

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2018.471

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2018.471 van:

A., wonende te B., appellant, klager in eerste aanleg,
tegen

C., neurochirurg, wonende te D., verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. L. Beij te Den Haag.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klager - heeft op 15 juni 2018 bij het Regionaal Tuchtcollege te Den Haag tegen C. - hierna de neurochirurg - een klacht ingediend. Bij beslissing van 27 november 2018, onder nummer 2018-141 heeft dat College klager gedeeltelijk niet-ontvankelijk verklaard in zijn klacht en de klacht voor het overige afgewezen.

Klager is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De neurochirurg heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 11 april 2019, waar zijn verschenen klager, bijgestaan door zijn echtgenote, en de neurochirurg, bijgestaan door zijn gemachtigde.

Mr. Beij heeft de standpunten van de neurochirurg toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

“2. De feiten

Uit de stukken en het verhandelde ter terechtzitting leidt het college de volgende feiten en omstandigheden als vaststaand af.

2.1 Klager, die toen de praktijk als tandarts uitoefende, is in 2005 met ernstige rugklachten door een familielid, een neurochirurg, naar verweerder verwezen. Hij was toen wegens zijn klachten niet langer in staat om de praktijk uit te oefenen. Verweerder heeft klager vervolgens op het spreekuur gezien en diens huisarts bij brief van 30 juni 2005 over zijn bevindingen geïnformeerd en daarbij onder meer het volgende meegedeeld: “De combinatie met de wervelkanaalstenose maakt een micro-endoscopische hernia operatie riskant. Wij hebben patiënt geadviseerd een interarcuaire kanaalverwijdering te laten verrichten met discotomie L4/L5 rechts.”

Klager is op 5 juli 2005 door verweerder in E. (hierna: het ziekenhuis) geopereerd aan een hernia op niveau L4-L5.

Bij brief van 16 september 2005 berichtte verweerder klagers huisarts als volgt:

“[.....]

Beloop: postoperatief waren er geen complicaties [.....]”

2.2 Na de operatie is bij klager een spondylodiscitis opgetreden, die met een breed spectrum antibioticum is behandeld. In verband daarmee is klager tijdens een

controle in oktober 2005 en vervolgens nog enkele malen, voor het laatst in oktober 2006, door verweerder gezien, waarbij de spondylodiscitis conservatief werd behandeld.

2.3 Begin 2006 heeft klager melding gemaakt van nekklachten en tintelingen in beide handen, waarvoor verweerder hem naar een aan het ziekenhuis verbonden neuroloog heeft verwezen.

Op 14 februari 2006 werd bij klager een MRI-onderzoek van de lage rug verricht. De conclusie daarvan luidde:

“Afname van afwijkingen met name afname van aankleuring passend bij regressie van de spondylodiscitis. Beeld is echter nog niet genormaliseerd.”

Op 1 juni 2006 werd bij klager een CT-scan van de lumbosacrale wervelkolom gemaakt. De bevinding daarvan luidde:

“Status na discitis L4-L5. Zeer forse degeneratieve veranderingen en discopathie op alle lumbale niveaus, geen fusie/ankylosering van deze wervellichamen.”

Op 14 augustus 2006 is bij klager opnieuw een MRI-onderzoek verricht. Het verslag daarvan vermeldt, voor zover van belang: “Vergeleken met 19 december 2005 het beeld van een uitgebluste discitis op niveau L4-5, waarbij duidelijke discusversmalling is opgetreden.”

2.3 Verweerder heeft klager vervolgens verwezen naar de polikliniek F. van G., die klager naar de aan de H.-kliniek verbonden orthopedisch chirurg I. heeft verwezen.

Op 17 november 2006 is klager door I. gezien, wiens conclusie, blijkens zijn brief aan G. van 30 november 2006, luidde: “Zeer matige rug. Het is niet geheel duidelijk van welk segment de meeste pijn komt. Een spondylodese is weinig aantrekkelijk, maar wellicht toch de enige optie.”

2.4 Op 14 april 2009 is klager bij verweerder terug geweest. Klager vertelde hem toen dat hij in de tussenliggende periode onder behandeling was geweest van verschillende andere medisch specialisten en dat elders, onder meer in 2007, door de neuroloog J. in het K., nadere diagnostiek was verricht. Hij had ook last van ernstige nekpijn, met uitstraling naar beide armen. Afgesproken werd toen dat verweerder relevante informatie zou opvragen bij de door klager geraadpleegde medisch specialisten. De status vermeldt: “Op eigen initiatief bij mij terecht gekomen.

Via L. eind 2007 naar J. (M.) verwezen

[....]

Meeste last van beide armen + CWK

Werkt nog mondjesmaat”

Verweerder heeft een MRI laten maken van de halswervelkolom van klager, waarvan de uitslag op 28 mei 2009 besproken is in een zogenaamd multidisciplinair overleg. Daarin werd geconstateerd dat de ernst en de locatie van de nekklacht niet overeenkwamen met de uitkomst van het beeldvormend onderzoek. Naar aanleiding daarvan werd besloten aanvullend elektrische zenuwonderzoeken te overwegen, voor zover die niet in het K. waren verricht, en klager opnieuw door een neuroloog met spinale expertise te laten beoordelen.

Op 2 juni 2009 heeft verweerder de bevindingen uit het multidisciplinair overleg en het beeldvormend onderzoek met klager besproken. Daarbij heeft hij hem verteld dat minimale afwijkingen zichtbaar waren, passend bij slijtage van de tussenwervelschijf C4-C5 en C5-C6 met minimale beïnvloeding van de wortelkanalen op C4-C5 beiderzijds en C5-C6 links.

In verband met de ernstige pijnklachten van klager heeft verweerder klager geadviseerd aanvullende functieopnames van de halswervelkolom te laten doen, om instabiliteit radiologisch uit te sluiten.

2.5 Hierna is klager in verband met zijn nekkachten gezien door een aan het ziekenhuis verbonden neuroloog, N., die hem verwees naar een aan dit ziekenhuis verbonden revalidatiearts. N. berichtte verweerder bij brief van 10 december 2009 onder meer: “er is op dit moment geen sprake van een OK-indicatie bij patiënt. Een duidelijke neurologische diagnose als oorzaak voor de progressieve klachten aan de armen kon niet worden gesteld, behoudens de genoemde MRI bevindingen. In een eerdere fase werd patiënt ook reeds geanalyseerd met de vraag of er sprake zou kunnen zijn van een neuromusculaire aandoening, deze werd door collega J. niet gevonden. Besloten werd patiënt op dit moment te verwijzen naar de revalidatie-arts.”

2.6 Op 20 april 2010 is klager opnieuw door verweerder gezien. Klager vertelde hem toen dat hij bij het lezen klachten in een deel van zijn arm had, passend bij een prikkeling van de achtste nekzenuw. Verweerder concludeerde op basis van het beeldvormend onderzoek van de nek tot de aanwezigheid van artrose op meerdere niveaus en van afwijkingen op niveau C4-C5 tot en met niveau C7-T1 en heeft toen aan klager meegegeeld had dat hij twijfel had over een operatie vanwege het daaraan verbonden risico van verslechtering en het mogelijke effect daarvan op klagers klachten en functioneren. In verband daarmee heeft hij klager voorgesteld een myelografie van de nek te laten uitvoeren om vast te stellen of de achtste zenuw problemen veroorzaakte in het wortelkanaal en een functiefoto van de lage rug om de bewegelijkheid daarvan te beoordelen.

2.7 Op 10 mei 2010 heeft verweerder met klager de uitslag van een inmiddels verrichte myelografie besproken: daaruit bleek niet van problematiek aan de achtste nekzenuw. Wel gaf dit onderzoek een verdenking van een probleem van de zesde nekzenuw links. In verband daarmee heeft verweerder klager verwezen naar een pijnspecialist, O., voor een proefpijnblokkade van de uitgang van deze zenuw.

Op 22 juni 2010 is klager bij verweerder terug geweest. Hij vertelde toen dat de klachten in de linkerarm na een blokkade van de zesde nekzenuw kortdurend waren verbeterd en dat O. hem had geadviseerd om, indien de klachten zouden terugkomen, na een voorafgaande beoordeling door een aan het P-Center in Q. verbonden gespecialiseerde fysiotherapeut, R., een operatieve ingreep op niveau C5-C6 te overwegen, waarbij door middel van een spondylodese twee nekwerfels zouden worden vastgezet om ruimte maken voor de nekzenuw. Klager en verweerder hebben toen afgesproken de uitkomst van die beoordeling af te wachten en daarna een nieuwe afspraak te maken.

2.8 Bij brief van 5 oktober 2010 heeft klager verweerder de uitslag van een MRI-onderzoek dat hij op 17 september 2010 in Heidelberg had ondergaan toegestuurd en hem verzocht om een gesprek over de mogelijkheden om zijn pijnklachten in de onderrug en zijn nekkachten te verhelpen.

2.9 Op 18 januari 2016 heeft verweerder klager weer gezien. Klager vertelde hem toen dat hij sinds anderhalf jaar weer last van rugpijn had, waarvoor hij door zijn zwager naar een orthopedisch chirurg in S. was verwezen, waar hij injecties kreeg. Klager vertelde voorts dat hij in 2014 in S. aan de nek was geopereerd. Verweerder heeft toen neurologisch en beeldvormend onderzoek verricht. Op basis daarvan overwoog hij de aanwezigheid van lage rugpijn en mogelijk stenose van het wortelkanaal op niveau L5-S1, onder het niveau waarop in 2005 de operatie werd verricht. Verweerder heeft toen besloten een CT-scan te laten maken om de toestand van de werfels te kunnen evalueren en om te beoordelen en te bezien of een fixatie op het niveau L5-S1 zinvol kon zijn.

2.10 Op 29 februari 2016 heeft verweerder de uitslag van dit onderzoek met klager besproken. Verweerder zei toen dat zich een definitieve ankylose had voorgedaan en dat de werfels op niveau L4-L5 volledig, benig, met elkaar waren vergroeid, zonder

pseudartrose. Op alle andere lumbale niveaus deed zich volgens hem een forse discopathie voor. Verweerder heeft met klager de voor- en nadelen van een spondylodese besproken, waarna, na ampele overwegingen, tot deze ingreep werd besloten.

Op 19 april 2016 heeft verweerder bij klager een spondylodese verricht. Deze ingreep is succesvol en zonder complicaties verlopen.

2.11 Bij brief van 2017 heeft klager verweerder aansprakelijk gesteld voor schade die hij stelt door toedoen van verweerder te hebben geleden. Separaat heeft verweerder bij het ziekenhuis zijn dossier opgevraagd. Op 26 maart 2018 heeft een gesprek tussen klager en verweerder plaatsgevonden.

3. De klacht

De klacht, zoals aangevuld bij klagers brief van 20 augustus 2018 en nader gespecificeerd in (de bijlage bij) zijn brief van 30 september 2018, luidt – zakelijk weergegeven – als volgt.

1. Verweerder heeft in 2005 bij klager, in plaats van een reguliere herniaoperatie, een (micro-)discectomie verricht, een ingreep die hij zelf vooraf als te riskant had beoordeeld. Klager leed aan vergevorderde artrose, hetgeen een indicatie is voor een klassieke herniaoperatie. Door voor een micro-discectomie te kiezen, in combinatie met een kanaalstenose, heeft verweerder de behandelingsovereenkomst met klager geschonden. Tevens is na deze operatie een spondylodiscitis opgetreden.

2. Verweerder heeft tijdens de operatie in 2005, zonder dat klager wist wat de gevolgen daarvan waren, een experimentele techniek toegepast.

3. Verweerder heeft de spondylodiscitis ten onrechte met een breed spectrum antibioticum behandeld, zonder vooraf te laten bepalen door welke bacterie de ontsteking werd veroorzaakt, en heeft daarmee een onverantwoord risico genomen.

4. Verweerder heeft bij brief van 16 september 2005 in strijd met de waarheid aan klagers huisarts meegedeeld dat na de operatie geen complicaties waren opgetreden.

5. Verweerder heeft in 2005, nadat de spondylodiscitis was opgetreden, nagelaten de rug van klager te fixeren, door hem opnieuw te opereren, dan wel hem een korset en bedrust voor te schrijven. Verweerder heeft pas na een 11 jaar durende lijdensweg van klager ingegrepen, terwijl dat veel eerder had gekund en gemoeten. Verweerder heeft dat ook meermalen tegenover klager erkend.

6. Verweerder heeft klager in september 2005 in strijd met de waarheid voorgehouden, dat het ongeveer een jaar zou duren, voordat de wervels aan elkaar zouden groeien en dat hij daarna op het geopereerde niveau nooit meer last zou hebben en dat, als de wervels niet aan elkaar zouden groeien, er niets meer aan te doen zou zijn.

7. Verweerder heeft klager na de ingreep jarenlang in strijd met de waarheid voorgehouden dat het beter was om niet in te grijpen, omdat de wervels op het door de spondylodiscitis aangedane niveau aan elkaar zouden groeien. Die groei heeft, anders dan verweerder in strijd met de waarheid in 2010 heeft beweerd, niet plaatsgevonden.

8. Verweerder heeft alle symptomen die zich na de ingreep in 2005 voordeden stelselmatig genegeerd en geen verband gelegd tussen de sedert begin 2006 bij klager opgetreden nekkachten en de sterk voorovergebogen houding die klager als gevolg van de spondylodiscitis had.

9. Verweerder heeft nagelaten klager te blijven volgen, totdat er een stabiele en voor klager aanvaardbare situatie was ontstaan. In plaats daarvan heeft hij geprobeerd van klager als patiënt af te komen, door hem naar andere artsen te verwijzen en hem aan zijn lot over te laten.

10. Verweerder heeft in een brief aan klager van 27 maart 2018 in strijd met de waarheid beweerd dat de eerste tekenen van fusie/ankylose in 2006 zichtbaar waren.

11. Verweerder heeft misbruik gemaakt van het vertrouwen dat klager in hem had gesteld. Klager is bij hem terecht gekomen op verwijzing van een familielid, die ook neurochirurg is. Daarom is het niet in hem opgekomen eerder aan het waarheidsgehalte van wat verweerder hem vertelde te twijfelen.

12. Verweerders dossier is onvolledig.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft betoogd dat klager niet-ontvankelijk is in zijn klacht, voor zover die betrekking heeft op handelen of nalaten van hem dat vóór 15 juni 2008 zou hebben plaatsgevonden en de klachten en de aan de klacht ten grondslag gelegde stellingen voor het overige bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

5.1 Ingevolge artikel 65 lid 5 van de Wet BIG vervalt de bevoegdheid tot indienen van een klaagschrift door verjaring na tien jaar. Deze termijn begint te lopen op de dag na die, waarop het handelen of nalaten, waarop de klacht betrekking heeft, heeft plaatsgevonden. In het midden kan blijven of klager, zoals hij in zijn brief van 18 september 2018 heeft aangevoerd, goede redenen heeft gehad om niet eerder een klacht in te dienen. Volgens vaste rechtspraak van het Centraal tuchtcollege voor de gezondheidszorg (zie o.m. CTG 2007/087) heeft de in de wet gestelde termijn een fataal karakter en kan het verloop ervan niet worden opgeschort, ook niet wanneer de termijn is overschreden als gevolg van buiten de schuld of risico van de klager gelegen omstandigheden. Dat valt volgens het Centraal tuchtcollege af te leiden uit de memorie van toelichting onder artikel 67: "Het lijkt niet redelijk dat ook na verloop van die termijn – daargelaten de vraag of ter zake nog voldoende bewijs kan worden geleverd – beweerde tekortkomingen van aan tuchtrechtspraak onderworpen personen nog tuchtrechtelijk kunnen worden berecht." Het college heeft geen aanleiding om daarover in dit geval anders te oordelen.

Dit brengt mee dat klager niet-ontvankelijk is in de eerste vier onderdelen en het zesde onderdeel van zijn klacht en dat hij tevens niet-ontvankelijk is in het vijfde, het zevende, het achtste, het negende en het elfde onderdeel van zijn klacht, voor zover die onderdelen betrekking hebben op handelen of nalaten van verweerder dat vóór 16 juni 2008 zou hebben plaatsgevonden. Voor zover klager wel in zijn klacht kan worden ontvangen, overweegt het college als volgt.

5.2 Verweerder heeft gemotiveerd weersproken dat hij, zoals klager heeft gesteld, eerder dan op 19 april 2016 al dan niet operatief had moeten ingrijpen en dat hij zich anders tegenover klager heeft uitgelaten. Nu klager dat niet heeft weersproken, moet worden aangenomen dat de in 2016 uitgevoerde operatie op een ander niveau heeft plaatsgevonden dan die in 2005. Verweerder heeft aannemelijk gemaakt dat hij, gelet op de daaraan verbonden risico's, goede redenen had om niet eerder dan in 2016 tot de ingreep te besluiten en dat hij door dat te doen niet onnodig heeft getalmd. Niet is gebleken dat verweerder eerder een aanwijzing had of had hoeven hebben dat zich op het niveau van L5-S1 een klachten veroorzakende problematiek voordeed. Verweerder heeft gesteld dat het resultaat van deze ingreep hem positief heeft verrast en hij daarom tegen klager heeft gezegd dat het fijn zou zijn geweest als de problematiek op niveau L5 S1 eerder duidelijk was geweest. Het college acht het, gelet op aard van de ingreep en het resultaat ervan, aannemelijk dat verweerder zich op deze wijze tegenover klager heeft uitgelaten.

Ook overigens is niet gebleken van feiten en omstandigheden die tot het oordeel leiden dat klager door toedoen van verweerder jarenlang onnodig heeft geleden. Verweerder heeft in de periode van 15 juni 2008 tot aan de ingreep 2016 telkens op de momenten dat hij geconfronteerd werd met klachten van klager daaraan serieus aandacht besteed. Het vijfde onderdeel van de klacht is derhalve, voor zover klager daarin wordt ontvangen, ongegrond.

5.3 Voor zover verweerder zich op het standpunt zou hebben gesteld dat het afwachten van een vergroeiing van de wervels op het door de spondylodiscitis aangedane niveau de voorkeur verdiende boven het fixeren van de rug, was dat in overeenstemming met de beroepsstandaard.

Het college heeft geen reden om te oordelen dat verweerder ten onrechte heeft geconcludeerd dat op het in 2010 vervaardigde beeldmateriaal een versmalling van de tussenwervelschijf was te zien en dat deze erop kon duiden dat een ankyloseproces op gang was gekomen en dat op het in 2016 vervaardigde beeldmateriaal was te zien dat zich op het niveau L4-L5 een ankylose had voltrokken.

Het zevende onderdeel van de klacht is derhalve, voor zover klager daarin wordt ontvangen, ook ongegrond.

5.4 Verweerder heeft gesteld dat de nekkachten van klager tijdens het consult van 14 april 2009 op de voorgrond stonden. Dat vindt bevestiging in de hierboven aangehaalde passages uit het medisch dossier. Er is geen grond voor het oordeel dat verweerder niet zorgvuldig heeft gehandeld door neurologisch en beeldvormend onderzoek te (laten) uitvoeren, de casus van klager in een multidisciplinair overleg in te brengen en klager in verband met deze klachten door te verwijzen naar een neuroloog. Ook toen verweerder klager met deze klachten op 20 april 2010 opnieuw zag, heeft hij zorgvuldig gehandeld door nader onderzoek te doen en klager naar een pijnspecialist te verwijzen. Ook het achtste onderdeel van de klacht is daarom ongegrond.

5.5 Dat geldt ook voor het negende onderdeel van de klacht. Er is geen grond om aan te nemen dat verweerder, voor zover hij in de periode vanaf 15 juni 2008 andere specialisten in consult heeft geroepen en/of klager naar anderen heeft verwezen voor nadere diagnostiek en/of behandeling, daarbij een ander motief heeft gehad dan in het belang van klager te handelen. Overigens is het college evenmin gebleken dat verweerder klager, zoals deze heeft gesteld, aan zijn lot heeft overgelaten. Weliswaar heeft verweerder niet gereageerd op een brief van klager van 5 oktober 2010, verweerder heeft echter ter zitting gesteld dat die brief hem niet heeft bereikt, mogelijk omdat hij die periode fulltime in een ander ziekenhuis werkzaam was. Anders dan klager heeft betoogd, reikte de verantwoordelijkheid van verweerder niet zo ver, dat hij klager actief diende te blijven volgen, totdat hij zich ervan verzekerd had dat voor klager een stabiele en aanvaardbare situatie was ontstaan.

5.6 Gelet op hetgeen hiervoor onder 5.3 is overwogen, kan klager niet worden gevolgd in zijn stelling dat verweerder in zijn brief aan klager van 27 maart 2018 in strijd met de waarheid heeft verklaard dat in 2006 de eerste tekenen van een ankyloseproces zichtbaar waren. Het tiende onderdeel van de klacht is daarom ook ongegrond.

5.7 Het college is niet gebleken van feiten of omstandigheden die het oordeel rechtvaardigen dat verweerder op enigerlei wijze met handelen of nalaten dat op of na 15 juni 2008 zou hebben plaatsgevonden, misbruik heeft gemaakt van het vertrouwen van klager, zodat het elfde onderdeel van de klacht eveneens ongegrond is.

5.8 Tenslotte is er geen grond voor het oordeel dat verweerder een verwijt kan worden gemaakt van het aanvankelijk ontbreken van stukken in klagers dossier, nu de

contacten daarover tussen klager en (de jurist van) het ziekenhuis hebben plaatsgevonden. Ook het laatste onderdeel van de klacht is daarom ongegrond.

De conclusie is dat verweerder met betrekking tot de klacht, voor zover klager daarin kan worden ontvangen, geen verwijt, zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, kan worden gemaakt. De klacht zal dan ook, voor zover ontvankelijk, als ongegrond worden afgewezen.”

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, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 Klager is in beroep gekomen van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege, voor zover daarin zijn klacht is afgewezen. Klager heeft - zakelijk weergegeven - de volgende beroepsgronden geformuleerd:

1. het Regionaal Tuchtcollege heeft de schijn van vooringenomenheid gewekt door, nadat de zitting was gesloten en klager en zijn echtgenote de zittingszaal hadden verlaten, met de neurochirurg in de zittingszaal achter te blijven;

2. de neurochirurg heeft in 2009-2010 verwijtbaar gehandeld in zijn conservatieve behandeling van de gevolgen van de door klager postoperatief opgelopen spondylodiscitis, omdat deze behandeling volgens klager niet behoorlijk is gemonitord en belangrijke symptomen bovendien zijn genegeerd. Daarnaast heeft de neurochirurg de nekproblematiek los gezien van klagers medische voorgeschiedenis en pijnproblematiek en de neurochirurg heeft daarenboven willen doen voorkomen dat de operatie in 2016 los zou staan van de medische voorgeschiedenis van klager; en

3. het medisch dossier van klager voldoet niet aan de eisen die de wet daar aan stelt, omdat a. belangrijke correspondentie ontbreekt, b. de neurochirurg essentiële informatie buiten het medisch dossier heeft gehouden en c. het medisch dossier onjuistheden bevat.

4.2 De neurochirurg heeft gemotiveerd verweer gevoerd en concludeert tot verwerping van het beroep.

Ten aanzien van klachtonderdeel 1 in beroep

4.3 Het Centraal Tuchtcollege overweegt dat, voor zover al sprake zou zijn geweest van de schijn van vooringenomenheid door het Regionaal Tuchtcollege doordat partijen niet gezamenlijk de zittingszaal hebben verlaten, dit gebrek wordt geheeld door de volledige behandeling in beroep, zodat dit klachtonderdeel niet kan slagen. Het Centraal Tuchtcollege heeft bovendien geen aanleiding te veronderstellen dat het Regionaal Tuchtcollege nog heeft gesproken met de neurochirurg na sluiting van het onderzoek ter terechtzitting.

Ten aanzien van klachtonderdeel 2 in beroep

4.4 Het Centraal Tuchtcollege stelt voorop dat het volgens vaste tuchtrechtspraak bij de tuchtrechtelijke beoordeling van het beroepsmatig handelen van een arts niet gaat om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om het antwoord op de vraag of de aangeklaagde beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijk bewaame beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het gestelde klachtwaardig handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep als norm was aanvaard.

4.5 Het Centraal Tuchtcollege onderschrijft hetgeen het Regionaal Tuchtcollege heeft overwogen in overweging 5.2, 5.3 en 5.4. In aanvulling hierop overweegt het Centraal Tuchtcollege nog het volgende. Niet is komen vast te staan dat, toen klager de neurochirurg in 2009 en 2010 consulteerde in verband met zijn nekkachten, de

neurochirurg geen aandacht heeft gehad voor zijn rugklachten, hoewel de chirurg klager daaraan had geopereerd. Uit het door klager overgelegde schrijven van de neurochirurg aan T. van 20 januari 2010 blijkt dat de nadruk toen lag op de nekkklachten, waarvoor klager zich ook tot de neurochirurg heeft gewend, maar dat hij zich wel degelijk bewust was van de rugklachten.

Verweerder heeft toen immers besloten ook onderzoek van de rug te verrichten door middel van een X-LWK met flexie- en deflexie-opnames. Er bleek toen geen instabiliteit op het niveau L4-5. Ook de door klager overgelegde MRI-scan, elders en nadien gemaakt in september 2010, geeft geen reden tot een ander oordeel dienaangaande.

Uit deze MRI-scan blijkt dat op dat moment geen afwijking zichtbaar was op niveau L5-S1 welke een absolute indicatie zou vormen voor een neurochirurgische behandeling, zodat de neurochirurg klager daaraan in april 2010 terecht niet heeft geopereerd.

Na het consult van 22 juni 2010 is klager tot 18 januari 2016 niet meer op consult bij de neurochirurg geweest, maar heeft zich in die periode gewend tot andere artsen in en buiten Nederland.

Dat zes jaar later, in 2016, wel aanleiding bestond tot operatief ingrijpen op het niveau L5-S1, doet aan het voorgaande niet af. Dit klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

Ten aanzien van klachtonderdeel 3 in beroep

4.6 Evenals en in aanvulling op het Regionaal Tuchtcollege overweegt het Centraal Tuchtcollege dat er geen aanwijzingen zijn dat de neurochirurg ten aanzien van dossiervoering en ter beschikking stellen van het dossier op enigerlei wijze tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld, zodat dit klachtonderdeel in beroep eveneens ongegrond is.

4.7 Gelet op het voorgaande zal het Centraal Tuchtcollege het beroep van klager in zijn geheel verwerpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de 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: J.M. Rowel-van der Linde, voorzitter; M.W. Zandbergen en

Y. Buruma, leden-juristen en C.M.F. Dirven en R.P. Kleyweg, leden-beroepsgenoten en

M. van Esveld, secretaris. Uitgesproken ter openbare zitting van 7 mei 2019.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.