het aanvullende CT-onderzoek van 23 juni 2010 luidde: parenchymateuze bloeding links temporaal bij status na kaakchirurgische ingreep, schedelbasisfractuur links. Klaagster is naar aanleiding van deze diagnose ter observatie en verdere behandeling opgenomen op de stroke-unit van de afdeling neurologie tot 2 juli 2010.

Verweerder heeft met klaagster en haar partner een gesprek gehad in het bijzijn van F, verpleegkundige, op 24 juni 2010. F noteerde in het dossier: *“C gaf uitleg over de operatie en dat de bloeding dus een gevolg is van de OK. De breuk in de schedelbasis heeft een bloedinkje veroorzaakt. Dit bloedinkje heeft als gevolg dat er een hemianopsie rechts is ontstaan. De oogarts kon namelijk aan het oog zelf niets ontdekken. C heeft aan hun verteld dat de kans op herstel groot is maar dat het wel afwachten is. Rust is in dit geval het beste medicijn. De kaakchirurg gaat dus nu ook niet eerder dan volgende week woensdag kijken hoe ze verder gaan met schroeven. Er moet namelijk nog een spleet ontstaan tussen de voortanden. Met een breedte van een patat. (daarna de beugel) door het schroeven. Verder is hun verteld dat G nu hoofdbehandelaar is. Hr en Mw waren tevreden over het gesprek. Het was duidelijk.”*

Op 26 juni 2010 werd weer een CT-scan gemaakt. Deze scan liet een ongewijzigd beeld zien. De conclusie van het verslag van de radioloog luidde: ongewijzigde parenchymbloeding links temporaal bij bekende schedelbasisfractuur. Enig bloed in het ventrikelsysteem, conform eerder onderzoek. Verweerder heeft de uitslag met klaagster besproken. Verweerder heeft klaagster tijdens haar opname in het ziekenhuis dagelijks gesproken. Ook na het ontslag heeft verweerder nog veel contact met klaagster gehad. Omdat klaagster klinisch stabiel was, is zij door de neuroloog op 2 juli 2010 uit het ziekenhuis ontslagen.

Klaagster kon thuis de dagelijkse gang van zaken niet oppakken. De in consult gevraagde revalidatiearts constateerde dat klaagster naast de visusproblemen balansproblemen had en dat ze snel was uitgeput. Besloten werd te starten met een revalidatiedagbehandeling. Omdat dit echter te zwaar was voor klaagster, is zij opgenomen in een revalidatiekliniek. Deze opname duurde van 29 juli tot 20 september 2010. Hierna zou klaagster weer proberen het gewone leven op te pakken. Dat is klaagster echter niet gelukt. Zij is nog steeds ernstig beperkt in haar dagelijkse leven. Het werken als zelfstandig kapster, zoals zij voor de ingreep deed, is voor haar niet meer mogelijk.

Verweerder heeft diverse keren contact gehad met de jurist van het ziekenhuis met de vraag of het ziekenhuis iets voor klaagster kon betekenen, bijvoorbeeld in relatie tot een specifieke bril.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder - zakelijk weergegeven - dat:

- hij te hardhandig gebruik heeft gemaakt van de beitel (de osteotoom), in de zin dat hij te hard of te vaak zou hebben geslagen;
- hij een onnodig risico heeft gelopen door de zaagsnede na te lopen met de osteotoom;
- hij een verkeerde inschatting heeft gemaakt van het postuur van klaagster en de daarbij behorende stevigheid van haar schedel;
- klaagster ontslagen is uit het ziekenhuis in een situatie die volstrekt onverantwoord was.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder erkent dat mogelijk ten gevolge van het nalopen van de zaagsnede er toch als complicatie een fractuur is opgetreden. Verweerder erkent niet, en heeft dat ook nooit gedaan, dat hij te hard heeft geslagen en een fout heeft gemaakt.

Hij stelt zich verder op het standpunt dat hij jegens klaagster de zorg in acht heeft genomen die hij als redelijk bekwaam en redelijk handelend kaakchirurg onder deze omstandigheden in acht behoorde te nemen, dat hij dus geen tuchtnorm heeft geschonden en dat de klacht in al haar onderdelen dient te worden afgewezen. Voor zover nodig wordt hierna meer expliciet op het verweer 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. Daarbij benadrukt het college dat hetgeen klaagster is overkomen buitengewoon tragisch is, maar dat bij de beoordeling van het handelen van verweerder het college de wetenschap van die tragische afloop buiten beschouwing dient te laten. Toetsing van het handelen van verweerder dient plaats te vinden in het licht van wat verweerder op dat moment bekend was en bekend kon zijn.

5.2

Partijen zijn het in grote lijnen eens over de feitelijke gang van zaken. Wat hen vooral verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of sprake is van een medische fout of van een complicatie. In dat kader hebben al diverse deskundigen zich gebogen over deze casus. Deze deskundigen hebben zich in het bijzonder uitgelaten over de vraag of het nalopen van de zaagsnede met een beitelkje toentertijd in de beroepsgroep als norm of standaard was aanvaard. Met de deskundigen is het college het eens dat ten tijde van de ingreep op 22 juni 2010 de door verweerder gevolgde procedure lege artis was.

Weliswaar bestonden ook toen afwijkende protocollen of werkwijzen, maar dat enkele feit brengt niet mee dat verweerder niet overeenkomstig de normen heeft gehandeld door de gevolgde werkwijze te hanteren.

5.3

Naar het oordeel van het college behoeft de postuur van klagster en de daarbij behorende stevigheid van haar schedel verweerder niet van de gevolgde werkwijze te weerhouden. Steun voor het andersluidende standpunt van klagster heeft het college in het dossier noch in de deskundige rapportages aangetroffen. Verder betwist verweerder dat hij in het gesprek van 24 juni 2010 aan klagster heeft medegedeeld dat hij zich had verkeken op haar postuur. Daarom staat dat niet vast. Ook daarom kan niet worden geoordeeld dat verweerder onnodig risico heeft gelopen door de zaagsnede na te lopen met de beitel. Dit klachtonderdeel is dus ongegrond.

5.4

In de klacht van klagster ligt besloten het verwijt dat verweerder de gevolgde procedure niet zorgvuldig genoeg heeft uitgevoerd. Vast staat dat klagster ten gevolge van de operatie een schedelbasisfractuur heeft opgelopen. Desgevraagd heeft verweerder ter zitting voorgedaan hoe hij met de beitel de osteotomie van de bovenkaak heeft nagelopen. Het beitelkje dat hij daarbij hanteert, is 5 mm breed, scherp aan het uiteinde en bezit een platte achterkant waarop de hamer tikt. Verweerder heeft ter zitting, kennelijk in navolging van de door hem geraadpleegde neuroloog en radioloog, aangevoerd dat vanuit de zaagsnede in de bovenkaak naar achteren een barst of fractuur moet zijn ontstaan, waardoor een spike is ontstaan die de bloeding in de temporaal kwab heeft veroorzaakt. Op de CT-scans is evenwel geen fractuurlijn vanuit het operatiegebied zichtbaar.

5.5

Het college heeft de CT-scans nauwkeurig bestudeerd – in het bijzonder die van 26 juni 2010 - en heeft geconstateerd dat in de middelste schedelgroeve ter plaatse van het os sphenoidale een perforatie is te zien met een breedte van ongeveer 5 mm. Omdat tevens enkele losse botsplinters kunnen worden waargenomen aan de binnenzijde van de schedelbasis, die erop duiden dat er met enig geweld van buitenaf een

perforatie is ontstaan, is hoogstwaarschijnlijk dat verweerder met de beitel hoger en voorbij de lijn van de osteotomie is uitgekomen. Hij heeft vervolgens de schedelbasis van klagster geraakt waardoor de perforatie in de schedelbasis en de intracerebrale bloeding met bloed in het ventrikelsysteem zijn ontstaan. Het college dient dan ook aan te nemen dat verweerder bij het nalopen van de zaagsnede de richting en de afstand waarover de beitel is gebruikt niet meer onder controle heeft gehad. De perforatie in de schedelbasis en de osteotomie van de bovenkaak tonen immers geen continuïteit en een andere aannemelijke verklaring voor de door een uitwendige oorzaak ontstane perforatie in de schedelbasis is afwezig.

5.6

Uitgaande van deze oorzaak is de vraag aan de orde of de handelwijze van verweerder aangemerkt dient te worden als een complicatie of als een medische fout. Het college heeft er begrip voor dat het nalopen van het achterste deel van de osteotomielijn in de bovenkaak na de curvatuur van de crista infrazygomatiscus door het ontbreken van direct zicht grote oplettendheid vereist. Door een afwijking in richting of diepte van de veronderstelde plaats van de beitel kan de lamina pterygoïdea worden gemist en leiden tot een bloeding of, in dit geval, een schedelbasisperforatie indien de operateur tikt op de beitel. Hoewel het college veronderstelt dat een afwijking van de stand van de beitel vaker zal voorkomen - echter niet met de desastreuze gevolgen als bij klagster -, is het college desalniettemin van oordeel dat het onzorgvuldig is de lijn van de zaagsnede bij het nalopen kwijt te raken en in een andere richting dan de lijn op de beitel te tikken. De stand van verweerders beitel is op enig moment onmiskenbaar verkeerd geweest. Om deze reden treft verweerder een tuchtrechtelijk verwijt.

5.7

Verweerder heeft hiertegen aangevoerd dat hij zich niet herinnert dat hij anders dan normaal te werk is gegaan. Dit laat onverlet dat gebeurd kan zijn wat het college als de hoogstwaarschijnlijke oorzaak aanmerkt. Verweerder heeft nog aangevoerd dat in het scenario dat het college ter zitting heeft geschetst, hij vitale delen zou hebben moeten raken in het traject van de bovenkaak tot de schedelbasis. Naar het oordeel van het college is dat geen noodzakelijk doch slechts een mogelijk gevolg van een handeling als de onderhavige. Evenmin volgt het college verweerder in zijn stelling dat de door hem gebruikte Langebeck retractor verhindert dat de

beitel doorschiet. De retractor biedt namelijk geen bescherming tegen doorschieten in het traject tussen bovenkaak en schedelbasis ook niet als de richting van de beitel afwijkt. Het klachtonderdeel is dus gegrond.

5.8

Omdat de neuroloog klaagster heeft opgenomen in het ziekenhuis, haar hoofdbehandelaar aldaar is geworden en verantwoordelijk is geweest voor haar ontslag, valt niet in te zien dat verweerder van het naar het oordeel van klaagster onverantwoorde ontslag een verwijt treft. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.9

De conclusie is dat verweerder bij het nalopen van de zaagsnede onvoldoende zorgvuldig heeft gehandeld waardoor hem een tuchtrechtelijk verwijt treft. Het is evident dat de gevolgen hiervan voor klaagster ernstig zijn. De aard van de ingreep in kwestie brengt echter mee dat een kleine onoplettendheid dergelijke gevolgen kan hebben. Dat risico leidt er niet toe dat de mate van verwijtbaarheid groter wordt. Vanwege de hiervoor vermelde feiten en omstandigheden acht het college de maatregel van waarschuwing passend. De overige klachtonderdelen zijn ongegrond.

6. DE BESLISSING

Het college waarschuwt verweerder.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. Th.C.M. Willemse, voorzitter, prof. mr. dr. J.C.J. Dute, lid-jurist, dr. Th.J.M. Hoppenreijns, prof. dr. J.S. Laméris en dr. J.W.B. de Groot, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 13 juni 2014 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.