

Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Pub. 189

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg heeft het navolgende overwogen en beslist op het door A., wonende te B., appellante/oorpronkelijk klaagster, ingestelde hoger beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam van 27 mei 1996, waarbij haar klacht tegen C. chirurg, wonende te B., verder te noemen de arts, is afgewezen.

1. Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg heeft kennis genomen van de stukken van eerste aanleg waaronder het proces-verbaal van het verhandelde ter zitting in eerste aanleg en van de beslissing waarvan beroep.

Voorts heeft het Centraal College kennis genomen van het beroepschrift d.d. 14 augustus 1996, ingediend namens klaagster door mr. D., advocaat te A., van het aanvullend beroepschrift d.d. 24 september 1996 en van het verweerschrift in hoger beroep d.d. 25 november 1996, ingediend namens de arts door mr. E., advocaat te F.

2. De zaak is in hoger beroep behandeld ter zitting van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van 23 oktober 1997, alwaar zijn verschenen en gehoord klaagster, bijgestaan door haar advocaat mr. C. voornoemd en de arts, bijgestaan door mr. G., kantoorgenoot van mr. E. voornoemd.

3. Het beroep is tijdig ingesteld.

4. Met betrekking tot de feiten die hebben geleid tot het indienen van de klacht staat – onder meer en voor zover thans nog van belang – het volgende vast.

Klaagster heeft zich op 22 augustus 1990 in verband met continue pijn in de onderbuik, trekkend naar de rug, gewend tot de polikliniek gynaecologie van het H. te A., lokatie I., in welk ziekenhuis de aangeklaagde chirurg eveneens werkzaam is. Op grond van door de gynaecoloog verkregen gegevens is besloten klaagster te opereren (de gynaecoloog deed onder meer een biopsie waarvan de uitslag, die op 17 oktober 1990 bekend werd, luidde: Beeld van 'cholangiolair carcinoom'). De operatie

werd op 24 oktober 1990 door de arts uitgevoerd. Daarbij zijn twee tumoren in de rechter leverkwab en één tumor in de linker leverkwab gevonden en geresecteerd. De PA-uitslag van de geresecteerde tumoren kwam op 2 november 1990 binnen. Er bleek geen sprake van maligniteit, doch van goedaardig multifocale nodulaire hyperplasie.

Op 10 december 1992 heeft klaagster zich gemeld op de polikliniek chirurgie met hevige pijn in de bovenbuik.

Zij werd verwezen naar de pijnpolikliniek, waar op 1 februari 1993 een ramus communicansblok werd geplaatst door de anesthesioloog. Op 3 maart 1993 heeft klaagster zich opnieuw gemeld op de polikliniek chirurgie omdat de pijnbehandeling geen effect had gehad. Op 7 april 1993 werd klaagster, op verdenking van adhaesies, opgenomen voor een adhaesiolyse, die op 8 april 1993 door verweerder werd uitgevoerd; tevens werd een appendectomie verricht. De operatie vond plaats onder algehele anesthesie met regionale anesthesie via de epidurale katheter. Er bleek inderdaad sprake van adhaesie tussen diverse organen, welke adhaesies door verweerder werden verwijderd.

Op 11 april 1993 is de epidurale katheter verwijderd door de chirurgisch assistent van de afdeling waarop klaagster na de operatie lag. Naar klaagster stelt, had zij reeds de dagen daarvoor vocht uit de insteekopening van het katheter verloren en had zij reeds vanaf 10 april geklaagd over drukpijn ter hoogte van de insteekopening, een pijn die uitstraalde naar de bovenbenen. In de verpleegkundige status van klaagster is zowel op 10 als op 11 april 1993 vermeld dat de epidurale katheter lekte bij de insteekplaats. Op 12 april 1993 is in het verpleegkundig verslag vermeld dat klaagster veel pijn in haar rug had.

Op 13 april heeft de chirurgisch assistent de anesthesioloog in consult geroepen omdat het gebied rond de epidurale katheter gezwollen en drukpijnlijk was. De temperatuur van klaagster was toen 37.0. De anesthesioloog heeft klaagster diezelfde dag nog onderzocht,

doch kon geen afwijkingen vinden.

Vanwege de aanhoudende pijnklachten heeft de chirurgisch assistent op 16 april 1993 (de temperatuur van klaagster was toen 37.0) opnieuw de anesthesioloog geconsulteerd. Deze vond het niet nodig klaagster te zien en stelde pijnstillers voor.

Op 19 april was de temperatuur van klaagster gestegen naar 38.2 er was sprake van een zwelling met pus bij het insteekgat van de epidurale katheter; klaagster bleef klagen over pijn die uitstraalde naar haar benen. De chirurgisch assistent heeft toen opnieuw de anesthesioloog in consult geroepen, die na onderzoek van klaagster de neuroloog in consult riep.

De neuroloog heeft klaagster diezelfde dag nog onderzocht en, op vermoeden van een epiduraal abces, een CT scan aangevraagd voor de volgende dag, 20 april 1993.

De CT scan toonde aan dat er inderdaad sprake was van een epiduraal abces, waarop de neuroloog contact heeft opgenomen met de afdeling neurochirurgie van het I.

Klaagster is op 21 april overgeplaatst naar het I., alwaar zij op 23 april 1993 is geopereerd. Klaagster heeft aan het epiduraal abces een cauda syndroom overgehouden, waardoor zij in ernstige mate wordt beperkt.

5. De klacht in eerste aanleg houdt – voor zover nog van belang – in dat de arts in april 1993 verwijtbaar (te) laat de diagnose epiduraal abces heeft gesteld, althans dat aan verweerder is te verwijten dat onder zijn verantwoordelijkheid die diagnose (te) laat is gesteld.

6. Het College van eerste aanleg heeft die klacht afgewezen met de volgende overweging:

'Op grond van de stukken en van hetgeen ter terechtzitting is gesteld, staat vast dat verweerder niet verantwoordelijk was voor de nabehandeling van klaagster na de operatie van 8 april 1993, nu klaagster op een andere afdeling lag dan de afdeling waarvoor verweerder verantwoordelijk was. Het feit dat verweerder klaagster heeft geopereerd doet daaraan niet af. Een verwijt

dat de diagnose epiduraal abces te laat zou zijn gesteld, kan in ieder geval niet aan verweerder worden gemaakt. Hij was daarbij niet betrokken en hoefde dat ook niet te zijn.

De wijze waarop de verantwoordelijkheid binnen de afdeling chirurgie werd (en wordt) verdeeld is ook binnen andere ziekenhuizen alleszins gebruikelijk.’

7. Klaagster heeft deze beslissing in hoger beroep bestreden. Zij stelt dat aan haar na de operatie nimmer kenbaar is gemaakt dat de arts haar niet meer behandelde en niet meer de verantwoordelijke chirurg zou zijn en wie dan wel verantwoordelijk was.

Zij voert in dat verband aan dat de arts, naar hijzelf ook heeft verklaard, in het ziekenhuis wel meermalen bij haar langs is geweest als hij dienst had en dat zij zonder meer ervan is uitgegaan dat de arts haar behandelaar was althans dat de eindverantwoordelijkheid in ieder geval bij hem lag.

In dat verband wijst zij voorts nog op een aantal, zich in het dossier bevindende, brieven, in het bijzonder de brief van de arts aan de huisarts d.d. 3 augustus 1992, de brief van de arts aan de huisarts d.d. 23 december 1992, de ook aan de arts gezonden brief van neuroloog K. d.d. 28 april 1993, de (ontslag)brief van de arts aan de huisarts d.d. 28 april 1993, de voor kopie conform aan de arts gezonden brieven van de neurochirurg L. d.d. 21 mei 1993 en van 11 augustus 1993. Klaagster merkt verder op dat het gaat om leden van een (chirurgische) maatschap die niet alleen gezamenlijk maar ook individueel verantwoordelijk zijn voor een goede organisatie en verdeling van de werkzaamheden binnen de maatschap, die recht doet aan de eisen van een goede patiëntenzorg. De arts is in ieder geval als lid van de maatschap medeverantwoordelijk voor hetgeen (post)operatief is gebeurd of, zoals in dit geval, is nagelaten, aldus klaagster.

8. Het Centraal College overweegt hieromtrent als volgt.

Anders dan klaagster kennelijk veronderstelt, was de verdeling van de werkzaamheden en de verantwoordelijkheid binnen de maatschap op zichzelf niet slecht geregeld zodat op dit punt aan de arts geen verwijt kan worden gemaakt; de omstandigheid dat de diagnose epiduraal abces niet eerder is gesteld is ook niet te wijten aan de organisatie van de werkzaamheden en de verdeling van de verantwoordelijk-

heid. De werkzaamheden waren en zijn aldus verdeeld dat de post-operatieve zorg voor de patiënten berust bij de chirurg die dienst doet op de afdeling waar de patiënt na de operatie verblijft, onverschillig wie de patiënt heeft geopereerd. Deze verdeling van de chirurgische supervisie/verantwoordelijkheid strookt met de in Nederland gangbare. Uit de stukken van het geding en ter zitting is voldoende gebleken dat de aangeklaagde arts geen dienst had op de afdeling waar patiënte lag in de periode waarin het epiduraal abces onderkend had kunnen worden.

Het College van eerste aanleg heeft derhalve terecht geoordeeld dat het verwijt dat de diagnose epiduraal abces te laat zou zijn gesteld, in ieder geval niet aan de arts kan worden gemaakt aangezien hij niet bij de post-operatieve behandeling was betrokken en dat ook niet behoefde te zijn. Anders dan klaagster meent, maakt het lidmaatschap van de maatschap de arts op zichzelf niet verantwoordelijk.

De door klaagster in haar aanvullend beroepschrift genoemde (hiervoor onder 7 vermelde) brieven doen – anders dan klaagster meent – aan het voorgaande niet af. Uit de omstandigheid dat de ontslagbrief aan de huisarts is geschreven namens de arts die de operatie had verricht, kan niet worden afgeleid dat deze arts ook verantwoordelijk was voor de post-operatieve nazorg. Dat laatste kan evenmin worden afgeleid uit het feit dat de neuroloog K. en de neuro-chirurg L. de arts op de hoogte hebben gehouden van hun bevindingen omtrent de door hem geopereerde patiënte. De overige brieven dateren van vóór de bewuste periode.

9. Aan klaagster kan wel worden toegegeven dat voor haar geen duidelijkheid bestond welke arts verantwoordelijk was voor de post-operatieve zorg; deze onduidelijkheid is nog versterkt door de omstandigheid dat de aangeklaagde, niet langer verantwoordelijke, arts haar na de operatie – uit welgemeende belangstelling – nog enkele malen heeft bezocht. De arts heeft dit ter zitting van het Centraal College ook erkend; hij heeft verklaard dat in zijn ziekenhuis inmiddels maatregelen zijn genomen om aan de patiënten duidelijk te maken wie op de verschillende afdelingen en op de verschillende tijdstippen de verantwoordelijke arts is. Dat destijds aan klaagster – evenals aan andere patiënten – niet duidelijk was hoe de

verantwoordelijkheden verdeeld waren, kan naar het oordeel van het Centraal College de arts niet tuchtrechtelijk worden verweten.

Het Centraal College acht het echter van groot belang dat aan patiënten duidelijk wordt gemaakt dat de medische verantwoordelijkheden over meerdere artsen verdeeld zijn en hoe. Met name in verband met het op dat punt te ontwikkelen beleid zal het Centraal College dan ook bepalen dat deze beslissing wordt gepubliceerd.

10. Het Centraal College acht geen termen aanwezig voor het toekennen van een vergoeding uit 's Rijks kas in de voor klaagster uit de behandeling van de zaak voortvloeiende kosten.

11. Gelet op het vooroverwogene beslist het Centraal College als volgt: Rechtdoende in hoger beroep Verwerpt het beroep; Bevestigt de beslissing waarvan beroep. Bepaalt dat deze beslissing met inachtneming van het bepaalde in artikel 13b, eerste lid, van de Medische Tuchtwet zal worden bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant en door toezending aan de redacties van Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht met verzoek tot plaatsing.

Aldus gegeven in Raadkamer door: mr. C.L. de Vries Lentsch-Kostense, voorzitter; dr. J.J. Hamming, J.S. Pöll, dr. A.P. Roodvoets, prof. dr. A.H.M. Taminiau, leden-geneeskundigen; mr. H.J. Sluyters-Hamburger, secretaris en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 16 april 1998, door mr. J.J.R. Bakker, in tegenwoordigheid van de secretaris.