

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2018.080

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2018.080 van:

A., wonende te B., appellante, klaagster in eerste aanleg,
gemachtigde: drs. G.T. Haan, verbonden aan ARAG Rechtsbijstand te Leusden,
tegen

C., chirurg, werkzaam te D., verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. R.J. Peet verbonden aan VvAA te Utrecht.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klaagster - heeft op 3 april 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen C. - hierna de chirurg - een klacht ingediend. Bij beslissing van 16 januari 2018, onder nummer 17/125, heeft dat College de klacht in al haar onderdelen afgewezen. Klaagster is van die beslissing tijdig in beroep gekomen.

De chirurg heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 4 oktober 2018, waar zijn verschenen klaagster, bijgestaan door drs. Haan, en de chirurg, bijgestaan door mr. Peet.

Partijen hebben hun standpunten toegelicht, de gemachtigde van klaagster (mede) aan de hand van een pleitnota die hij aan het Centraal Tuchtcollege heeft overhandigd.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

“2. De feiten

2.1 *Klaagster, geboren in 1969, heeft vanaf 2009 haar huisarts bezocht in verband met maag/buikklachten. In het journal staat daarover onder meer het volgende vermeld:*

“21-12-2009 O PRE: MH_PKB

O abdomen: soepele buik; lichte drukpijn in epi;

E spanningsklachten;

P niet aan het werk; naar psycholoog; gesprek tavegaa; lormetaze-

pam

3mg an

S voelt zich uitgerangeerd; veelmaagklachten/slikpijn; gaat naar

E. (psycholoog); zit sinds sept inarbo-traject; slaapt niet; angst voor toekomst; gaat wel naar F. toe (drinkt extreem veelsinds 5-10jr)

(...)

02-02-2010

S G.: heeft een afspraak gemaakt bij een chirurgin

H. die gespecialiseerd is in refluxklachten.

S steeds meer last van maag en zuur; alles doet zeer; situatie met (...) iets verbeterd; heeft nexium nog niet opgehaald

P wil graag naar maagdarmarts; is wanhopig wv pijn; lab helicobacter (...)

12-02-2010 P indien geen effect spreekuur

S TC: blijft in mond/slokdarm branden

P R: ULCOGANT GRANULAAT 1000MG IN SACHET ES

(...)

22-02-2010 P MED: I. 22-02-2010 LORMETAZEPAM TABLET 2MG

S blijft hele dag in keel branden; voedsel blijft hangen; keelpijn tgv zuur, mn 's middags; spreken doet zeer in strottenhoofd; nexium 2d20mg

O keel gb; LK-

E slikklachten/passageklachten?

P nexium ophogen tot 2d40mg; volgende wk naar zk

(...)"

2.2 Op 19 januari 2010 heeft bij klaagster in het J. te K. een endoscopie plaatsgevonden. In het endoscopieverslag van de internist staat als reden voor consult vermeld: "pijn in epigastrio". Verder staat in het verslag onder meer het volgende vermeld:

Verlag: De oesofagus laat een graad A oesofagitis zien. Er is een sliding hernia diafragmatica met de diafragma impressie op 43 cm en de cardia op Z-lijn op 40 cm van de tandenrij. De maag en duodenum tonen geen afwijkingen.

Conclusie: Kleine sliding hernia diafragmatica met graad A oesofagitis."

2.3 Klaagster heeft op eigen initiatief een afspraak gemaakt bij verweerder, chirurg in het H. te D., op 1 maart 2010. Verweerder heeft op basis van de anamnese in combinatie met de gegevens van de endoscopie de diagnose refluxziekte gesteld. Tijdens het consult is besloten over te gaan tot een laparoscopische Toupet fundoplicatie en crura plastiek op 30 maart 2010.

2.4 Bij brief van 7 februari 2010 heeft de huisarts van klaagster onder meer het volgende aan verweerder bericht:

"Patiënte heeft zelf bij u een afspraak gemaakt ivm recidiverende maagklachten; klachten heeft ze sinds december; bij endoscopie (L.) is er een geringe sliding hernia oesofagitis gr A vastgesteld (zie copy); PPI (omeprazol en onlangs nexium) hebben geen effect op haar klachten; lab uitslagen mbt het aanwezig zijn van helicobacter. Bij onderzoek druppijn in epigastrio en overgewicht; haar tong is wat vlekkelig. M.i. is er naast de endoscopisch gevonden afwijkingen een duidelijke relatie met stress (mn in de relationele sfeer)"

2.5 In het medisch dossier staat bij 1 maart 2010 onder meer het volgende vermeld:

2.6 Klaagster heeft in maart 2010 tweemaal telefonisch contact gehad met verweerder/het ziekenhuis om twijfels omtrent de operatie uit te spreken.

2.7 Op 29 maart 2010 heeft tussen partijen een telefoongesprek plaatsgevonden, waarin klaagster vertelde dat zij de operatie wilde afzeggen. Uiteindelijk is besloten dat klaagster de operatie zal ondergaan.

2.8 Op 30 maart 2010 is klaagster geopereerd door verweerder en een collega-chirurg. De verrichting betrof een laparoscopische Toupet fundoplicatie en crura plastiek.

2.9 In de periode hierna ontstond geen verlichting van de klachten.

2.10 In de brief van 15 juni 2010 van verweerder aan de huisarts van klaagster staat het volgende vermeld:

“Begin april is bij bovengenoemde patiënte een laparoscopische fundoplicatie uitgevoerd in verband met klachten passend bij reflux.

Het postoperatieve beloop was zonder problemen en haar reflux is genezen.

Wel heeft zij nog steeds klachten van een globus gevoel, en een vervelend gevoel in de mond en aan het tandvlees. Deze klachten zijn mijns inziens niet reflux gerelateerd.

Ik heb (...) uitvoerig met haar gesproken en getracht de psychosomatische component van haar klachten helder te maken. Hier blijkt wel enige herkenning in te komen, desondanks is haar zorgconsumptie nog groot.

Zij blijft van harte welkom bij mij voor nadere consulstatie, maar ik zal blijven aandringen op ondersteuning buiten het reguliere tweedelijns medische circuit.”

2.11 In de brief van 16 juli 2014 van verweerder aan ARAG Rechtsbijstand staat onder meer het volgende vermeld, voor zover hier van belang:

“Met verbazing ontvang ik uw schrijven over bovenstaande patiënte bij wie ik in 2010 een 270 graden fundoplicatie aanbracht ter bestrijding van reflux.

Ik vind het spijtig dat de behandeling niet het gewenste resultaat heeft gebracht, temeer omdat zij veel hinder aangeeft van gastro-intestinale problemen die ze voor de ingreep niet had. Uw cliënte presenteerde zich met een complex patroon van klachten deels van fysieke, en deels van psychosomatische aard. Mijn behandeling bestond uit een uitvoerige voorlichting en begeleiding, operatie en nazorg. Ik ervaar de toonzetting van uw vragen dan ook als pijnlijk. U geeft aan de ziektegeschiedenis van mevrouw (...) in kaart te brengen, maar uw vragen richten zich vooral op mijn praktijkvoering.

Het mag u bekend zijn dat ik geld als referent voor complexe problemen van reflux en middenrifbreuken, en dat MDL artsen en chirurgen uit het hele land hun patiënten naar mij verwijzen voor second opinion of operatie. Ik vind uw vragen over betrekking van MDL artsen vanuit dit perspectief dan ook niet relevant. Hetzelfde geldt voor uw vragen over protocollen. Uw cliënte noemt verandering in protocol, zij bedoelt hiermee mijn aanpassing in techniek, te weten de overgang van de 360 graden fundoplicatie naar de 270 graden fundoplicatie.

Ik voer mijn praktijk op basis van informatie uit leerboeken, literatuur en (inter)nationale richtlijnen. Deze zijn voor ieder medicus toegankelijk, en op het gebied van refluxziekte heb ik een aanzienlijke bijdrage geleverd aan beschikbare literatuur. Het zal u, als chirurg, ongetwijfeld helder zijn dat wij niet op ziekenhuisniveau voor alle behandelingen ook nog eens een eigen protocol of richtlijn schrijven, dit lijkt me zeer onwenselijk in het licht van het uniformiseren van behandeling. Deze documenten bestaan dus niet voor refluxziekte in mijn praktijk, en ik kan ze derhalve niet toezenden. Voor de voordelen van de 270 graden fundoplicatie verwijs ik u naar de beschikbare literatuur.

Ik neem tenslotte geen verantwoordelijkheid voor de opmerking dat cliënte meer kans zou hebben op slokdarmkanker. Ongetwijfeld is in de uitvoerige gesprekken met mevrouw (...) de relatie tussen chronische reflux en slokdarmkanker ter sprake geweest. In haar geval is er voor de ingreep nooit intestinale metaplasie aangetoond, reden waarom zij in 2010 nog geen verhoogd risico op slokdarmkanker liep. Ik heb dit op deze wijze uitgelegd.

Ik heb uitvoerige gesprekken gevoerd met mevrouw (...), haar echtgenoot en haar moeder, en alle details rondom reflux en de operatie bij herhaling besproken. Mocht u daadwerkelijk interesse hebben in mijn perspectief, dan bent u van harte welkom voor een gesprek, liefst samen met uw cliënte.”

3. De klacht en het standpunt van klaagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

- 1. geen schriftelijk en door klaagster ondertekend informed consent heeft overgelegd;*
- 2. zonder deugdelijk vooronderzoek (o.a. raadplegen huisarts) is overgegaan tot operatie;*
- 3. te vroeg is overgegaan tot de operatie;*
- 4. niet zelf de (Davinci) robotoperatie heeft gedaan, maar zijn collega;*
- 5. onvoldoende nazorg heeft geleverd;*
- 6. zich buiten zijn vakgebied naar cliënte heeft uitgelaten over mogelijke medische problematiek;*
- 7. zijn reacties in zijn brief van 16 juli 2014 naar aanleiding van vragen van ARAG niet getuigen van een voldoende professionele houding in de verhouding arts/patiënte.*

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

5.1. Bij de beoordeling van de vraag of verweerder in strijd heeft gehandeld met de zorg die hij heeft te betrachten ten opzichte van klaagster – en aldus tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld – stelt het college het volgende voorop. Volgens vaste tuchtrechtspraak gaat het bij de tuchtrechtelijke beoordeling van beroepsmatig handelen niet om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de aangeklaagde beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in zijn beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard.

5.2. De klachtonderdelen 1 tot en met 3 lenen zich voor gezamenlijke behandeling. Uitgangspunt is dat de patiënt toestemming geeft voor het uitvoeren van een medische behandeling. Om rechtsgeldig toestemming te geven heeft de patiënt goede informatie nodig. Daarom moet een arts, alvorens toestemming te vragen, de patiënt eerst informatie geven over het voorgenomen onderzoek of de voorgestelde behandeling. De informatieplicht van de arts en het toestemmingsvereiste zijn het 'informed consent'. Informed consent betekent allereerst dat de arts de patiënt op een begrijpelijke en zo volledig mogelijke wijze informeert over de voorgestelde behandeling. Duidelijk moet zijn wat de aard en het doel zijn van de behandeling, wat de diagnose en prognose zijn voor de patiënt, welke risico's aan de behandeling verbonden zijn en welke alternatieven mogelijk zijn. De arts mag pas met de behandeling starten als de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven. Deze toestemming behoeft, anders dan klaagster heeft betoogd, niet schriftelijk te worden gegeven.

Verweerder heeft ter zitting verklaard dat hij op 1 maart 2010 de operatie, de voor- en nadelen en de verwachtingen met klaagster heeft besproken en dat hij destijds op gangbare wijze notitie daarvan heeft gemaakt, zoals onder 2.5 staat vastgelegd.

Klaagster heeft niet ontkend dat het consult op 1 maart 2010 uitvoerig was.

Gelet op deze feiten en omstandigheden is het college van oordeel dat de aantekening in het dossier voldoet aan de eisen die daarvoor toentertijd werden gesteld. Gezien de verklaring van verweerder en de omstandigheid dat klaagster heeft bevestigd dat het consult van 1 maart 2010 uitgebreid was, acht het college voldoende aannemelijk dat sprake was van informed consent, zoals ook is vermeld in de aantekening in het medisch dossier (zie 2.5). Ingevolge artikel 7:454 van het Burgerlijk Wetboek is de arts verplicht om een dossier in te richten met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Daarin dient hij onder meer aantekening te houden van de gegevens omtrent de gezond-

heid/klachten van de patiënt en de uitgevoerde verrichtingen, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan de patiënt noodzakelijk is. Daarbij is goede, toegankelijke en begrijpelijke verslaglegging in het medisch dossier van groot belang voor de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening en begeleiding.

Uit het medisch dossier volgt niet duidelijk wat de precieze klachten van klaagster waren en de indicatie dan wel overwegingen voor de operatie. Ter zitting heeft verweerder toegelicht dat hij op basis van de anamnese, het verslag van de endoscopie, de brief van de huisarts van klaagster van 7 februari 2010 en het feit dat de medicatie niet aansloeg, refluxklachten heeft gediagnosticeerd en heeft besloten tot het uitvoeren van de uiteindelijke operatie. Deze uitleg volstaat voor het college. De vastlegging in het medisch dossier had uitgebreider gekund, maar gezien de door verweerder gegeven toelichting kan de summiere verslaglegging niet als tuchtrechtelijk verwijtbaar worden aangemerkt.

Uit het voorgaande volgt dat de klachtonderdelen 1 tot en met 3 ongegrond zijn.

5.3 Voor het vierde klachtonderdeel, dat verweerder niet zelf de (Davinci) robotoperatie heeft gedaan, maar zijn collega, geldt het volgende. Verweerder heeft ter terechtzitting toegelicht dat geen gebruik is gemaakt van een Davinci robot omdat deze niet beschikbaar was in het ziekenhuis. Bij een operatie als de onderhavige zijn, zoals verweerder heeft toegelicht, vier "mensenhanden" nodig, derhalve een team van twee behandelaars. De operatie is uitgevoerd door verweerder en een collega, waarbij de supervisie en regie bij verweerder berustte. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.4 Het klachtonderdeel onder 5 is ongegrond. Verweerder heeft voldoende nazorg geleverd. Na de operatie heeft verweerder uitvoerig met klaagster gesproken en klaagster was "van harte welkom (...) voor nadere consultatie", een en ander zoals staat vermeld in de brief aan de huisarts van 15 juni 2010 (onder 2.10). Niet is gebleken dat verdere nazorg op het vakgebied van verweerder mogelijk en noodzakelijk was.

5.5 Voor de klachtonderdelen onder 6 en 7 verwijst klaagster, voor zover het college begrijpt, naar de brieven genoemd onder 2.10 en 2.11.

Het college is van oordeel dat verweerder met de brief, zoals vermeld onder 2.10, niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld.

Verder is het college van oordeel dat verweerder niet is tekort geschoten in zijn professionele houding met zijn brief (onder 2.11) aan ARAG.

5.6 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht (in al haar onderdelen) ongegrond is.

Verweerder kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt."

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in beroep niet is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 In beroep heeft klaagster haar klacht herhaald en nader toegelicht.

4.2 De chirurg heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 Met het beroep legt klaagster haar oorspronkelijke klacht in volle omvang voor aan het Centraal Tuchtcollege. In de klacht ligt als kernverwijt besloten dat de chirurg zonder deugdelijk vooronderzoek en te vroeg is overgegaan tot een operatie. De desbetreffende klachtonderdelen 2 en 3 zal het Centraal Tuchtcollege vanwege hun onderlinge verwevenheid gezamenlijk behandelen.

4.4 Met betrekking tot de klachtonderdelen 2 en 3 overweegt het Centraal Tuchtcollege op grond van de stukken en de behandeling ter zitting in beroep als volgt.

Ter toetsing staat of de chirurg 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 door klaagster klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard.

Anders dan het Regionaal Tuchtcollege komt het Centraal Tuchtcollege tot het oordeel dat onder de gegeven omstandigheden de diagnostiek onvolledig is geweest en de chirurg te vroeg en zonder noodzaak is overgegaan tot het verrichten van een operatie. Volgens de Richtlijn gastro-oesofageale refluxziekte (oktober 2010), welke richtlijn ten tijde van de operatie op 30 maart 2010 weliswaar nog niet in werking was getreden maar waarin is vastgelegd wat toen wel al praktijk was, dient bij een patiënt met therapieresistente refluxklachten besloten te worden tot het verrichten van een oesofago-gastroduodenoscopie. Wanneer, zoals in dit geval, uit het recente verleden endoscopische gegevens beschikbaar zijn, kan de endoscopie achterwege gelaten worden. Bij de endoscopie op 19 januari 2010 werd een kleine sliding HD met graad A oesofagitis aangetroffen. In dat geval wordt 8 weken protonpompremming in standaarddosis geadviseerd. Indien de symptomen hiermee onvoldoende onder controle zijn is een verdubbeling van de dosis gedurende 8 weken aangewezen. Indien desondanks de symptomen aanhouden is de aanbeveling een 24-uurs-slokdarm-PH- en/of –impedantiemeting te verrichten alvorens eventueel anti-reflux chirurgie plaats vindt.

Uit het medisch dossier blijkt naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege onvoldoende hoe de chirurg de anamnese heeft verricht en de indicatie voor een operatie na afweging van alternatieven heeft vastgesteld, zoals voornoemde 24-uurs-slokdarm-PH- en/of –impedantiemeting of uitstel van de operatie. De verslaglegging van het -enige- consult op 1 maart is zeer summier. Voorafgaand gebruik van medicatie en de duur daarvan worden niet vermeld. De vraag in het kader van Informed consent naar “Evt. alternatieven/andere behandelmethoden” is slechts met “ja” beantwoord zonder vermelding van enige afweging. Ook heeft de chirurg, zoals hij ter zitting in beroep heeft toegegeven, geen pre-operatief poliklinische brief opgemaakt.

4.5 Nu een goede verslaglegging inclusief afweging m.b.t. de voorgestelde operatie in de medische status en/of een brief ontbreekt, kan het handelen van de chirurg niet goed worden beoordeeld en kan niet als vaststaand worden aangenomen dat de chirurg op goede gronden tot zijn diagnose en indicatiestelling is gekomen.

Voorts is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat er in de gegeven omstandigheden van het geval, - te weten een complex klachtenbeeld met een psychosomatische component, grote stress (met name in de relationele sfeer) en overmatig alcoholgebruik, en het feit dat klaagster na het consult op 29 maart 2018 nog een telefonisch gesprek heeft gehad met de chirurg waarin zij haar ernstige twijfels uitsprak over het laten doorgaan van de operatie, terwijl ten slotte een acute medische noodzaak om te opereren ontbrak-, alle reden was om de medische klachten nog eens nader te onderzoeken, althans een pas op de plaats te maken en klaagster meer bedenktijd te geven.

Op grond hiervan oordeelt het Centraal Tuchtcollege dat de klachtonderdelen 2 en 3 gegrond zijn, zodat de beslissing waarvan beroep met betrekking tot deze klachtonderdelen vernietigd dient te worden.

4.6 De behandeling van de zaak in beroep heeft het Centraal Tuchtcollege met betrekking tot de klachtonderdelen 1 en 4 tot en met 7 geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg, zodat het beroep in zoverre moet worden verworpen.

4.7 Motivering van de maatregel

Het Centraal Tuchtcollege stelt voorop dat de geground bevonden klachtonderdelen zodanig verwijtbaar gedrag behelzen dat in beginsel een berisping op zijn plaats is. Gelet echter op het lange tijdsverloop tussen het handelen van de chirurg en het indienen van de klacht alsook het feit dat de chirurg niet eerder in aanraking is gekomen met de tuchtrechter acht het Centraal Tuchtcollege redenen aanwezig om te volstaan met het opleggen van een waarschuwing.

6. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

vernietigt de beslissing waarvan beroep voor zover daarbij de klachtonderdelen 2 en 3 ongegrond zijn verklaard;

en opnieuw rechtdoende:

verklaart de klachtonderdelen 2 en 3 alsnog geground;

legt dienaangaande de chirurg de maatregel van waarschuwing op;

verwerpt het beroep voor het overige.

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: E.J. van Sandick, voorzitter; H. de Hek en Y.A.J.M. van Kuijck, leden-juristen en G.J. Clevers en D.A. Legemate, leden-beroeps-genoten en R. Blokker, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 15 november 2018.

Voorzitter w.g. Secretaris w.g.