

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 156/2015

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 3 juni 2016 naar aanleiding van de op 27 juli 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

De Inspectie voor de Gezondheidszorg,
vertegenwoordigd door mevrouw A.A. Warris-Versteegen, senior inspecteur en mevrouw
mr. F.D.M. ten Cate-Adema, senior inspecteur-jurist, kantoorhoudende te Utrecht,

k l a a g s t e r

-tegen-

A, huisarts, werkzaam te B,
bijgestaan door mr. A.C.H. Jansen, advocaat te Wijchen,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit de volgende:

- het klaagschrift met het bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek;
- medische gegevens van de zijde van klaagster.

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 22 april 2016, alwaar zijn verschenen klaagster bij haar gemachtigden en verweerder in persoon vergezeld van zijn gemachtigde. Partijen hebben hun standpunten toegelicht waarbij pleitnota's zijn overgelegd.

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, hierna ook de Inspectie, ontving op 15 juli 2013 een melding vanuit het C in B over een calamiteit betreffende een labiumreductie, hierna de ingreep, op 3 juli 2013 bij D, hierna patiënte, door verweerder. Patiënte was destijds 17 jaar oud. Op 20 juli 2013 ontving de Inspectie een melding van verweerder betreffende dezelfde ingreep.

Op 19 oktober 2012 had patiënte zich met haar moeder bij verweerder gemeld met de volgende klacht: *“S A: Vindt zelf dat ze te grote schaamlippen heeft. Schaamt zich ervoor en belemmert haar in contact. geen vriendje. Heeft er last van bij plassen want moet schaamlippen altijd van elkaar houden, ook fietsen, onderbroeken dragen is lastig. Zit er al heel lang mee. Cyclus oke. Rookt niet geen trombozes. O inderdaad zeer forse schaamlippen. Links en rechts >5 cm tot basis en mn voorzijde aangepunt. E hypertrofie kleine schaamlippen. P Excisie, voorgelicht over procedure en denkt erover na.”*

Verweerder heeft bij dit oriënterende gesprek aan patiënte en haar moeder aangegeven dat hij veel ervaring in het gebied had. Hij besprak niet hoe vaak hij de ingreep had verricht. Hij heeft verteld dat de ingreep ook in het ziekenhuis kon plaatsvinden maar bij zijn praktijk minder zou kosten. Hij heeft de ingreep uitgelegd. Hij heeft patiënte hierbij niet laten meekijken met behulp van een spiegel. Hij heeft niet besproken hoe groot het deel zou zijn dat hij wilde verwijderen. Hij heeft over de kans op complicaties gezegd: *“99% gaat goed.”* Hij heeft de kans op nabloeding niet genoemd.

Hij heeft niet gevraagd naar een specifieke bloedingsneiging. Hij heeft in afwijking van de -volgens partijen toepasselijke- NVGO-richtlijn Modelprotocol Labiumreductie, hierna het protocol, geen psychologisch onderzoek laten verrichten. Patiënte kreeg een ruime bedenktijd.

Hierna heeft patiënte nog enkele malen contact gezocht met de praktijk maar over de schaamlipreductie is niet gesproken.

Op 3 juli 2013 verrichtte verweerder de ingreep. Hij heeft in de status genoteerd : *“S A: schaamlipcorrectie O labia minora li en re 3 hoek verwijderd 6x4x4 cm tot ongeveer 1-2 cm van de basis labia li en re lege artis. Lokale verdoving met xylocaine en adrenaline. Gehecht met atraumatisch hechtmateriaal 4x0. Na de ingreep geen bloedverlies en de wondranden liggen mooi aan. E schaamlipcorrectie bij hypertrofie li en re P Hv 5 dg en uitleg : thuis even 15 min cold pack en bij bloeden 15 min compressie.”*

De ingreep werd uitgevoerd in de gebruikelijke steensnedeligging. Tijdens de ingreep van drie kwartier waren geen beensteunen aanwezig. De assistente hield de benen vast. Er werd geen spiegel gebruikt om mee te kijken. Verweerder heeft geen klem gebruikt. Hij heeft het door te nemen gebied opgespannen en doorgeknipt met de pre-pareerschaar op ongeveer 1-2 cm van de basis volgens de methode Perifere Resectie die beschreven staat in het protocol. Met betrekking tot de nazorg heeft verweerder het advies gegeven een paar dagen rustig aan te doen, te koelen en bij eventuele bloeding compressie toe te passen en na 5 dagen terug te komen voor controle.

Toen patiënte bij thuiskomst veel bloed verloor is de moeder met patiënte rond 13.00 uur teruggedaan naar de praktijk. Verweerder heeft de wond opnieuw gehecht na verdoving. Hierbij was geen assistente aanwezig. Patiënte moest een gaasje op de wond drukken. Verweerder is na een kwartier komen kijken en heeft het advies gegeven meer te drukken waarna hij rond 14.00 uur is weggegaan bij patiënte. Hij heeft waarschijnlijk de praktijk verlaten. Patiënte heeft vervolgens overgegeven en is flauwgevallen. De aanwezige assistente heeft een aanwezige collega-huisarts geraadpleegd. Deze heeft een stollingsprobleem geopperd. Patiënte was hier niet mee bekend. (In het medisch dossier van verweerder staat in 2007 genoteerd dat een moedervlekje blijft bloeden.) Patiënte is vervolgens plat gelegd, op advies van de assistente, om af te wachten tot het bloeden zou stoppen. Toen verweerder om 16.15 uur bij patiënte kwam bleek dat zij voor een tweede keer was flauwgevallen. Verweerder heeft een ambulance gebeld die om 16.30 uur was gearriveerd. In het journaal noteerde hij:” *S A: helaas nabloeding (diffuus) vertelt achteraf altijd zeer lang te bloeden. O Blijft siepelen ondanks overhechten en afdrukken 1 liter totaal bloedverlies Hb 7.6 RR 110/70 bleek en collaps E nabloeding*
P >>gyn C per AMBULANCE Gynecoloog ingelicht.”

In het C is patiënte vervolgens opnieuw geopereerd. In de door dit ziekenhuis genoemde melding aan klaagster staat onder meer:

“Betreft labiumreductie op 3 juli 2013 onder locale anesthesie door (naam adres verweerder) bij 17 jarige patiente. In verband met persisterende nabloeding en collaps ingestuurd naar SEH C. Bij inspectie vrijwel volledig verwijderde labia minora. Operatie onder algehele anesthesie met diathermische hemostase en opbouwen labium.”

In het betreffende operatieverslag staat genoteerd:

“Time out. Algehele anaesthesie. Steensnedeliggings. Desinfectie en steriel afdekken. Inspectie: labia minora volledig verwijderd. Actief bloedverlies uit linker labium. Oedeemateus, spanning op hechtingen. Enkele strakke hechtingen verwijderd. In eerste instantie getracht met extra hechtingen bloedverlies te stoppen, echter zonder succes. Besloten alle hechtingen links te verwijderen. Aldaar ei-groot stolsel verwijderd. Actieve bloedingen middels diathermie geattaqueerd. Vervolgens vanuit wondbodem met vicryl rapide 3/0 labium opgebouwd. Cutis eveneens gesloten met vicryl rapide 3/0. Goede hemostase. Eenmalig gecatheriseerd. Supp naprosyne gegeven. Materiaal en instrumenten compleet. Sign out.”

Er werden op initiatief van de behandelaar foto's gemaakt welke zich bij de stukken bevinden.

De gynaecologen van het ziekenhuis schreven op 6 september 2013 aan de Inspectie dat zij van mening waren dat labiumreductie geen huisartsenbehandeling is. Genoemd protocol verwoordt volgens hen, ondanks de verlopen geldigheidsdatum, nog steeds het gynaecologisch standpunt.

Verweerder heeft in 1980 de eenjarige huisartsopleiding gevolgd en hij heeft rond die tijd circa 5 jaar in ziekenhuizen gewerkt. Hij heeft zich daarbij bekwaamd in chirurgie, verloskunde, dermatologie en interne geneeskunde. Vanaf 1983 werkte hij naast het ziekenhuis deels als huisarts en vanaf 1985 is hij als huisarts gevestigd. Hij is onder meer docent voor verpleegkundigen geweest in chirurgie/gynaecologie/verloskunde en

was verbonden aan de opleiding tot huisarts. Hij heeft zijn kennis bijgehouden. Hij heeft artikelen gepubliceerd. Hij heeft 1500 bevallingen gedaan en daarbij heeft hij onder meer frequent rupturen gehecht. Hij heeft ook achteraf littekens gecorrigeerd bij vrouwen met asymmetrie. Hij heeft in totaal 5 maal een labiareductie uitgevoerd. Aanvankelijk onder supervisie en nadien in zijn huisartsenpraktijk naar eigen zeggen 3 of 4 maal. Verweerder werkt in een universitaire huisartsenpraktijk waar vaker kleine chirurgische ingrepen worden verricht.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij niet de vereiste zorg jegens patiënte heeft betracht:

1. door een labiareductie in zijn huisartsenpraktijk uit te voeren. Het betreft een chirurgische ingreep in een zeer vaatrijk gebied die bovendien niet voorkomt in het Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk van de NHG. Ook de melders hadden aangegeven dat het geen huisartsenbehandeling betrof. Verweerder kon gelet op zijn algemene chirurgische en gynaecologische vaardigheden en ervaring en zijn beperkte ervaring met deze ingreep in het bijzonder niet bekwaam worden geacht om deze ingreep te doen;
2. door een onzorgvuldige screening vooraf door het ontbreken van een gezondheidsanamnese nu verweerder niet op de hoogte was van de problemen met nabloedingen, voorts ontbrak counseling door een psycholoog, gelet op de leeftijd van patiënte;
3. doordat de informed consent niet voldeed aan de verzwaarde eisen bij een medisch niet-noodzakelijke ingreep: verweerder had niet gewezen op de bijwerkingen als hematoomvorming, nabloeding, infectie en wonddehiscentie. Hij heeft niet laten meekijken en niet aangegeven hoeveel weefsel hij zou verwijderen.
4. nu de aantekeningen in het dossier te summier zijn. Voorlichting over de ingreep, mogelijke complicaties en alternatieven zijn niet genoteerd.
5. doordat de ingreep niet voldeed aan de geldende medische standaard, het genoemde protocol. Verweerder heeft geen beensteunen en geen klem gebruikt en hij heeft patiënte niet laten meekijken in de spiegel zodat zij kon instemmen met welk gedeelte van de labia zou worden verwijderd;
6. nu patiënte is achtergelaten op de praktijk zonder nadere instructies hoe te handelen als de adviezen van verweerder niet zouden helpen of andere complicaties zouden optreden.

De Inspectie verzoekt om een passende maatregel en om publicatie van de eindbeslissing in de Staatscourant en de door dit college aan te wijzen vaktijdschriften of nieuwsbladen.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- primair aan dat de onderhavige tuchtklacht ongegrond moet worden verklaard. De door hem uitgevoerde ingreep is weliswaar ongebruikelijk in de eerste lijn maar niet verboden.

De ingreep vertoont veel analogie met de in het NHG-Handboek beschreven ingrepen als ooglidcorrectie en circumcisie (excess huid/slijmvliezen en vaatrijkheid). Op grond van deze analogie, de kennis van het geldende protocol en de brede ervaring van verweerder met operaties in het betreffende gebied, mocht verweerder zich in beginsel bekwaam achten deze operatie uit te voeren. Verweerder heeft de operatie goed uitgevoerd, hij bestrijdt dat hij de labia minora volledig heeft verwijderd. Klaagster baseert haar oordeel op dat van de gynaecologen direct na de ingreep. Toen leek het zo doordat een groot deel van de labia werd opgenomen in het haematoom. Verweerder heeft vooraf niet onzorgvuldig gehandeld. Er was gelet op de anatomie voldoende indicatie voor de ingreep. Uit het dossier blijkt voldoende dat er ook sprake was van een medisch noodzakelijke ingreep gelet op de klachten bij onder meer plassen en fietsen en het dragen van onderbroeken. Vanwege de medische indicatie en vanwege het feit dat verweerder, juist als huisarts, de familie goed kende, kon hij beoordelen dat er geen psychische component speelde. Hij mocht om die reden afwijken van het protocol op het punt van het doorverwijzen naar een psycholoog. Behalve dat hij als huisarts van patiënte nooit met stollingsproblemen was geconfronteerd heeft hij er naar gevraagd blijkens de notitie in het dossier. Tenslotte heeft patiënte een ruime bedenktijd gehad. Er worden in verband met de medische indicatie ook minder hoge eisen aan het informed consent gesteld. Op weinig voorkomende complicaties had verweerder niet hoeven te wijzen. Dit neemt niet weg dat verweerder zich realiseert dat hij patiënt uitgebreider had kunnen informeren onder meer met een spiegel ter plaatse en over zijn specifieke ervaring. Hij betreurt dat hij dat niet heeft gedaan. Achteraf gezien had hij ook beter naar het ziekenhuis kunnen verwijzen. Ook op het punt van electro-chirurgie, assistentie en registratie had het wellicht beter gekund. Hij blijft echter van mening dat hij met zijn handelwijze is gebleven binnen de grenzen van een redelijke beroepsuitoefening en derhalve niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Hij heeft ook voldoende nazorg gegeven. Hij heeft patiënte in de praktijk gehouden waar assistentes en collega's aanwezig waren en hij heeft diverse malen aan de familie overleg aangeboden. Tenslotte heeft hij de praktijkafspraken aangescherpt, hij zal geen labiareducties meer uitvoeren en in voorkomende gevallen doorverwijzen.

Voor het geval de klacht gegrond wordt verklaard verzoekt verweerder het college rekening te houden met zijn staat van dienst en het feit dat er nooit eerder in zijn 35-jarige carrière een klacht tegen hem is ingediend. Bij het eventueel opleggen van een maatregel verzoekt verweerder eveneens rekening te houden met de lange termijn tussen melding en deze tuchtklacht.

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 ziet zich vervolgens voor de vraag gesteld of verweerder –als huisarts– deze ingreep mocht verrichten. Weliswaar is verdedigbaar dat verweerder zich gelet op zijn meerjarige ervaring met de gangbare kleine chirurgische ingrepen in de huisartsenpraktijk alsmede zijn ervaringen rond bevallingen technisch in staat achtte om de operatie uit te voeren maar dat wil niet zeggen dat verweerder (in de zin van artikel 36, lid 1 jo 15 van de wet BIG) bekwaam was om deze ingreep te verrichten. Het college twijfelt niet aan de integere bedoelingen van verweerder maar hij had een andere afweging moeten maken. Hij had zich moeten realiseren dat hij niet bekwaam en derhalve niet bevoegd was nu hij deze specifieke ingreep in totaal slechts vijf maal, en in de afgelopen 30 jaar (sedert 1985) slechts 3 á 4 maal had uitgevoerd. De klacht op dit punt is dan ook gegrond.

5.3

Het college is voorts van oordeel dat verweerder zich bij de voorbereiding van de operatie onvoldoende heeft gehouden aan het –volgens beide partijen toepasselijke en nog actuele– protocol.

Bij het eerste consult vond verweerder als redenen voor het verzoek van patiënte blijkens zijn aantekeningen dat er sprake was van zowel anatomische (de grootte en vorm), somatische (last bij plassen en dergelijke) als psychologische aspecten (schaamte). Het college heeft de juistheid van een en ander niet kunnen verifiëren maar vaststaat dat verweerder patiënte in alle gevallen goed diende te informeren. Van belang voor het overwegen van een labiareductie is volgens het protocol allereerst informatie over de variabiliteit in grootte en de leeftijdsafhankelijke fysiologische veranderingen van labia minora. Tevens dient de patiënte geïnformeerd te worden over de kans dat een operatie niet tot verbetering van de klachten zal leiden. Een arts kan immers de vulvaire klachten van pijn en of irritatie niet objectief vaststellen waardoor het onzeker is of deze met de grootte van de labia samenhangen. Ook kan het cosmetische resultaat niet aan de verwachtingen voldoen. Dit kan ook veroorzaakt worden door algemeen voorkomende complicaties als hematoomvorming, nabloeding, infecties en wonddehiscenties. Inventarisatie van de klachten en het verwachtingspatroon en onderscheid naar medische en psycho-sociale factoren is dan ook van het grootste belang. Dit klemmt te meer bij een patiënte jonger dan 18 jaar nu voor deze leeftijd in beginsel geen esthetische reducties worden uitgevoerd. Bij verzoeken voor die leeftijd is counseling met een psycholoog dan ook geïndiceerd.

In dat licht heeft verweerder bij de screening ten onrechte geen rekening gehouden met de contra-indicatie van de leeftijd van patiënte en haar onvoldoende voorgelicht. Verweerder heeft aangevoerd dat hij op grond van zijn kennis van de familie wist dat er geen psychologische factoren speelden maar de vermelding dat patiënte schaamte ervoer en moeite had met relaties aangaan spreekt deze stelling tegen. Verweerder had co-counseling moeten voorstellen en in elk geval waren vervolggesprekken geïndiceerd geweest. Tijdens de bedenktijd die patiënte genomen heeft is bij geen van de

opvolgende contacten van patiënte met de praktijk, teruggekomen op het onderwerp totdat patiënte zich voor de operatie heeft gemeld. Ook over de ingreep heeft verweerder patiënte onvoldoende voorgelicht. Hij heeft patiënte tijdens de bespreking ten onrechte niet laten meekijken met behulp van een spiegel. Hij heeft evenmin aangegeven hoeveel hij zou verwijderen als patiënte voor de ingreep zou kiezen. Van een gemotiveerd afwijken van de regels is niet gebleken. Tenslotte heeft verweerder geen melding gemaakt van mogelijke bijwerkingen als onder meer het veelvoorkomende risico op een nabloeding. Van een onvolledige anamnese op het punt van bloedingsproblemen is overigens niet gebleken nu verweerder in deze mocht vertrouwen dat hij over voldoende kennis beschikte over patiënte op basis van zijn dossier. Hij wist dat patiënte geen bloedverdunders gebruikte. Op grond van het bovenstaande concludeert het college echter dat verweerder het behandelvoorstel onvoldoende met patiënte heeft besproken om tot een verantwoorde beslissing te komen. De klachten onder 2 en 3 zullen dan ook als grotendeels gegrond worden toegewezen.

5.4

De klacht over de dossiervorming is eveneens gegrond. Het college is van oordeel dat zowel een gedocumenteerd voorstel als motivering van afwijkingen van het protocol niet mochten ontbreken.

5.5

Anders oordeelt het college met betrekking tot de klacht betreffende de uiteindelijke uitvoering van de ingreep. Met verweerder is het college van oordeel dat de afwijkingen van het protocol op de hier door klaagster aangehaalde punten niet verwijtbaar zijn. Het gebruik van beensteunen is geen algemene praktijk meer, het gebruik van een klem is handig maar het achterwege laten betreft geen fout nu het operatiegebied op een andere manier kan worden opgespannen. Ten slotte kan het laten meekijken tijdens de operatie om praktische redenen achterwege gelaten worden. Het is ook overigens niet aannemelijk gemaakt dat verweerder tijdens de operatie niet voldaan heeft aan de medische standaard. Van schadelijke gevolgen voor patiënte zoals te veel weggehaald weefsel is het college niet gebleken. De foto's dateren van onmiddellijk na de operatie en geven daarmee geen eenduidig beeld, laat staan een beeld dat recent genoeg is voor een beoordeling op dit punt. De opgetreden nabloeding na de operatie is helaas een bekende complicatie. Van een stollingsstoornis bij patiënte als oorzaak hiervan is het college niet gebleken. Het hiertoe aangevoerde betreffende een bloedende moedervlek uit 2007 is niet voldoende. Deze klacht is dan ook ongegrond.

5.6

Ook op het punt van de nazorg is verweerder niet tekortgeschoten. Hij heeft adequaat gereageerd op de opgetreden complicatie. Niet gebleken is dat hij patiënte met onvoldoende instructies of op anderszins onverantwoorde wijze heeft achtergelaten nu er een assistente aanwezig was en een collega van verweerder die ook door de assistente is ingeschakeld. Hij heeft patiënte bij terugkomst verwezen naar specialistische hulp. Hij heeft de calamiteit gemeld en hij heeft patiënte gevolgd.

5.7

Nu de klacht deels gegrond is moet een maatregel worden opgelegd. Het college heeft bij het bepalen van de maatregel rekening gehouden met de mate van tekortschieten jegens patiënte alsmede met de houding van verweerder in het algemeen.

Verweerder tegen wie in zijn lange loopbaan niet eerder een klacht werd ingediend, heeft zich zeer toetsbaar opgesteld. Hij heeft een melding gedaan. Hij heeft blijk gegeven van inzicht in zijn handelen, hij heeft de kwestie besproken in zijn huisartsengroep en hij heeft aangegeven deze ingrepen niet meer te zullen verrichten. Hij heeft zich steeds bereid verklaard om contact te hebben met patiënte en haar familie. Tot slot heeft het twee jaar geduurd voor deze zaak door de inspectie aanhangig is gemaakt welk tijdsverloop een zware wissel op verweerder heeft getrokken. Alles overziend kan in dit geval worden volstaan met een waarschuwing.

5.8

Om reden van algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd als hieronder weergegeven.

6. DE BESLISSING

Het college:

- waarschuwt verweerder;
- bepaalt dat deze beslissing nadat deze onherroepelijk is geworden in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften 'Medisch Contact', 'Tijdschrift voor Gezondheidsrecht' en 'Gezondheidszorg Jurisprudentie' met het verzoek tot plaatsing;

Aldus gedaan door mr. F. van der Maden, voorzitter, mr. P.E.M. Messer-Dinnissen, lid-jurist, dr. A.P.E. Sachs, C.I.M. Aalders en J.M. Komen, leden-artsen, in tegenwoordigheid van mr. B.E.H. Zijlstra-Bauer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 3 juni 2016 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.