

## CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2017.148

### CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2017.148 van:

A., wonende te B., appellante,  
klaagster in eerste aanleg,

bijgestaan door mr. A.H.J. de Kort, advocaat te Sint Michielsgestel,  
tegen

C., revalidatiearts, werkzaam te D., verweerder in beide instanties, bijgestaan door mr.  
F.E.A.M. Tesser, werkzaam bij het E. te D..

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klaagster - heeft op 13 augustus 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te  
Zwolle, tegen C. - hierna de revalidatiearts - een klacht ingediend. Bij beslissing van  
3 februari 2017, onder nummer 151/2015, heeft dat College de klacht afgewezen.

Klaagster is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De revalidatiearts heeft een  
verweerschrift ingediend. Op 26 februari 2018 en 9 maart 2018 zijn bij het Centraal  
Tuchtcollege nog brieven met bijlagen van klaagster binnengekomen.

De klacht is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcol-  
lege van 13 maart 2018, waar is verschenen klaagster, bijgestaan door  
mr. De Kort, en de revalidatiearts, bijgestaan door mr. Tesser.

De zaak is over en weer bepleit waarbij partijen hun pleitnota's aan het Centraal  
Tuchtcollege hebben overgelegd. Partijen hebben voorts hun respectieve standpunten  
nader toegelicht. Klaagster heeft dat onder andere gedaan aan de hand van een per-  
soonlijke verklaring, die zij aan het Centraal Tuchtcollege heeft overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

"2. **DE FEITEN**

*Op grond van de stukken en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang  
voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.*

*Op 14 september 2012 bezocht klaagster het multidisciplinair spreekuur van verweerder  
(revalidatiearts) en dr. G. (chirurg) om te informeren naar een osseo-geïntegreerde  
klikprothese van beide benen. Klaagster heeft eerder een onderbeensamputatie door  
de knie beiderzijds ondergaan en tevens amputatie van de vingers. De klikprothesen  
waren bedoeld ter vervanging van kokerprothesen in verband met beperkingen aan  
haar handen. Verweerder en dr. G. concludeerden dat klaagster een goede kandidaat  
was voor de klikprothesen, mede vanwege de beperkingen aan haar handen. In de  
brief van 1 oktober 2012 van dr. G. aan de huisarts van klaagster is over de bespreking  
van voor- en nadelen tijdens dit spreekuur het volgende opgenomen: "We hebben haar  
uitvoerig geïnformeerd over de voor- en nadelen van deze behandeling, met name dat*

beide benen fors ingekort moeten worden (zo'n 20 cm) om de osseo-geïntegreerde beenprothesen te kunnen implanteren. Dit zou betekenen dat indien dit uiteindelijk een mislukking zou zijn, en de prothesen moeten worden verwijderd en wel een andere situatie zal ontstaan met wat kortere stompen. Hiernaast is ze uitgebreid geïnformeerd over het feit dat ze een cutaan stoma krijgt hetgeen dagelijks intensieve reiniging vereist." De voor de prothese benodigde behandeling bestond onder meer uit twee operatieve ingrepen, die op 11 maart 2013 en 22 april 2013 plaatsvonden. Tijdens de ingreep op 11 maart 2013 werd 20 cm van beide bovenbenen geamputeerd. In de periode na de ingrepen ondervond klaagster pijnklachten van de stoma van de linkerkzijde. In oktober 2013 onderging klaagster daarom een kleine stomacorrectie, die uitgevoerd werd door verweerder.

In december 2013 besloot klaagster te stoppen met de poliklinische revalidatie. Zij zette de revalidatie thuis voort, onder begeleiding van de eigen fysiotherapeut.

In juli 2014 was sprake van toenemende pijnklachten van de stoma. Bij beide stoma's was sprake van forse keloidingen, waardoor de stoma's zeer strak tegen de adapter aanzaten. Dr. G. stelde een Zweedse stomarevisie met het plaatsen van sleeves voor. Vanwege een rolstoeltennistoernooi waaraan klaagster in de zomer deel zou nemen werd de ingreep na de zomer gepland. Uiteindelijk besloot klaagster begin oktober 2014 om af te zien van de stomarevisie, die kort daarna zou plaatsvinden.

Zij had inmiddels besloten dat zij van de stoma's en als gevolg daarvan ook van de klikprotheses af wilde. Vervolgens werden de adapters van de stoma's op 10 oktober 2014 door verweerder verwijderd. Klaagster werd op een wachtlijst gezet voor het aanbrengen van endcaps, een weke delen reconstructie en het eventueel afzagen van de kop van de endoprothese. Klaagster werd voorts op 13 oktober 2014 op haar verzoek door dr. G. naar een plastisch chirurg verwezen.

Eind oktober 2014 werd duidelijk dat klaagster de klikprotheses toch in gebruik wenste te houden. Dit had tot gevolg dat de Zweedse stomarevisie met het plaatsen van sleeves wederom als behandeling voorgesteld werd. Omdat de sleeves op korte termijn niet leverbaar waren zou het enige tijd duren voordat de behandeling plaats kon vinden.

Op 3 december 2014 werden de adapters van de stoma's teruggeplaatst.

In januari 2015 liet klaagster een second opinion uitvoeren via het H. en wendde zij zich met haar klachten tot een arts in I.. In februari 2015 is door deze I. arts een stomarevisie uitgevoerd zonder het plaatsen van sleeves.

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij:

1. klaagster onvoldoende heeft geïnformeerd over de voorgestelde behandeling, voordelen en nadelen van de behandeling, mogelijke complicaties en vereiste nazorg. Hierdoor is niet voldaan aan het vereiste van informed consent;
2. geen adequate oplossing voor de bij klaagster opgetreden complicaties heeft geboden en daarmee niet heeft voldaan aan zijn inspanningsverplichting;
3. een operatieve ingreep heeft uitgevoerd, terwijl hij geen chirurg is maar revalidatiearts. Verweerder mist de voor deze ingreep de benodigde bekwaamheid;
4. geen adequate revalidatie heeft toegepast bij de aandoening die klaagster heeft. Hierdoor is haar herstel moeizaam en langdurig verlopen en heeft zij onnodig pijn geleden;
5. niet aan zijn dossierplicht heeft voldaan.

### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat de klacht in al haar onderdelen ongegrond is. Verweerder heeft klaagster geïnformeerd over alle voor- en nadelen in het

gesprek van 14 september 2012. De geboden oplossingen voor de complicaties bij klaagster waren passend. Verweerder heeft ruime ervaring met stomarevisies en is hiertoe voldoende bekwaam. Voor de revalidatie van klaagster is uitgebreide multidisciplinaire aandacht geweest en de revalidatie is volgens protocol verlopen. In het dossier werd bijgehouden wat nodig was voor een goede hulpverlening.

## 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 bekwaame 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

De eerste klacht spitst zich toe op de vraag of verweerder klaagster voorafgaand aan de operatie heeft geïnformeerd over het feit dat haar stompen 20 centimeter zouden worden ingekort. Volgens klaagster is gesproken over een amputatie van 5 tot 10 centimeter. De ter zitting gehoorde getuige, mevrouw J., die een vriendin is van klaagster en haar als zodanig tijdens het gesprek op 14 september 2012 heeft vergezeld, heeft eveneens verklaard dat is gesproken over een amputatie van 5 tot 10 centimeter. Hiertegenover staat dat zowel verweerder als dr. G. stelt dat het inkorten van de stompen met 20 centimeter uitdrukkelijk onder de aandacht van klaagster is gebracht. Zij hebben ter zitting benadrukt dat juist de relatief grote extra amputatie die nodig is om tot het plaatsen van klikprothesen te kunnen komen, als belangrijkste nadeel van de behandelmethode uitgebreid met patiënten wordt besproken. Dat van een amputatie van 5 tot 10 centimeter zou zijn gesproken achten zij uitgesloten, nu een extra amputatie van 20 centimeter in situaties zoals die van klaagster noodzakelijk is. Verder hebben zij verwezen naar de brief aan de huisarts van 1 oktober 2012, waarin is vermeld dat met klaagster is besproken dat beide benen fors (met circa 20 centimeter) moeten worden ingekort.

Gelet op alle beschikbare informatie, in onderlinge samenhang beschouwd, acht het college het niet aannemelijk dat verweerder klaagster onjuist zou hebben geïnformeerd over de omvang van de extra amputatie. Daarbij acht het college van doorslaggevende betekenis dat volgens de verklaring van beide artsen op voorhand duidelijk was dat een minder omvangrijke amputatie niet mogelijk was in de situatie van klaagster. Verder heeft het college in aanmerking genomen dat de brief aan de huisarts waarin is vermeld dat het om een extra amputatie van circa 20 centimeter gaat, als onderdeel van het medisch dossier is te beschouwen. Daartegenover leggen de verklaringen van klaagster en haar getuige, mevrouw J., onvoldoende gewicht in de schaal.

Voor zover klaagster van mening is dat zij ook overigens onvoldoende is geïnformeerd over de voor- en nadelen van de ingreep, overweegt het college het volgende. In de eerder genoemde brief aan de huisarts is vermeld dat klaagster uitvoerig is geïnformeerd over de voor- en nadelen van de ingreep. Ter zitting hebben verweerder en dr. G. desgevraagd toegelicht dat het destijds een nieuwe ingreep betrof en dat er daarom geen folder beschikbaar was. Juist daarom werd aan de mondelinge informatieverstrekking veel aandacht besteed. Gelet hierop en omdat klaagster niet heeft geconcretiseerd op welke onderdelen verweerder is tekortgeschoten in zijn informatieplicht, ziet het

college geen reden om te oordelen dat verweerder op dit punt een norm heeft overschreden.

Gelet op het vorenstaande is het eerste klachtonderdeel ongegrond.

### 5.3

Naar aanleiding van klaagsters klacht dat verweerder geen adequate oplossing voor de bij klaagster opgetreden complicaties heeft geboden en daarmee niet heeft voldaan aan zijn inspanningsverplichting, overweegt het college het volgende. In oktober 2013 is een stomarevisie uitgevoerd in verband met klachten als gevolg van verklevingen. In juli 2014 meldde klaagster zich met recidiverende klachten van haar stoma. In verband daarmee werd een zogenaamde Zweedse stomarevisie met het plaatsen van sleeves geadviseerd. Blijkens de stukken werd klaagster voor deze ingreep op de wachtlijst van eind september gezet, omdat zij in de zomer zou deelnemen aan een rolstoelentistoernooi. Uit de stukken blijkt dat klaagster vervolgens vanaf begin oktober 2014 wisselende signalen afgaf waar het de door haar gewenste behandeling betrof. Voor zover valt na te gaan hebben verweerder en dr. G. steeds geprobeerd daar adequaat op in te spelen. Immers, toen klaagster op 1 oktober 2014 aangaf van haar klikprotheses af te willen, zijn op 10 oktober 2014 de adapters verwijderd. Zij werd op dat moment op de wachtlijst gezet voor het aanbrengen van endcaps en een weke delen reconstructie. Op 12 oktober 2014 heeft tussen klaagster en dr. G. e-mailverkeer plaatsgevonden over de operatie. Daarbij is door dr. G. opgemerkt dat hij mogelijk de stelen uit het bot wil verwijderen. Door klaagster is aangegeven dat zij dit een te zware operatie vindt. Bij e-mail van 13 oktober 2014 heeft zij nogmaals benadrukt dat zij niet wil dat de stelen verwijderd worden, heeft zij aangegeven hoe zij de afspraken over de uit te voeren operatie heeft begrepen en heeft zij gezegd zo snel mogelijk duidelijkheid te willen over de operatie. Daarop heeft op 13 oktober 2014 telefonisch contact plaatsgevonden tussen klaagster en dr. G., waarin is besproken dat klaagster haar protheses wenste te behouden. Naar aanleiding daarvan heeft dr. G. in het dossier genoteerd: "Dus ip 20/10 alleen weke delen reconstructie en endcap plaatsen bdz." Op 14 oktober 2014 heeft klaagster – na consultatie van twee plastisch chirurgen – per e-mail aan dr. G. laten weten dat zij de stelen niet wil laten verwijderen en endcaps wil laten plaatsen. Daarop heeft dr. G. diezelfde dag geantwoord dat dat geen probleem is. Nadat klaagster eind oktober 2014 had aangegeven dat zij de klikprotheses toch wilde behouden is het beleid wederom aangepast en hebben verweerder en dr. G. voorgesteld de adapters terug te plaatsen en sleeves te plaatsen. Op 3 december 2014 zijn de adapters teruggeplaatst. De sleeves moesten worden besteld en zouden worden geplaatst zodra deze ontvangen waren.

De door verweerder en dr. G. voorgestelde oplossingen sloten steeds aan bij de wensen van klaagster. De oplossing voor de terugkerende klachten van de stoma, te weten een Zweedse stomarevisie met het plaatsen van sleeves, is een adequate oplossing voor de zich bij klaagster voordoende problematiek in combinatie met haar wens haar klikprotheses te behouden. Het uitvoeren van een stomarevisie is overigens ook voorgesteld door de artsen waaraan klaagster een second opinion heeft gevraagd.

Gelet op het vorenstaande is dit klachtonderdeel ongegrond.

### 5.4

Naar aanleiding van de klacht dat verweerder een operatieve ingreep heeft uitgevoerd, terwijl hij geen chirurg is maar revalidatiearts, overweegt het college dat de door verweerder uitgevoerde ingreep een simpele ingreep betrof. Volgens verweerder heeft hij deze ingreep zeer regelmatig uitgevoerd, zodat hij voldoende bekwaam was dit te doen. Door klaagster is dit niet betwist. Het college gaat er dan ook vanuit dat verweerder

*voldoende ervaring had. Nu verweerder bovendien voorafgaand overleg had gevoerd met dr. G. over de ingreep, is er geen grond om aan te nemen dat verweerder de ingreep niet mocht uitvoeren. Dit klachtonderdeel is daarom ongegrond.*

5.5

*De klacht dat verweerder geen adequate revalidatie heeft toegepast kan door het college evenmin worden onderschreven. Uit de stukken en de toelichting van verweerder ter zitting concludeert het college dat de revalidatie adequaat en gedegen is geweest. Er vond twee keer per week poliklinische revalidatie plaats en aan klaagster werd huiswerk meegegeven, zodat zij ook thuis kon oefenen. Bij de revalidatie waren behalve verweerder een ergotherapeut en een fysiotherapeut betrokken. In een multidisciplinair overleg, waarbij ook klaagster zelf aanwezig was, werd het beleid besproken en zonodig bijgesteld. Uit een brief aan de huisarts van*

*26 juli 2013 blijkt dat er huisbezoeken zijn afgelegd door de ergotherapeut om te adviseren over de benodigde voorzieningen en dat er een loopbrug zou worden geleverd, zodat klaagster thuis intensief kon trainen. In december 2013 heeft klaagster zelf besloten te stoppen met de poliklinische revalidatie. Overigens blijkt uit de overgelegde stukken niet dat die keuze was ingegeven door onvrede. Uit het voortgangsverslag van verweerder van 11 december 2013 blijkt dat klaagster wilde stoppen met de poliklinische revalidatie omdat zij het reizen te veel moeite vond. Om die reden koos zij er voor verder te revalideren met een eigen fysiotherapeut.*

*Gelet op het vorenstaande is dit klachtonderdeel ongegrond.*

5.6

*Over de dossiervorming door verweerder oordeelt het college als volgt. Niet alle medisch relevante informatie over klaagster is te vinden in de aantekeningen die door verweerder zijn gehouden in het medisch dossier. Zo is hetgeen is besproken op 14 september 2012 daarin niet vermeld. Die informatie is echter wel beschikbaar door de (eveneens van het dossier onderdeel uitmakende) brief aan de huisarts van 1 oktober 2012. Hoewel de informatie op sommige onderdelen daardoor wat gefragmenteerd is en de dossiervorming in dat opzicht beter had gekund, bevat het dossier voldoende gegevens om een goede hulpverlening te kunnen waarborgen. Ook dit klachtonderdeel is daarom ongegrond."*

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Klaagster heeft in beroep aangevoerd dat het Regionaal Tuchtcollege in de beslissing

in eerste aanleg bij de vaststelling van de feiten een (gedeeltelijk) onjuiste voorstelling heeft gegeven van wat is voorgevallen.

Anders dan klaagster is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat overweging "2.

De feiten" van de beslissing in eerste aanleg een correcte weergave behelst van de feiten die relevant zijn voor de beoordeling van het voorliggende geschil. Het Centraal Tuchtcollege zal voor de beoordeling van het beroep van die feiten uitgaan.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 In beroep zijn de schriftelijke klachten over het beroepsmatig handelen van de revalidatiearts opnieuw aan de tuchtrechter ter beoordeling voorgelegd. Het Centraal Tuchtcollege heeft kennis genomen van de bij het Regionaal Tuchtcollege ingediende klachten en het daarover in eerste aanleg door partijen schriftelijk en mondeling gevoerde debat. Het door het Regionaal Tuchtcollege gevormde zaaksdossier is aan het Centraal Tuchtcollege gestuurd.

In beroep is het debat door partijen schriftelijk nog een keer gevoerd, waarbij door ieder van hen standpunten zijn ingenomen naar aanleiding van de door het Regionaal

Tuchtcollege vastgestelde feiten en de door dat College gegeven beschouwingen en beslissingen. Tijdens de mondelinge behandeling op 13 maart 2018 is dat debat voortgezet.

Het beraad in raadkamer na de behandeling in beroep heeft het Centraal Tuchtcollege niet geleid tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege. Dit betekent dat het beroep zal worden verworpen.

#### 5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:  
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. E.J. van Sandick, voorzitter, mr. M.P. den Hollander en mr. A. Smeeïng-van Hees, leden-juristen en dr. G.J. Clevers en mr. drs. J.A.W.

Dekker, leden-beroepsgenoten en mr. A.R. Sijses, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 17 april 2018.

Voorzitter w.g.            Secretaris w.g.