

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2023/6688

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG  
AMSTERDAM

Beslissing in raadkamer van 31 januari 2025 op de klacht van:

A,  
wonende in B,  
klager,

tegen

C,  
maag-darm-leverarts  
werkzaam in B,  
verweester, hierna ook: de MDL-arts,  
gemachtigde: D, werkzaam in B.

### 1. De zaak in het kort

1.1 Klager is sinds 2002 in behandeling vanwege een darmziekte. Oorspronkelijk is de diagnose colitis ulcerosa (ontsteking van de dikke darm) gesteld. Later is men ook gaan denken aan de ziekte van Crohn, die niet alleen de dikke darm, maar het gehele spijsverteringskanaal van mond tot anus kan aantasten. Beide ziekten zijn zogenaamde inflammatoire darmziekten (Inflammatory Bowel Diseases of IBD), die zich vaak kenmerken door een complexe problematiek. Sinds september 2017 werd klager behandeld door een multidisciplinair team (MDO) in het ziekenhuis waar de MDL-arts werkzaam is. De MDL-arts maakte deel uit van het MDO en heeft klager in 2019 enkele malen gezien.

1.2 Klager verwijt de MDL-arts nalatigheid en onzorgvuldig handelen. In het bijzonder verwijt klager de MDL-arts enerzijds dat haar brief aan de huisarts van 13 februari 2019 feitelijke onjuistheden bevat en anderzijds dat zij zich na april 2019 afzijdig heeft gehouden en ten onrechte niet actief heeft uitgezocht waarom geen resultaten uit de onderzoeken kwamen. De MDL-arts heeft verweer gevoerd tegen de klacht.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat de klacht kennelijk ongegrond is. 'Kennelijk' betekent dat het niet nodig is om nog vragen aan de partijen te stellen en dat duidelijk is dat de klacht niet gegrond kan worden verklaard. Hierna vermeldt het college eerst hoe de procedure is verlopen. Daarna licht het college de beslissing toe.

### 2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 4 december 2023;
- het verweerschrift met de bijlage;
- de aanvullende stukken van klager, ontvangen op 8 mei 2024;
- het proces-verbaal van het mondelinge vooronderzoek, gehouden op 15 mei 2024;
- het vervangend stuk voor deel 2 van de op 8 mei 2024 ontvangen stukken, ontvangen op 21 juni 2024;
- de reactie van klager op het proces-verbaal van het mondelinge vooronderzoek, ontvangen op 12 juli 2024;
- de reactie van de chirurg op de nagekomen stukken, ontvangen op 8 augustus 2024.

2.2 Het college heeft de klacht in raadkamer behandeld. Dit betekent dat het college de zaak beoordeeld heeft op basis van de stukken, zonder dat de partijen daarbij aanwezig waren.

### 3. De feiten

3.1 Nadat in 2002 bij klager de diagnose colitis ulcerosa was gesteld is bij hem de dikke darm verwijderd met aanleg van een ileostoma (kunstmatige uitgang van de dunne darm via de buik). In 2006 onderging klager een operatie, waarbij in plaats van het stoma een ileoanale pouch (een van de dunne darm gemaakt zakje binnen het lichaam, waarmee een stoelgang langs natuurlijke weg mogelijk is) werd aangelegd. Na deze operatie ontstond een naadlekkage (een gaatje bij de aansluiting van de pouch op de darm). Een dergelijke lekkage is een bij deze operaties regelmatig voorkomende complicatie. Om de pouch te ontlasten is toen opnieuw een ileostoma aangelegd. Vanaf dat moment hield men rekening met de mogelijkheid dat klager ook de ziekte van Crohn zou kunnen hebben.

3.2 Nadat de situatie langere tijd stabiel bleef en er geen aanwijzingen waren dat het lek nog bestond, is klager in 2016 geopereerd om het stoma op te heffen. Vanaf de pouchnaad ontstond daarna een fistel (opening) naar de linker bil met abcesvorming, waarvoor behandeling heeft plaatsgevonden. In september 2017 is klager verwezen naar het ziekenhuis waar de MDL-arts werkzaam is. Klager is hier in februari 2018 geopereerd, waarbij - vooruitlopend op een definitief behandelplan - een dubbelloops stoma is aangelegd en drainage van de bilfistel plaatsvond.

3.3 In de loop van 2018 heeft klager met meerdere leden van het MDO gesproken over de verschillende behandelmogelijkheden. Op 10 juli 2018 sprak klager met zijn hoofdbehandelaar, een chirurg (verweerder in de zaak A2023/6687, hierna: de hoofdbehandelaar). Deze hoofdbehandelaar noteerde in het medisch dossier (alle citaten zijn letterlijk weergegeven):

“Uitgebreid gesproken over de opties. Mi geen redo [college: creëren van een nieuwe pouch] wegens de grote kans op Crohn.

Counselen via [chirurg, verweester in de zaak A2023/6686, hierna: de chirurg] voor hernia repair

Tevens mogelijk parastomale hernia. Loopt wat slijm uit afvoerende lis onder de plak”

3.4 Op 24 juli 2018 sprak klager voor het eerst met de chirurg die hem later zou opereren (de chirurg). Dat ging met name over zijn liesbreuk, maar ook over de behandelopties in het kader van de darmproblematiek.

3.5 In de gesprekken die klager met diverse artsen had (onder wie de destijds behandelend MDL-arts), kwam naar voren dat hij na de operatie van februari 2018

nog steeds klachten had die leken op wat hij had voor die operatie. De dubbelloops stoma leidde bovendien tot overloop. Daarom heeft de chirurg klager op 10 december 2018 geopereerd, waarbij naast de liesbreukcorrectie in plaats van het dubbelloops stoma een eindstandig stoma is aangelegd.

3.6 Op 15 januari 2019 zag de chirurg klager voor controle na de operatie en noteerde in het dossier onder meer:

“(…)

A: gaat goed, geen last van lie smeer, geen zwelling meer.  
Stoma problemen met stoma, geen lekkages, mooi plat weer.  
Fistels rustiger, maar wil er toch nog graga een keer vanaf.  
Is zelf niet overtuigd van crohn.

(…)

B:

Voorlopig chirurgische behandeling

Drukverhogende momenten vrlagen/ voorkomen

Wil tzt nog wel een keer van fistels af: gezien pouch en verdneking crohn uitleg niet opportuun.”

3.7 Op 13 februari 2019 is klager voor het eerst bij de MDL-arts geweest. Zij noteerde onder meer in het dossier:

“(…)

Fistel zorgt voor discomfort, komt veel vocht uit. Probeert dit met verband op te vangen middels inlegger.

Zou graag hiervan af willen zijn, is het mogelijk bijv het defect in pouch te sluiten?

Hoopt op termijn wellicht nog een nieuwe pouch te kunnen krijgen, maar niet ten koste van alles.

(…)

Beleid

Bespreken met [andere chirurg uit het MDO] , MRI fistel nodig alvorens consult? Is destijds omentum opgeslagen? Op termijn mogelijk om fistels te sluiten?”

3.8 Op 4 maart 2019 heeft de MDL-arts een MRI van de pouch aangevraagd. Ook heeft zij de patholoog revisie gevraagd van het oorspronkelijke dikke darm preparaat. Van dat preparaat had in een ander ziekenhuis al revisie plaatsgevonden met conclusie:

“In de colonresectie is er gezien de diepe ontsteking met fissuurvorming en uitgebreide reactieve verandering van de submucosa een beeld wat het best past bij m. Crohn en niet goed bij CU”

3.9 Klager is op 24 maart 2019 op de SEH geweest vanwege bruin vochtverlies via de bilfistel. Hij werd doorverwezen naar zijn behandelaren op de poli, waar op 29 maart 2019 de MRI stond ingepland. De conclusie van die MRI was:

“Grotendeels onveranderd aspect van het met granulatieweefsel gevulde brede extrafincterische fistelgang links.

Meer fibrose ter plaatse van de mediale uitwendige opening.

Geen nieuwe fistels.

Geen vochtcollecties.”

3.10 Klager heeft op 18 april 2019 telefonisch contact gehad met een arts-assistent chirurgie. Deze noteerde onder meer in het dossier:

“(…)

Recente MRI toont nog duidelijk actieve fistel vanuit de inactieve pouch.

MRI werd op verzoek nogmaals bekeken door radioloog: er ligt wel een dunnedarmlis tegen de pouch aan (…)

Niet zeker of dit een fistel is.

Na overleg met [andere chirurg uit het MDO]:

Mogelijk dat er een fistel is ontstaan tussen dunnedarm en pouch.

Hiervoor zou dan echter nieuwe ziekteactiviteit nodig zijn terwijl de patient hier verder niet symptomatisch bij is, dus onwaarschijnlijk.

Indien fistel naar de pouch dan zou je ook verwachten dat de productie toeneemt, terwijl dit niet het geval is.

Dd is (deviation) pouchitis.”

3.11 Op 28 mei 2019 zag de MDL-arts klager en besprak met hem onder meer de uitslag van de op 4 maart 2019 gevraagde herbeoordeling van de colonresectie:

“colon met daarin een diffuse, chronisch actieve bij patient bekende IBD, waarbij gezien de microscopische bevindingen (dieper reikende infiltraten en enkele fissuraties) toch enige voorkeur voor M. Crohn. Geen granulomen.”

3.12 De hoofdbehandelaar zag klager op 11 juni 2019 en besprak met hem onder meer de uitslag van een op 28 mei 2019 gemaakte CT-scan:

“CT scan: geen aanwijzing voor fistel

De fistel gaat nog open en dicht, alleen veel beter nu er geen ontlasting

(…)

Opties toekomst:

1. Pouch excisie

2. redo pouch

3. Sluiten fistel na overgroeien van het defect evt met EVAC

Pouchoscopie

C 1 maand”

3.13 De chirurg heeft klager na de scopie gezien op 30 juli 2019 en noteerde onder meer:

“AO:

CT scan: geen aanwezigheid voor fistel

Scopie: ileo-anale anastomose met een matig ernstige pouchitis.

Fistel in het verlengde van de setonse drains, met granulatiweefsel hiertussen.

PA; eenmalig wel granulomen gezien in PA, maar ook reuscel reactie evt passend bij seton

(…)

Belangrijkste vragen:

1. M crohn of niet: Alle problemen duiden op chronisch naaddefect, echter, Resucelgranulomen in fisteltraject , maar zou ook een vreemd lichaam reactie op seton kunnen zijn. NB herbeoordeling colonresectie [naam]: [collega: zie tekst 3.11]

2. Vraag of er nog een fistel is tussen aanvoerende darm en pouch/ afvoerende darmlis gezien anamnestic etensresten uit pouch, niet aan te tonen.”

3.14 Daarna is in het MDO besloten een MR enterografie te laten maken, waarbij de dunne darm zichtbaar wordt gemaakt met contrastvloeistof. De chirurg heeft met klager op 12 november 2019 besproken dat deze MRE geen fistel had aangetoond tussen het dunnedarmtraject en de pouch.

3.15 De hoofdbehandelaar heeft op 17 december 2019 in het dossier genoteerd:  
"Ouders aanwezig.

Uitgebreid de drie opties besproken:

1. Niets doen
2. Pouch excisie en omentumplastiek
3. Pouch excisie en naadreconstructie

Plan:

Indien een goede pouch is aan te leggen dan pouch, anders pouchexcisie of omentumplastiek"

3.16 In de periode van april 2021 tot en met november 2021 had klager meerdere malen contact met de hoofdbehandelaar over de drie opties en het al dan niet uitvoeren van de in december 2019 besproken operatie. Klager wilde dat alvorens hij een beslissing zou nemen nog meer diagnostiek zou plaatsvinden, en eventueel een aparte operatie om de fistel aan te tonen. De hoofdbehandelaar was niet bereid om alleen een verkennende operatie uit te voeren om dan later mogelijk nog een tweede keer aan de pouch te moeten opereren. Wel heeft hij nog een extra MRE laten maken. De fistel werd ook daarop niet aangetoond.

Op 17 augustus 2021 heeft de hoofdbehandelaar onder meer genoteerd:

"Ik ben accoord met een ingewikkelde exploratie welke risicovol zou zijn. Evenwel niet accoord als dat we risicovol de top van de pouch vrijleggen en geen fistel vinden niet meteen het probleem kunnen oplossen omdat hij er dan over wil nadenken. In tweede instantie zal het nog lastiger zijn met opnieuw veel risico op darm letsel."

Op 2 november 2021 noteerde de hoofdbehandelaar aanvullend nog:

"Plan:

Exploratie met onderbreken fistel

Indien niet aanwezig dan pouchredo of pouch excisie.

Expectatief"

#### 4. De overwegingen van het college

De criteria voor de beoordeling

4.1 De vraag is of de MDL-arts de zorg heeft verleend die van haar verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende MDL-arts. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de MDL-arts geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen.

De klacht – nalatigheid en onzorgvuldig handelen

4.2 De klacht bevat twee elementen, namelijk dat de brief van de MDL-arts aan de huisarts van 13 februari 2019 feitelijke onjuistheden bevat en dat de MDL-arts zich na april 2019 afzijdig heeft gehouden en niet heeft uitgezocht waarom de onderzoeken geen resultaten opleverden.

4.3 De brief van de MDL-arts van 13 februari 2019 aan de huisarts bevat een praktisch volledig gelijklopende tekst als de tekst van haar verslag van die datum in het medisch dossier. Het bezwaar van klager richt zich op de weergave van de medische voorgeschiedenis daarin. Eén opmerking van klager richt zich op een overduidelijke vergissing van de MDL-arts. Zij noteerde namelijk correct dat in juli 2016 het ileostoma is opgeheven en dat in februari 2018 opnieuw een (dubbelloops) stoma is aangelegd. De daarnaast nog gemaakte notitie dat in juli 2016 opnieuw een

stoma is aangelegd is niet juist, maar in het licht van het verder correct geschetste verloop moet dit worden gezien als een kennelijke vergissing, waardoor andere behandelaars niet op het verkeerde been konden en kunnen worden gezet. Dat de MDL-arts deze vergissing in het uitgebreide overzicht van de medische geschiedenis over het hoofd heeft gezien, valt haar naar het oordeel van het college niet tuchtrechtelijk aan te rekenen.

4.4 De overige opmerkingen van klager houden verband met verwijzingen naar de mogelijke aanwezigheid van de ziekte van Crohn. Uit het dossier blijkt dat die verdenking reeds in 2006 is gerezen en op de achtergrond aanwezig is gebleven. In de loop der tijd hebben twee onafhankelijke pathologen bij een herbeoordeling van de colonresectie serieuze aanwijzingen voor de ziekte van Crohn gevonden, de laatste keer in 2019 op verzoek van de MDL-arts. Het is logisch en niet tuchtrechtelijk verwijtbaar dat de mogelijkheid van Crohn opengehouden wordt als daar aanwijzingen voor zijn en dat dit vervolgens in het beleid wordt meegewogen, ook al is deze ziekte niet onomstotelijk aangetoond. Dat brengt ook met zich mee dat verwijzingen naar die aanwijzingen in het overzicht van de medische voorgeschiedenis terecht komen. Er is daarbij geen sprake van feitelijke onjuistheden. Dat klager het niet eens is met de waarschijnlijkheidsdiagnose Crohn maakt dit niet anders.

4.5 Het verloop van de ziekte van klager en het zoeken naar mogelijke behandelopties is primair een chirurgische kwestie. Reeds in januari 2019 heeft de chirurg genoteerd dat voorlopig uitgegaan werd van een chirurgische behandeling. De MDL-arts heeft zelf nog verschillende onderzoeken uitgezet en uitslagen met klager besproken, maar heeft het verdere beleid terecht aan de chirurgen overgelaten. Zij had daar niet veel aan toe te voegen, aangezien de opties vooral van chirurgische aard zijn. Het is ook niet aan de MDL-arts om de chirurgen aan te sturen of hen erop aan te spreken dat de onderzoeken niet tot de lokalisering van de fistel hebben kunnen leiden. Het komt nu eenmaal voor dat de exacte aard, omvang en locatie van een fistel niet kan worden vastgesteld.

4.6 Het college begrijpt dat de gevolgen van zijn ziekte voor klager zeer ernstig zijn en dat klager vooral wil dat op zijn minst een einde komt aan het ongewenste en overlast gevende verlies van ontlasting, en dat hij liefst helemaal van zijn stoma af wil. Het college ziet echter ook dat het behandelteam daar oog voor heeft gehad en zorgvuldig gehandeld heeft. Dat het niet gelukt is om tot een behandelbeleid te komen waar klager achter kan staan, is verdrietig. De MDL-arts is slechts beperkt bij de behandeling van klager betrokken geweest. Van enig tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen of nalaten door haar is echter niet gebleken. De klacht is kennelijk ongegrond.

## 5. De beslissing

De klacht is kennelijk ongegrond.

Deze beslissing is gegeven op 31 januari 2025 door G.F.H. Lycklama à Nijeholt, voorzitter, J.F. Hamming en J.W. Poley, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door N.A.M. Sinjorgo, secretaris.