

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 116/2016

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 10 maart 2017 naar aanleiding van de op 4 mei 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Den Haag ingekomen en naar het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle doorgezonden klacht van

A, wonende te B,
bijgestaan door mr. A.P. Hovinga, advocaat te Rotterdam,

k l a g e r

-tegen-

C, keel-, neus- en oorarts, werkzaam te B,
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

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek;
- de brief van verweerder van 22 december 2016 met de bijlage.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid mondeling gehoord te worden in vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 31 januari 2017, alwaar verweerder in persoon is verschenen, bijgestaan door zijn gemachtigde. Klager en zijn gemachtigde zijn, met bericht daarvan op 31 januari 2017, niet ter zitting verschenen.

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.

Verweerder is als keel-, neus- en oorarts (KNO-arts) verbonden aan D te B, verder het ziekenhuis.

Bij klager, geboren in 1991, is vanwege een chronische oorontsteking rechts door de voorganger van verweerder, mede op grond van de bevindingen op een CT-scan, de indicatie gesteld voor een oorroperatie, een retro-auriculaire mastoïdectomie.

Vanwege diens pensionering heeft verweerder de behandeling van klager overgenomen.

Op 6 december 2006 heeft verweerder de operatie en de eventuele risico's van de ingreep, waaronder het risico van een beschadiging van de nervus facialis (*aangezichtszenuw, RTC*), met klager en zijn moeder besproken. Genoteerd is "OK besproken; urfa (*uitleg, risico, follow up, akkoord, RTC*) +: gehoor, nervus VII, duizelig."

Op 5 februari 2007 heeft verweerder bij klager, onder algehele narcose, een oorroperatie rechts verricht.

Verweerder maakte bij de ingreep gebruik van een aangezichtszenuwprikkelaar (NIM). In het operatieverslag, neergelegd in brieven d.d. 21 februari 2007, is genoteerd: *"na gebruikelijke desinfectie en steriel afdekprocedure, lokaal infiltratie anesthesie met behulp van ultracaine. Retro auriculaire incisie. Opboren mastoid. Er is sprake van zeer dik bot en sclerotisch mastoid; opboren van de mastoidholte. Per operatief blijkt er sprake van een zeer vast craniaal botblok hetgeen opgeboord wordt; de additus adantrum is zeer nauw en gevuld met granulatief slijmvlies. Er wordt geen incus geïdentificeerd noch horizontale booggang. Om toch toegang tot het epitynpanum te krijgen wordt verder naar anterior doorgeboord waarbij opgeleid van de Nimm de lokatie van de nervus facialis wordt geïdentificeerd. De Nimm geeft bij herhaling (op 2,0 mili ampere) aan dat de nervus facialis in het identificatie traject loopt. Richting het middenoor wordt op geleide van de gehoorgang getracht verbinding te maken; ook hierbij richting waar we de stapes en dus ook de n. facialis zouden verwachten, op geleide van de prikkelaar. Ook hier wordt aangegeven dat de nervus meer naar de diepte zou verlopen, gezien het ontbreken van signaal bij 2,0 mili ampere. Tijdens het boren, waarbij de operateur in de veronderstelling is nog lang niet bij de nervus te zijn, komt het hoofd van patient plotseling omhoog met een hevige prikkel aan de facialis musculatuur (patient is uiteraard verslapt) waarbij de boor even in het granulatief weefsel hieronder verdwijnt; hierdoor een onbekend direct en/of thermisch letsel veroorzakend. Gezien deze bevinding met zijn impact wordt besloten de ingreep niet voort te zetten. Na achterlaten van een draantje wordt de holte in 2 lagen gesloten; direct postoperatief bestaat een asymmetrie op niveau van de mondtak van de n. facialis ten nadele van rechts; de oogtak heeft een evidente activiteit waarbij het oog rechts geheel gesloten kan worden. Gezien deze bevindingen wordt besloten dat er sprake is van een partieel letsel en wordt naast het starten van cotrimoxazol en een éénmalige toediening van 50 hydrocortison, verder een expectatief beleid gevoerd. Met patient en zijn moeder wordt naar waarheid gesproken."*

Direct na de operatie heeft verweerder in overleg met collega KNO-arts E besloten tot een afwachtend beleid. Dezelfde week is de casus besproken in de vakgroep en werd het afwachtend beleid voortgezet. De complicatie werd geregistreerd en een MIP-melding werd gedaan.

Klager werd vervolgens doorgestuurd naar de neuroloog. Bij elektrische stimulatie van de nervus facialis vond deze een positieve blinkreflex.

Op 21 maart 2007 heeft verweerder telefonisch overleg gevoerd met de KNO-arts F, verbonden aan G. Volgens F kon een tweede sanatieoperatie de kans op herstel verbeteren. Tijdens het consult van 26 maart 2007 heeft verweerder dit met klager en zijn moeder besproken. Zij zagen af van een tweede ingreep.

Op 17 september 2007 werd klager door zijn huisarts verwezen naar de afdeling interne geneeskunde van het ziekenhuis in verband met sinds enkele weken bestaande klachten van malaise. Er werd bij klager een Non-Hodgkin lymfoom vastgesteld waarvoor hij werd verwezen naar G. In het kader van de behandeling werd het rechteroor van klager in G gesaneerd.

In het operatieverslag van 24 september 2007 is onder meer het volgende genoteerd: *“(...) De vorige operatieholte is gevuld met ontstoken slijmvlies. Dit wordt verwijderd. Er wordt een kweek gedaan. Er is geen verbinding naar het antrum, wel twee gaatjes die reeds aanwezig waren naar de gehoorachterwand. Hier wordt ook de facialis gevonden. Deze wordt niet gezien maar is wel prikkelbaar met de NIM-stimulatie in voorste deel van de holte. Het blijkt dat bij de vorige operatie niet richting antrum is geboord. Er zijn zeer weinig cellen aanwezig, uitgebreid is er sclerotisch bot. Er wordt een attico-antrotomie verricht en er wordt een brede verbinding naar het middenoor gecreëerd. In het antrum wordt ook ontstoken slijmvlies gezien.”*

Postoperatief verbeterde de uitval van de facialis van een graad III naar een graad II op de schaal van House Brackmann.

In het kader van een aansprakelijkstelling van het ziekenhuis door klager heeft de KNO-arts H gerapporteerd. Hij concludeerde dat hij op geen enkele manier aan kon geven dat er in de casus onzorgvuldig was gehandeld.

Vervolgens heeft de Geschillencommissie Zorginstellingen een bindend advies uitgebracht. Deze commissie heeft geoordeeld dat er hier sprake was van een betreurenswaardige, maar niet aan de behandelend arts te verwijten, complicatie.

Het ziekenhuis heeft na deze beslissing van de geschillencommissie uit coulance en zonder erkenning van aansprakelijkheid klager een vergoeding betaald van € 1.000.

Vanwege recidiverende oorontstekingen heeft klager op 14 mei 2012 nogmaals een mastoïdectomie rechts ondergaan in G. Tijdens deze ingreep werd door de KNO-arts een bolvormige afwijking van de nervus facialis gezien die differentiaal diagnostisch werd geweten aan een Schwannoom of het uitbloesen van de facialis na een decompressie of bij een blootliggend facialiskanaal.

Klager heeft vervolgens een expertise aangevraagd bij de KNO-arts I, te J. Hij heeft op 21 maart 2015 gerapporteerd. Zijn conclusie is dat op een vijftal punten onzorgvuldig is gehandeld:

1. Er is oorchirurgisch onzorgvuldig gehandeld in het scheppen van voldoende veilige chirurgische-anatomische oriëntatiepunten (landmarks) alvorens met het verkennen van het gebied van het beloop van de nervus facialis en daarmee van het opstarten van de posterieure tympanotomie gestart werd.

2. Het operatieverslag (ook het 2de verslag) is onduidelijk of op het moment dat de "zeer sterke nervus facialis prikkel" (citaat uit hand geschreven operatieverslag in decursus) ontstond er geboord werd met een diamantboor of met een scherpe kappende boor.

Het slechte klinische postoperatieve beloop van de nervus facialis doet vermoeden dat het om een scherpe kappende boor is gegaan. De beschrijving van het ooperatieverslag d.d. 2012 G beschrijft een ernstige laesie/aandoening van de nervus facialis. In combinatie met het anamnestiche laat (na zes maanden na toegebracht iatrogen letsel) op gang komen van enige facialis tonus en mimiek en de ernst van de restlaesie (klasse House Brackmann III/IV) als ook de heftige musculaire reactie tijdens de narcose maken overduidelijk dat er een ernstige iatrogene beschadiging van de nervus facialis is toegebracht zeer waarschijnlijk met een kappende boor.

3. Het is ernstig verwijtbaar dat deze patiënt niet direct postoperatief en wel met spoed naar een universitaire KNO-kliniek is verwezen. (...)

Er is ook geen traceerbare aantekening voorhanden dat terstond telefonisch overleg is gepleegd met een zeer ervaren universitair werkzame oorarts hoe hier verder te moeten handelen. (...)

4. Door terstond geen operatieve herexploratie elders in een universitaire KNO-kliniek te hebben laten uitvoeren, vervalt eigenlijk elk verweer dat deze ooperatie in zich zelf door een bijzonder moeilijke chirurgische anatomische situatie bovenmatig moeilijk was.

5. De verkregen verslagen uit september 2007 en uit 2012 (G) beschrijven hoe zeer, qua niet opzoeken van de vereiste anatomisch-chirurgische landmarks, er chirurgisch onverantwoord gehandeld moet zijn.

Naar aanleiding van de rapportage van I heeft de verzekeraar van het ziekenhuis aanvullend advies gevraagd bij H. Hij heeft op 7 oktober 2015 aanvullend gerapporteerd. Zijn conclusie is -in het kort- dat verweerder de operatie lege artis heeft uitgevoerd met gebruik van de NIM en dat het gebruikelijk is om bij een beperkte beschadiging van de aangezichtszenew af te wachten.

Bij overeenkomst van 14 december 2015 heeft de verzekeraar van het ziekenhuis een regeling getroffen met klager die eruit bestond dat ter finale kwijting € 10.000 werd betaald aan klager.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat:

1. hij de ingreep heeft uitgevoerd met een verkeerde boor;
2. de gebruikte operatietechniek niet correct was: verweerder miste de nodige 'landmarks';

3. de operatietechniek niet correct was omdat er een defect is gemaakt in de benige achterwand;
 4. de operatie onjuist is uitgevoerd omdat er geen parallelle beweging werd gemaakt;
 5. de verslaglegging onduidelijk is en onvoldoende en kennelijk ook pas weken later gemaakt;
 6. klager na het incident niet werd verwezen naar een universitair ziekenhuis waar een meer gespecialiseerde KNO-arts de behandeling had kunnen vervolgen c.q. herstellen;
 7. het ziekenhuis een deel van het dossier niet heeft kunnen overleggen.
4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij de operatie met de vereiste zorgvuldigheid heeft uitgevoerd en dat hij niet onzorgvuldig heeft gehandeld door klager niet direct na het incident door te verwijzen naar een universitair ziekenhuis.

Ook kan verweerder niet worden verweten dat het ziekenhuis kennelijk een deel van het dossier niet heeft overgelegd.

Voor zover nodig wordt hierna meer specifiek op het verweer ingegaan.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Ter zitting heeft de gemachtigde van verweerder kopieën van de ziekenhuisstatus van klager overhandigd. Het college acht aannemelijk dat deze stukken deel uitmaakten van het dossier dat is overgelegd in het civielrechtelijke geschil tussen klager en het ziekenhuis. Het college heeft dan ook geen aanleiding gezien om de niet ter zitting verschenen klager om commentaar op die stukken te vragen. De status is bij het medisch dossier gevoegd dat ten grondslag ligt aan deze beslissing.

5.2

Het college wijst erop, 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.

5.3

Het college stelt vast dat de klachtonderdelen berusten op de rapportage van I en dat het verweer verwijst naar het rapport van H. Wat er ook zij van die schrifturen, het college heeft tot wettelijke taak om zelfstandig de klacht te onderzoeken teneinde tot zijn beslissing te komen. Het gaat niet aan van het college te verwachten dat hij (één van) die rapporten zal overnemen en tot de zijne maken. In het hierna volgende zal het college de klachtonderdelen en het verweer dan ook bespreken aan de hand van het medisch dossier en wat partijen daarover te berde hebben gebracht.

5.4

Het eerste klachtonderdeel faalt.

Het college acht de verklaring van verweerder ter zitting, dat hij tijdens de procedure wisselend gebruik heeft gemaakt van verschillende boren geloofwaardig. Dat verweerder

zich na bijna 10 jaar niet kan herinneren, welke boor hij precies gebruikte op het moment van het incident is begrijpelijk. Normaliter wordt niet genoteerd, welke boor wanneer tijdens de ingreep wordt gebruikt. Het is verweerder niet te verwijten dat hij niet zo een notitie heeft gemaakt. Dat een verkeerde boor is gebruikt vindt dus geen steun in de feiten.

5.5

Het tweede en derde klachtonderdeel hangen samen en falen eveneens.

Ter voorbereiding van de operatie was een CT-scan gemaakt en tijdens de ingreep maakte verweerder gebruik van een aangezichtszenuwprikkelaar (NIM). Met name het gebruik van de NIM in die tijd – het gaat hier om 2007 – is uitstekend te noemen. Desgevraagd heeft verweerder verklaard – en het college heeft geen reden daaraan te twifelen – dat hij in die tijd al 18 jaar KNO-arts was met ook uitgebreide ervaring met ooperaties als die bij klager. Aldus voorbereid en begeleid door de NIM is verweerder in het sclerotisch mastoïd op zoek gegaan naar de “landmarks”. Uit het operatieverslag en de verklaring van verweerder ter zitting volgt dat verweerder die aanwijzingen niet heeft gevonden alvorens het incident plaatsvond. Dit incident is naar het oordeel van het college aan te merken als een complicatie, betreurenswaardig maar dit kan gebeuren en is als zodanig niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Verweerder heeft klager op 6 december 2006 bovendien gewezen op dit risico, zo blijkt uit de aantekening in het dossier. Dat bij het incident een beschadiging (twee gaatjes) in de benige achterwand is ontstaan, is medisch gezien niet heel ernstig en is in de gegeven omstandigheden evenmin tuchtrechtelijk verwijtbaar.

5.6

Ook het vierde klachtonderdeel slaagt niet.

Volgens verweerder heeft hij zoals gebruikelijk wisselende – ook parallelle – bewegingen gemaakt met de boor. Het college acht dit een juiste operatietechniek. Dat bij het maken van die bewegingen een complicatie optrad, wil niet zeggen dat dus de wijze van bewegen onjuist was. Die opvatting vindt geen steun in de feiten. De in het operatieverslag beschreven omstandigheden sluiten bovendien niet uit dat de patiënt bewoog, waardoor de beweging van de boor de nervus facialis beschadigde in plaats van de veronderstelde omgekeerde gebeurtenis waarbij de beweging van de boor de zenuw thermisch of feitelijk raakte en dat daardoor de patiënt bewoog. Wat er ook zij van de exacte toedracht, het is verklaarbaar en verdedigbaar dat verweerder de operatie heeft beëindigd. Hem treft op dat punt dus geen verwijt.

5.7

Het vijfde klachtonderdeel treft evenmin doel.

Het college deelt niet de opvatting van klager dat het verslag van de operatie onduidelijk en onvolledig is. Het verslag is – mede gelet op wat is overwogen in 5.4 t/m 5.6 – in tegendeel als juist te kenschetsen.

Verweerder heeft ter zitting uitgelegd dat hij dit verslag op de dag van de operatie heeft ingesproken in een dictafoon en ingeleverd om te typen. De vermelde datum van 21 februari 2007 is de datum waarop het verslag is getypt. Dit komt het college – het gaat hier om verslaglegging in 2007 – aannemelijk voor.

5.8

Het zesde klachtonderdeel kan eveneens niet slagen.

Op zich acht het college het verstandig dat een KNO-arts zo spoedig mogelijk na een incident, zoals dat klager is overkomen, contact opneemt met een universitair ziekenhuis om te overleggen over de verdere behandeling en of verwijzing naar dat ziekenhuis aangewezen is. In de specifieke omstandigheden van dit geval is het college evenwel van oordeel dat verweerder ervan mocht afzien om direct contact op te nemen met een academisch expert. Daartoe is het volgende in aanmerking genomen. Verweerder heeft direct overleg gepleegd met collega KNO-arts E en hij heeft de casus besproken in de KNO-vakgroep van zijn ziekenhuis. Het is het college ambtshalve bekend dat in die vakgroep destijds academisch otologische expertise beschikbaar was. Verweerder mocht mede op grond van het neurologisch onderzoek uitgaan van een partiële uitval (parese) van de nervus facialis en niet van een volledige uitval (paralyse) van de zenuw. Dit vindt overigens bevestiging in de bevindingen na de operatie van 24 september 2007 in G. Het door verweerder ingezette en voortgezette expectatief beleid acht het college dan ook verdedigbaar. Niettemin is juist dat verweerder enige weken later toch contact heeft opgenomen met G. Dit heeft niet geleid tot het advies om klager over te dragen maar tot het advies aan verweerder om klager een tweede sanatie-operatie voor te stellen. Verweerder heeft dat in open overleg voorgesteld maar klager en zijn moeder hebben daarvan afgezien.

5.9

Het zevende klachtonderdeel tenslotte is eveneens ongegrond.

Nog afgezien van het feit dat dit klachtonderdeel zich richt tegen het ziekenhuis en niet tegen verweerder, is het college van oordeel dat het dossier met de status, die de gemachtigde van verweerder ter zitting heeft overgelegd, compleet is.

5.10

Resumerend is het college van oordeel dat alle klachtonderdelen ongegrond zijn. Verweerder is bij het beroepsmatig handelen gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. De klacht zal dan ook worden afgewezen.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan door mr. W.J.B. Cornelissen, voorzitter, mr. dr. Ph. S Kahn, lid-jurist, mr. dr. P.H.M.T. Olde Kalter, prof. dr. P.P.G. van Benthem en dr. R.B. van Leeuwen, leden-artsen, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 10 maart 2017 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.