

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2009 H 183

**Datum uitspraak: 17 augustus 2010**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

**A**,  
wonende te B,  
klaagster,

tegen:  
**C**, neurochirurg,  
wonende te D,  
de persoon over wie geklaagd wordt,  
hierna te noemen de arts.

### **1. Het verloop van het geding**

Het klaagschrift is ontvangen op 29 september 2009. De arts heeft op de klacht gereageerd, waarna repliek en dupliek hebben plaatsgevonden. Op 5 maart 2010 heeft het College een kopie van het medisch dossier ontvangen. Op 1 juni 2010 is een brief, met bijlage, van klaagster bij het College binnengekomen. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de gelegenheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord. De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare zitting van 22 juni 2010. De arts is verschenen en heeft zijn standpunt mondeling toegelicht. Klaagster is niet ter zitting verschenen.

### **2. De feiten**

Na verwijzing door de neuroloog is klaagster op 7 december 2006 gezien door de arts, die toen werkzaam was als waarnemend neurochirurg in het E te D. Klaagster had reeds jarenlang last van lage rugklachten met uitstralende pijn in het been en was reeds eerder hiervoor gezien door een neuroloog, een neurochirurg en een orthopedisch chirurg.

Op grond van de anamnese en het lichamelijk onderzoek en op grond van het aanvullend onderzoek in de vorm van een MRI-scan van de lumbale wervelkolom, werd op 7 december 2006 door de arts de diagnose neurogene claudicatie bij een wervelkanaalvernauwing ter hoogte van L3-4 beiderzijds vastgesteld. De arts stelde operatieve behandeling voor. Op 5 februari 2007 heeft de arts klaagster geopereerd.

Klaagster is voor post operatieve controle door de arts gezien. Klaagster gaf nog wat persisterende klachten aan. Aanvankelijk werd een afwachtend beleid gevoerd. Later werd besloten in verband met aanhoudende klachten om een nieuwe MRI-scan te maken. Dit gebeurde op 10 juli 2007. Op de MRI bleek dat bij de eerste operatie

klaagster niet op het beoogde niveau L3-4 was geopereerd maar op L2-3. Op 2 augustus 2007 kwam klaagster wederom bij de arts op consult, waarna besloten werd tot een nieuwe operatie.

Op 13 augustus 2007 is klaagster voor de tweede keer door de arts geopereerd. Tijdens deze operatie is wel op het niveau L3-4 geopereerd. Na opnieuw een controle MRI-scan is klaagster doorverwezen naar de pijnpoli in het SFG.

### **3. De klacht**

Klaagster verwijt de arts, kort samengevat, dat hij:

- 1 slecht met klaagster heeft gecommuniceerd voor aanvang van de eerste operatie over de eventuele risico's van een dergelijke operatie;
- 2 bij de eerste operatie, preoperatief, een onbetrouwbare methode ter bepaling van het niveau heeft gebruikt;
- 3 tijdens de eerste operatie op het verkeerde niveau heeft geopereerd; de arts had alerter moeten reageren op de beperkte afwijkingen die hij tijdens die operatie vond;
- 4 pas na afloop van de tweede operatie klaagster op de hoogte heeft gebracht van het feit dat hij eerder op het verkeerde niveau had geopereerd; had klaagster dit voor de tweede operatie geweten, dan had zij zich niet meer (een tweede keer) door de arts laten opereren.

Klaagster vermeldt dat zij destijds veel klachten heeft gehad en dat zij sinds de tweede operatie nog steeds aan het revalideren en onder specialistische behandeling is.

Klaagster heeft veel psychische en materiële schade geleden en geeft aan het vertrouwen in de medische wereld totaal kwijt te zijn.

### **4. Het standpunt van de arts en het verweer**

De arts heeft drie onderdelen van de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Ten aanzien van het derde klachtonderdeel, dat er op een onjuist niveau is geopereerd, heeft de arts opgemerkt dat dit inderdaad het geval is geweest. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

### **5. De overwegingen**

De klacht omvat vier klachtonderdelen. Het College zal hieronder op elk klachtonderdeel afzonderlijk ingaan. Het College heeft de overgelegde stukken, waaronder ook het medisch dossier van klaagster, uitvoerig bestudeerd en heeft tevens acht geslagen op hetgeen ter zitting is verhandeld.

5.1 Het eerste klachtonderdeel betreft het verwijt dat de arts voor aanvang van de eerste operatie slecht met klaagster heeft gecommuniceerd over de eventuele risico's van de operatie. Het College constateert dat klaagster in haar klaagschrift zelf heeft opgenomen "Na het doorspreken van de risico's voor de operatie...". Hieruit mag worden afgeleid dat de arts wel degelijk de aan de operatie verbonden risico's met klaagster heeft besproken. Niet duidelijk is of hierbij ook het risico van opereren op een verkeerd niveau aan de orde is gekomen. Ter zitting heeft de arts opgemerkt dat iedere patiënt die in het E een ingreep ondergaat standaard via de assistente een informatiefolder meekrijgt en voorts dat hij, zoals gebruikelijk voor hem en zijn collega's, ook iedere patiënt uitleg geeft over de operatie en de risico's die aan een dergelijke ingreep verbonden zijn. Meestal gebeurt dit aan de hand van de MRI-scan en eventueel via een model. Het College acht het aannemelijk dat de standaard folder aan klaagster is

meegegeven vanuit het ziekenhuis en ook dat de arts de gebruikelijke informatie heeft gegeven. Voor wat betreft de communicatie voor aanvang van de operatie kan de arts dan ook geen (tuchtrechtelijk) verwijt worden gemaakt. Dit eerste onderdeel dient te worden afgewezen.

5.2 Het tweede klachtonderdeel betreft het verwijt dat de arts ten tijde van de eerste operatie een onbetrouwbare methode van radiologische beeldvorming heeft gebruikt. Klaagster verwijt de arts concreet dat hij het niveau tijdens de operatie niet heeft gecontroleerd.

Uit het operatieverslag blijkt dat klaagster in buikligging werd gepositioneerd en dat preoperatief het operatieniveau werd bepaald met behulp van röntgendoorlichting met behulp van een zogenaamde C-boog. Er werd vervolgens op de huid een markering geplaatst ter hoogte van het te opereren gebied. Ter zitting heeft de arts opgemerkt dat er bij twijfel soms ook peroperatief wordt doorgelicht, maar dat hij daarvoor in dit geval geen reden zag. Het College oordeelt dat de door de arts gebruikte wijze van -preoperatieve - doorlichting en markering medisch correct is verlopen, zoals gebruikelijk is in de neurochirurgie bij dergelijke operaties. Een peroperatieve controle is hierin niet verplicht. Ook dit tweede klachtonderdeel dient derhalve te worden verworpen.

5.3 Het derde klachtonderdeel betreft het verwijt dat de arts tijdens de eerste operatie op het verkeerde niveau heeft geopereerd. Het staat vast dat klaagster op 5 februari 2007 door de arts niet op het preoperatief beoogde niveau L3-4 werd geopereerd, maar op het niveau L2-3. Dit is ook door de arts erkend. De vraag die thans aan de orde is, is of de arts hieromtrent een tuchtrechtelijk verwijt dient te worden gemaakt. Bij de spinale (wervelkolom) chirurgie komt het incidenteel voor dat niet op het preoperatief beoogde niveau wordt geopereerd. Dit is zeker een ongewenste en ongewilde complicatie, maar behoort helaas tot één van de risico's van de spinale chirurgie. Het betreft een niet tuchtrechtelijk verwijtbare fout van de arts. Dit klachtonderdeel dient dan ook te worden verworpen.

Hierbij wil het College opmerken dat het achteraf gezien beter ware geweest indien met doorlichting peroperatief het operatieniveau was gecontroleerd. Gelet op hetgeen hiervoor in 5.2 reeds is overwogen, kan de arts het achterwege laten hiervan niet tuchtrechtelijk worden verweten. Hierbij wordt ook in overweging genomen dat het verwijt van klaagster, dat de arts alerter had moeten reageren op de beperkte afwijkingen die hij tijdens de operatie van 5 februari 2007 aantrof. De arts is ter zitting er op gewezen dat de wijze waarop hij zijn operatieverslag opmaakt vrij summier is. De arts heeft dit erkend. Het is aannemelijk geworden dat hij geleerd heeft van deze casus en dat hij de operatieverslagen nu wel uitgebreider opmaakt. Een goed operatieverslag, waarin alle stappen van de operatie vermeld worden alsmede de bevindingen van de operator, is van groot belang. Zo is het opmerkelijk dat de arts het ontbreken van de benige stenose niet heeft vermeld in zijn verslag, hetgeen hij, gelet op de bevindingen van de MRI-scan, tijdens de operatie had kunnen verwachten. Overigens wordt ook bij de tweede operatie de benige vernauwing van het wervelkanaal niet beschreven. Het geconstateerde gebrek aan detaillering in het operatieverslag is evenwel niet van zodanig gewicht dat de arts daaromtrent een tuchtrechtelijk verwijt dient te worden gemaakt.

5.4 Het vierde, en laatste, klachtonderdeel betreft het verwijt dat de arts pas na afloop van de tweede operatie klaagster op de hoogte heeft gebracht van het feit dat hij eerder op het verkeerde niveau had geopereerd.

De arts heeft dit klachtonderdeel zowel in zijn verweerschrift als mondeling ter zitting gemotiveerd betwist. De arts heeft gesteld dat hij klaagster reeds tijdens een consult op 2 augustus 2007 heeft medegedeeld dat op 5 februari 2007 op een onjuist niveau is geopereerd. De bevindingen van de nieuwe MRI-scan zijn tijdens dat consult met klaagster besproken en de arts heeft klaagster een nieuwe operatie aangeboden. Klaagster is hiermee akkoord gegaan en de (tweede) operatie heeft vervolgens op 13 augustus 2007 plaatsgevonden. Eerder dan 2 augustus 2007 was klaagster nog gezien door de neuroloog. Volgens de arts heeft ook de neuroloog de MRI-scan met klaagster besproken, waarbij het in redelijkheid beoordeeld niet anders kan zijn dan dat het operatieniveau aan de orde moet zijn geweest.

Het College constateert voorts dat klaagster in haar klaagschrift zelf heeft vermeld dat de arts voor de tweede operatie heeft gezegd dat “het mislukt was” en dat een tweede operatie noodzakelijk was. Onduidelijk is hierbij of klaagster tevens duidelijk is gemaakt dat het een verkeerd geopereerd niveau betrof. Gelet op de aantekening die op 2 augustus 2007 is gemaakt in de medische status: “gaat niet goed, houdt veel pijn, MRI stenose L3-4 OK L2-3 *uitgelegd* → nieuwe OK”, acht het College het voldoende aannemelijk dat de arts klaagster reeds vóór de operatie op 13 augustus 2007 geprobeerd heeft duidelijk te maken dat hij eerder op het verkeerde niveau had geopereerd. Het college heeft althans geen concrete aanleiding om te veronderstellen dat de arts dat heeft willen maskeren. Ook dit laatste klachtonderdeel dient derhalve te worden verworpen..

5.5 Tot slot wordt ambtshalve nog overwogen dat van een arts mag worden verlangd dat hij - binnen de grenzen van het redelijke - verifieert of de patiënt de hem verstrekte informatie heeft begrepen, en dat hierbij een bepaalde inspanning van de arts absoluut is vereist. In casu heeft de arts ter zitting naar voren gebracht van deze zaak te hebben geleerd, in die zin dat hij thans beter checkt of de patiënt zijn uitleg heeft begrepen en of de patiënt in voldoende mate op de hoogte is van de risico's en de gevolgen die een neurochirurgische ingreep met zich brengt.

Gelet op hetgeen hierboven is overwogen komt het College tot de slotsom dat de klacht in haar geheel ongegrond dient te worden verklaard.

## **6. De beslissing**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage beslist als volgt:

Wijst de klacht af.

Deze beslissing is gegeven door:

mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter; mr. H. Uhlenbroek, lid-jurist; P.R.H. Vermeulen, prof. dr. R.G. Pöll en prof. dr. J.W. van Kleef, leden-artsen, bijgestaan door mr. S.R.M.I. Roos-Bollen, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 17 augustus 2010.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover zij niet-ontvankelijk is verklaard;
  - b. degene over wie is geklaagd;
  - c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.
- Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.