



NIET -
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/
AFGEWEZEN

Wachten op problemen of opereren ondanks de risico's?

Een man van middelbare leeftijd heeft chronische lagerugpijn en een voetheffersparese. Bij onderzoek blijkt sprake van een kanaalstenose, zowel op thoracale als cervicale niveau. De thoracale vernauwing is het meest bedreigend, en de orthopeed besluit – na overleg met een gespecialiseerde collega – dat een operatie geïndiceerd is. Bij zo'n ingreep is er kans op complicaties, zoals het ontstaan van een dwarslaesie. Die kan echter ook spontaan optreden als wordt afgewacht. Uiteindelijk vindt de operatie plaats, met extra monitoring van de zenuwen. Helaas ontstaat toch een partiële dwarslaesie.

De patiënt klaagt over de gespecialiseerde orthopeed die de operatie uitvoerde. Hij heeft een trits klachten, waarvan het merendeel niet gegrond wordt geacht.

De tuchtrechter vindt wel dat deze orthopeed de man beter had moeten informeren. Het lijkt erop dat de patiënt niet goed doordrongen was van de redenen waarom een operatie nodig was: niet alleen vanwege zijn pijnklachten, maar ook om de reële kans op schade bij afwachten. De arts had zich, gezien de aanzienlijke kans op ernstige gevolgen, ervan moeten vergewissen dat de patiënt een en ander goed had

begrepen, voordat deze instemde met de voorgestelde operatie. In dit geval hadden de '3 goede vragen' nuttig kunnen zijn. Die vragen – die een patiënt kan stellen, maar ook door de arts kunnen worden opgeworpen – zijn nuttig om tot gezamenlijke besluitvorming te komen: 'Wat zijn mijn mogelijkheden? Wat zijn de voor- en nadelen daarvan? Wat betekent dat voor mij?' Bij dergelijke ingewikkelde beslissingen zijn dit dus eigenlijk verplichte vragen. De orthopeed krijgt een waarschuwing.

Sophie Broersen, arts niet-praktiserend/journalist
Sjaak Nouwt, adviseur gezondheidsrecht

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 26 juni 2018

(ingekort door redactie Medisch Contact)

Beslissing in de zaak onder nummer C2017.401 van A, wonende te B, appelland, tevens verweerder in het incidenteel beroep, klager in eerste aanleg, (...), tegen C, orthopeed, werkzaam te D, verweerder in beroep, tevens appelland in het incidenteel beroep, verweerder in eerste aanleg, (...).

01

Verloop van de procedure

A, hierna klager, heeft op 5 december 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen C (...) een klacht ingediend. Bij beslissing van 27 juli 2017 (...) heeft dat college klachtonderdeel 2 gegrond verklaard en de maatregel van waarschuwing opgelegd. De overige klachtonderdelen zijn door dat college afgewezen. (...)

02

Beslissing in eerste aanleg

'2 De feiten

(...) Klager, geboren in 1968, werd op 19 april 2013 op de polikliniek orthopedie van de G-kliniek in D (verder: de kliniek) gezien door

de orthopeed E, *spine fellow* orthopedie, op verwijzing door de behandelend neuroloog via de huisarts vanwege chronische lumbago (lagerugpijn) en loopproblematiek. Verweerder is als orthopeed, gespecialiseerd in wervelkolomchirurgie, aan de kliniek verbonden.

E noteerde in het dossier:

“(...) Vg: *acdf 2 nivo's 2002, pyramidaal syndroom sinds 2002, voetheffersparese links.*

Eerder bij H (neuroloog, I) en orthopedie geweest.

Lagerugklachten, vnl met starten, en bij een onverwachte beweging of zitten. uitstraling linkerbeen aan de laterale zijde, sporten lukt niet meer.

Klachten zijn al enkele jaren aanwezig, maakt zich zorgen over de toekomst.

Bewegen verlicht de klachten.

Nog een MRI gemaakt in nov 2012, looppatroon laatste jaren niet veranderd AR: paar km.

Lichamelijk onderzoek: L:1.89 m, GL94 kg

lopen, trend +, voetheffersparese links, hakken gb

loopt met iets gebogen knie

heupen gb, knie gb

ONO: sens li afwijkend, lat, hyperrefl kpr, clonus links,

kracht voetheff 2, verder geen evidente afw

Aanvullend onderzoek: X-lwk: deg afwijkingen lumbaal

X-cwk: fusie C5-6 en C6-7 verder gb

Conclusie: hnp lumbaal?

Beleid: MRI opvragen I. daarna belafpraak, pm icc reva voor looppatroon.”

(...) E noteerde op 8 mei 2013 in het dossier:

“Aanvullend onderzoek: MRI lumbaal geen HNP wel discopathie meerdere niveaus en mogelijk spinale stenose thoracaal?”

Beleid: mri twk en daarna poli co, indien gb dan reva icc.”

Op 20 juni 2013 noteerde E over een telefonisch consult:

“Aanvullend onderzoek: MRI absolute kanaalstenose T10-T11; maar ook myelopathie cervicaal en stenose vnl C3-4.

Conclusie: mogelijk klachten benen ook obv absolute kanaalstenose T10-T11 (...)”

Op 28 juni 2013 maakte E de volgende aantekening in het dossier:

“MRI van 2009 en 2011 binnen, op die van 2009 m.i. ook al een absolute kanaalstenose T10-11 aanwezig.”

Op 11 juli 2013 noteerde E in het dossier:

“besproken met C, T10-11 decompressie en fusie, oude MRI weer opvragen van 2009 en inscannen, oude MRI van cwk laten maken en nieuwe MRI cwk laten maken om te kijken wat we met de myelopathie en compressie op C3-4 gaan doen.”

E heeft dit op 12 juli 2013 besproken met klager.

Op 5 augustus 2013 noteerde E in het dossier:

“besproken met C: allereerst decomp r10-11, met spondylodese en laminectomie met evp, mri 2009 laat hetzelfde beeld zien op T10-11 op lijst C.”

Op 9 augustus 2013 had klager een poliklinisch consult bij E. E heeft met klager de voorgenomen ingreep besproken. In het dossier noteerde hij:

“(…) Beleid: op lijst voor decompressie T10-11 en spondylodese met EVP op lijst C, nog POP C.”

(...)“Type contact/bespreking: Opname: complicatiestempel

Infectie	ja
Nabloeding	ja
Zenuwletsel	ja, duraletsel
Dwarslaesie	ja
(Reflex) Distrofie	ja
Alternatieven	ja, geen operatie
Mondelinge toestemming patiënt	ja.”

Op 22 augustus 2013 stuurde E een brief aan de huisarts van klager over de voorgenomen ingreep. Hij schrijft daarin onder meer dat de complicaties uitvoerig met patiënt waren besproken.

Op 17 september 2013 zag verweerder klager poliklinisch voor een preoperatief gesprek. Klager had een preoperatieve beperkingen vragenlijst ingevuld. Hierop had hij onder meer de pijngraad aangegeven (circa 70 op een schaal van 100). Verder had hij aangegeven niet te kunnen lopen zonder dat de pijn verergerde en zitten te vermijden omdat dat de pijn direct verergerde. Hij kon volgens zijn opgave niet langer dan tien minuten staan zonder dat de pijn verergerde. Slapen kon hij goed ondanks pijn in bed. Het sociale leven van klager was door de pijn beperkt en de pijn beperkte elke vorm van reizen. De pijn werd volgens klager niet minder of erger. De EQ-5D-score wat betreft de kwaliteit van leven kwam uit op 0,298.

Verweerder besprak met klager dat er een indicatie was voor een decompressie en een fusie. Verweerder besprak met hem de ingreep en dat gebruik zou worden gemaakt van intra-operatieve neuromonitoring (IONM).

Verder werden die dag diverse screeningsonderzoeken bij klager gedaan in de kliniek en kreeg hij een informatiefolder over de operatie mee.

De operatie werd door verweerder bij klager uitgevoerd op 27 november 2013. De operatie begon om ongeveer 11.30 uur.

In het operatieverslag is, voor zover van belang, genoteerd:

“(…) Plaatsen van pedikelschroeven in Th10 en Th11 onder scopiegeleiding. Het is allemaal zeer stijf en er is weinig mobiliteit tussen Th10 en Th11.

Vervolgens decompressie van Th10-11. Bij start van de decompressie is er reeds bijna volledige afwezigheid van signalen zonder dat het kanaal reeds ingegaan is. Wegens te veel risico besluiten wij dan heel de lamina van Th weg te nemen. Zorgvuldige decompressie van het ganse kanaal tot ver lateraal en ver onder de lamina van Th9 en Th11. Monitoring heel de procedure. Tijdens de decompressie worden de signaals iets beter vnl van de quadriceps maar van de tibialis niet veel.

Aviveren postero-lateraal en plaatsen van het autologe bot van de decompressie postero-lateraal re en li Th10-11.

Nemen van staaf. Fixeren van de staaf. Compressie toont niet veel beweging. Fixatie (...)”

(...) Na het sluiten van de wond en het wakker worden van klager werd al snel duidelijk dat er een (partiële) dwarslaesie was ontstaan. Klager werd hierover ingelicht. In samenspraak met de anesthesioloog en de orthopeed J besloot verweerder nog dezelfde dag (27 november 2013) een re-exploratie uit te voeren. Tijdens die ingreep werd geen compressie of hematoom aangetroffen. Het operatieveld werd gespoeld en na het plaatsen van een drain opnieuw gesloten. (...)

Op 28 november 2013 liet een controle-MRI geen duidelijke compressie zien, maar ook weinig expansie. In overleg met J en de in consult geroepen neuroloog werd een afwachtend beleid ingezet.

Op 29 november 2013 werd weer een controle-MRI gemaakt. Die liet geen wezenlijke veranderingen zien. Verweerder besloot dezelfde dag een nieuwe ingreep te doen om een bredere en uitvoeriger decompressie uit te voeren.

In het operatieverslag van 29 november 2013 is, voor zover van belang, genoteerd:

“Na de eerste dag postop 28/11 weinig verbetering, een controle MRI geen duidelijke compressie maar weinig expansie. Bloedklonter niet duidelijk met radioloog. Overleg met de collega J. en neuroloog: afwachten. Volgende dag controle MRI niet zoveel verandering maar in overleg best uitgebreidere decompressie uit te voeren. (zie verslagen in naslag CS)

(…) Op de dura is een bloedklonter aanwezig in de virtuele holte tussen de schroeven maar er is geen druk. Gezien er geen expansie van de dura is ver- richten wij na verder overleg tot verder decompressie van het neurale kanaal.

De lamina van Th11 wordt ook weggenomen. Hierdoor ontstaat er toch een matige expansie van de duraalzak en lijkt de spanning minder. Tevens weghalen van de onderzijde van de lamina van Th9. Hierdoor lijkt de spanning op de durazak ook wat af te nemen en is de expansie duidelijk beter dan in begin. Dr. J. is ook bij de ingreep en evalueert mee. Foto van eindresultaat is gemaakt. (...)

(...)

Na deze laatste ingreep werd de dienst Revalidatie (afdeling Dwarslaesie) van de kliniek om advies gevraagd. Deze dienst heeft de behandeling van klager direct overgenomen. Verweerder heeft klager tijdens de opname op de afdeling Revalidatie meerdere keren bezocht en heeft de toestand van klager meerdere keren besproken met de revalidatieartsen. Klager heeft een klinisch en een poliklinisch revalidatietraject doorlopen. Hij kan lopen met een looprek. (...)

3 Het standpunt van klager en de klacht

Klager verwijt verweerder, zakelijk weergegeven:

1. dat hij onvoldoende informatie heeft gekregen betreffende de ingreep op 27 november 2013;
 2. dat de risico's en de alternatieven niet met hem zijn besproken;
- (...)

5 De overwegingen van het college

(...)

5.4 (...) Duidelijk is dat bij klager sprake was van een ernstige vernauwing van het thoracale wervelkanaal en aantasting van het myelum (ruggenmerg). Dit paste bij zijn verdere toestandbeeld en kon de klachten (mede) verklaren. Onderschreven wordt dat deze aandoeningen het meest bedreigend waren voor klager: het reële risico bestond dat zich daardoor uiteindelijk een spontane dwarslaesie zou ontwikkelen. Het college kan dan ook volgen dat verweerder een ingreep heeft voorgesteld die erop was gericht deze aandoeningen aan te pakken. Tegelijkertijd is duidelijk dat de kans op complicaties bij een ingreep op deze plaats aanzienlijk was, vanwege de kwetsbaarheid van het thoracale myelum. Het alternatief was niet opereren en afwachten. De kans dat klager in dat geval onherstelbare schade zou oplopen en uiteindelijk een spontane dwarslaesie zou ontwikkelen, was echter zeer groot aanwezig. Naar het oordeel van het college is onder deze omstandigheden, de risico's van beide opties afwegend, de keuze van verweerder voor de operatie verantwoord geweest. (...)

5.6 Zoals uit het dossier blijkt, heeft E op 9 augustus 2013 de uitslag van de MRI-scans en de conclusies en het beleid met klager besproken. Volgens klager heeft E toen niets verteld over eventuele risico's bij de operatie. E zelf heeft in het voorlopig getuigenverhoor op 10 mei 2017 verklaard dat hij met klager heeft besproken dat ze dachten dat verruiming van de borstwervelkolom een positief effect zou kunnen hebben op zijn lopen en beenklachten, dat ze de wervels aan elkaar vast zouden kunnen maken en dat er tijdens de operatie neuromonitoring zou plaatsvinden. E verwijst verder naar de elektronische informed-consentlijst waarop de onderwerpen die moeten worden besproken aangevinkt moeten

worden, waaronder ook de complicaties. Hij gaat ervan uit dat besproken is wat er op de lijst is aangevinkt. Hij doelt daarmee op het 'complicatiestempel' dat in het dossier is vermeld. Volgens de genoteerde antwoorden is besproken dat de kans op zenuwletsel (duraletsel) en dwarslaesie bestond en dat het alternatief was dat geen operatie zou volgen. Ook is genoteerd dat klager mondeling toestemming heeft gegeven. Het college gaat van deze weergave uit. Verweerder mocht er van zijn kant ook van uitgaan dat met klager was besproken wat in het elektronisch patiëntendossier daarover was vermeld.

5.7 Vaststaat dat verweerder tijdens het preoperatieve gesprek op 17 september 2013 zelf nog eens de indicatie voor de operatie met klager heeft besproken, de ingreep heeft toegelicht en heeft besproken dat gebruik zou worden gemaakt van neuromonitoring. Niet in geschil is dat verweerder daarbij ook op de risico's van de ingreep is ingegaan. Volgens klager heeft verweerder gezegd dat het een laagrisico-operatie was en dat er een kans was op verlamming door infecties of bloedingen van 0,3 tot 0,6 procent. Verweerder gaat er ook vanuit dat hij het percentage van 0,3 tot 0,6 procent heeft genoemd, maar dat hij erbij heeft gezegd dat het risico in dit geval een veelvoud daarvan was omdat in de wervelkolom al sprake van letsel was. Hij denkt niet dat hij heeft gezegd dat het een operatie met een vrij laag risico was; hij heeft uitgelegd waarom neuromonitoring zou plaatsvinden, waaraan inherent is dat het om een hoog risico ging. Het medisch dossier bevat wat dit betreft alleen de vermelding dat het preoperatieve gesprek heeft plaatsgevonden, niet wat er inhoudelijk is besproken. Het college zal evenwel van de lezing van verweerder uitgaan, omdat deze het meest plausibel voorkomt. Volgens de vakliteratuur geldt het genoemde percentage immers slechts in het algemeen voor dit type operaties bij dreigend letsel. Voor verweerder was zonder meer duidelijk dat het risico vanwege het bestaande letsel in dit geval beduidend hoger was. Het college acht het daarom onwaarschijnlijk dat verweerder slechts het algemene – laag lijkende – risicopercentage heeft genoemd.

5.8 Klager heeft verder een folder over rugoperaties van de kliniek gekregen. Daarin wordt uitgebreide informatie over de operatie gegeven. Over de risico's van een herniotomie/ decompressie/laminectomie is onder meer vermeld:

“Bij het weghalen van de botwoekering of hernia komt de chirurg dicht bij het ruggenmerg en de zenuwen die naar de benen lopen. Het ruggenmerg wordt omgeven door een dun beschermend vlies (dura) gevuld met vocht (liquor). Tijdens de operatie bestaat altijd de kans dat deze dura beschadigd raakt en er liquor lekt. Dit duralek geneest vrijwel altijd vanzelf, maar kan tijdelijk hoofdpijnklachten veroorzaken. (...) Tevens kunnen de zenuwen (tijdelijke) schade oplopen. Dit kan leiden tot verlamingsverschijnselen en/of pijnklachten in de benen. In de meeste gevallen verdwijnt dit naar verloop van tijd vanzelf.” (...)

03

Vaststaande feiten en omstandigheden

(...)

04

Beoordeling van het beroep

(...)

4.8 Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat klager aldus in algemene zin adequaat is geïnformeerd over de indicatie voor de operatie en over de ingreep zelf. Ook over de risico's van de operatie en de alternatieven daarvoor is ook met klager gesproken. Met het regionaal tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege echter van oordeel dat op grond van het medisch dossier en de vastgestelde feiten niet blijkt dat voldoende duidelijke en begrijpelijke informatie aan klager is verstrekt over de risico's van de ingreep in zijn specifieke geval. Daarbij is van belang dat de deskundige prof. K erop heeft gewezen dat het thoracale myelum het meest kwetsbare gedeelte van het ruggenmerg is vanwege de beperkte ruimte van het thoracale wervelkanaal en de precair vasculaire voorziening van het myelum en dat bij dit soort operaties, bij welke techniek dan ook, de kans op complicaties aanzienlijk is. De orthopeed heeft kennelijk wel een poging gedaan om klager te wijzen op een hoger dan gemiddeld risico, door te spreken over een 'veelvoud' van het algemene risico bij rugoperaties van 0,3 tot 0,6 procent. In het onderhavige geval, waarin een aanzienlijk risico op ernstige gevolgen bestond, is evenwel niet voldoende dat het aanzienlijke risico is voorgehouden aan klager. Een aanzienlijke risico op ernstige gevolgen als hier aan de orde brengt mee dat een arts verplicht is zich ervan te vergewissen dat de patiënt een en ander goed heeft begrepen, voordat deze instemde met de voorgestelde operatie. Uit niets blijkt dat de orthopeed aan deze verplichting heeft voldaan. Het beroep tegen het eerste klachtonderdeel en het incidenteel beroep tegen het tweede klachtonderdeel wordt dus verworpen. (...)

05

Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (...)

- (...) verwerpt het beroep; hetgeen meebrengt dat de maatregel van waarschuwing gehandhaafd blijft; (...)

Deze beslissing is gegeven door mr. T.L. de Vries, voorzitter, mr. drs. R. Prakke-Nieuwenhuizen en mr. Y. Buruma, leden-juristen, dr. R.M. Bloem en dr. W.J. Rijnberg, leden-beroepsgegoten, en mr. J.S. Heidstra, secretaris. Uitgesproken ter openbare zitting van 26 juni 2018 ■

web

De volledige tekst van deze uitspraak staat op medischcontact.nl/tuchtrecht. Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

Voor meer uitspraken zie tuchtrecht.nl.

OPVALLENDE UITSPRAKEN

● Beperkte communicatie met stiefdochter

De stiefdochter – toen de klacht werd ingediend ook de mentor en bewindvoerder van patiënte – dient een klacht in tegen de specialist ouderengeneeskunde. De stiefdochter vindt onder andere dat haar onvoldoende informatie is verstrekt over de behandeling van patiënte. Het Centraal Tuchtcollege oordeelt dat de specialist ouderengeneeskunde beperkter met de stiefdochter mocht communiceren dan dat de stiefdochter verlangde. Toen de patiënte in de zorginstelling kwam wonen, heeft er een gesprek plaatsgevonden over het te voeren beleid. De specialist ouderengeneeskunde heeft toen aangegeven dat zij vond dat patiënte wilsbekwaam is en goed in staat om haar wil te verwoorden en keuzes te maken. De specialist ouderengeneeskunde heeft aan de stiefdochter medegedeeld dat zij daarom beperkter met haar zou communiceren. De klacht wordt afgewezen.

CTG, 27 september 2018

● Behandelend arts geeft geneeskundige verklaring

Patiënte verblijft in verband met dementie op een psychogeriatriche afdeling. Patiënte heeft aan haar dochter verteld dat haar broer van plan is om weg te gaan met zijn kinderen. Hierover hebben de dochter en de ex-vrouw van haar broer met de specialist ouderengeneeskunde gesproken omdat zij wilden weten of patiënte dit, mede in verband met haar dementie, verzonnen zou kunnen hebben. De arts heeft verklaard dat zij deze uitlatingen serieus moesten nemen. De ex-vrouw heeft deze verklaring vervolgens gebruikt in een procedure over de omgangsregeling met de kinderen. De broer dient een klacht in. Het Centraal Tuchtcollege oordeelt – net als het regionaal tuchtcollege – dat de specialist ouderengeneeskunde in strijd heeft gehandeld met de KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens, door een verklaring af te geven waarin een (medisch) oordeel is opgenomen over patiënte en haar gezondheidstoestand. De arts was bekend met de juridische familieconflicten, dus zij had zeer zorgvuldig, objectief en deskundig te werk moeten gaan. Zij heeft zich niet beperkt tot het verstrekken van feitelijke en relevante medische gegevens maar heeft ook een conclusie gepresenteerd, die niet wordt ondersteund door objectieve gegevens. De arts krijgt een waarschuwing opgelegd.

CTG, 27 september 2018

Elke week selecteren KNMG-juristen opvallende uitspraken in het gezondheidsrecht. Een volledig overzicht kunt u vinden op medischcontact.nl/recht. Tegen uitspraken van regionale tuchtcolleges kan tot zes weken na de uitspraak nog hoger beroep worden aangezet.

