

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: G2018/181

Rep.nr. G2018/181

9 mei 2019

Def. 050

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
TE GRONINGEN**

Beslissing op de klacht van:

A,
klager,
wonende te B,

tegen

C ,
uroloog te D,
verweerder,
BIG-reg.nr: -,
gemachtigde: drs. G.T. Haan.
1. Verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift met bijlagen van 13 december 2018, ingekomen op 17 december 2018;
- het verweerschrift met bijlagen van 28 januari 2019, ingekomen op 29 januari 2019;
- de repliek van 20 februari 2019, ingekomen op 22 februari 2019;
- de dupliek van 13 maart 2019 met bijlagen, ingekomen op 14 maart 2019;
- een nagekomen stuk van verweerder, ingekomen op 18 maart 2019.

In het kader van het vooronderzoek zijn partijen in de gelegenheid gesteld te worden gehoord. Partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

De klacht is behandeld ter openbare zitting van 26 maart 2019. Klager en verweerder zijn verschenen, laatstgenoemde samen met zijn gemachtigde.

2. Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van de klacht gaat het college uit van de volgende feiten.

2.1

Op 31 januari 2014 bezocht klager de polikliniek urologie van het E te D (hierna: het ziekenhuis) in verband met scrotale klachten. Klager werd door verweerder behandeld met een aantal antibioticakuren. Op 20 juli 2016 werd klager wederom in verband met scrotale klachten rechts antibiotica voorgeschreven. In september 2016 volgde klager wegens zijn klachten een bekkenbodetherapie.

2.2

Wegens persisterende klachten, zou klager op 15 december 2017 een epididymectomie (operatie waarbij de bijbal wordt verwijderd) rechts ondergaan. Om cosmetische redenen heeft verweerder bij de operatie een midscrotale incisie gemaakt. Het operatieverslag (gedicteerd op 15 december 2017 en uitgewerkt op 18 december 2017) en de brief aan de huisarts (d.d. 18 december 2017) vermelden een ongecompliceerd verloop van de epididymectomie rechts.

2.3

Vrijwel direct na de operatie kreeg klager het vermoeden dat de linkerbijbal was verwijderd in plaats van de rechterbijbal. Na aandringen daarna van klager heeft verweerder hem niet op de afdeling maar op de polikliniek beoordeeld en geconstateerd dat bij de operatie inderdaad een links-rechtsverwisseling had plaatsgevonden. Verweerder heeft klager excuses aangeboden en de physician assistent opdracht gegeven een Veilig Incident Melding (VIM-melding) te doen, hetgeen op 20 december 2017 is gebeurd.

2.4

Op 2 januari 2018 heeft verweerder de links- rechtsverwisseling alsnog als een calamiteit bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gemeld. Het ziekenhuisbestuur is door de IGJ opgedragen onderzoek naar de links-rechtsverwisseling te doen en een interne calamiteitencommissie heeft vervolgens dit onderzoek gedaan en op 13 maart 2018 het rapport uitgebracht. De conclusie van de onderzoekscommissie luidt dat steeds over de rechterzijde is gesproken en dat als basisoorzaak voor de fout de wijze van benadering en het uitblijven van een extra controlestap zijn aan te wijzen. Bij de wijze van benadering heeft verweerder de midscrotale incisie iets links van het midden gezet terwijl bij een unilaterale dwarsincisie de verwisseling onmogelijk was geweest. Verweerder had vooraf het verwijderen van de bijbal door middel van een extra controlestap moeten controleren of hij de juiste bijbal gelokaliseerd had. Het missen van een pijl, die wordt aangebracht op de patiënt, wordt als beïnvloedende factor door de commissie benoemd maar er is geen direct causaal verband met de verwisseling. Verder concludeert deze commissie dat verweerder bij de nazorg op meerdere punten de Gedragscode Openheid Medische Incidenten (GOMA-richtlijnen) niet heeft gevolgd. Deze punten zijn: niet direct een gesprek met de patiënt inplannen, de procedure voor

calamiteitmelding niet volgen, de betrokken polikliniek- en OK-medewerkers en de huisarts niet meteen over de calamiteit inlichten en het patiëntendossier niet op tijd en niet adequaat bijwerken.

3. De klacht

De klacht luidt – zakelijk weergegeven – als volgt.

Klager verwijt verweerder dat hij:

geen epididymectomie had mogen verrichten, gezien de daaraan verbonden (te grote) risico's; klager onvoldoende heeft geïnformeerd over de eventuele risico's van de ingreep (laag slagingspercentage en mogelijk veel resterende pijnklachten); op 15 december 2017 niet de rechter-, maar de gezonde linkerbijbal operatief heeft verwijderd (links-rechtsverwisseling) en

4. niet de juiste nazorg heeft verleend. Na de operatie wilde verweerder pas na meermalen aandringen van klager op de polikliniek onderzoeken of er inderdaad iets verkeerd was gegaan, er is een veilig incident melding gedaan in plaats van een calamiteitenmelding, de huisarts is onjuist geïnformeerd, wat pas na weken werd gecorrigeerd en verweerder heeft klager nadien niet meer bezocht.

4. Het verweer

Het verweer luidt – zakelijk weergegeven – als volgt.

De ingreep is niet goed gegaan. De procedures en protocollen zijn gevolgd. De links-rechtsverwisseling kon toch gebeuren door de wijze waarop verweerder – om cosmetische redenen – de incisie heeft gemaakt. Het uitvoeren van deze ingreep op deze wijze is niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Verweerder is bij de nazorg niet tekortgeschoten. De risico's en de beperkte slagingskansen van de ingreep zijn vooraf met klager besproken. Een epididymectomie is een algemeen aanvaarde en regelmatig toegepaste behandeling van therapieresistente pijnklachten bij een chronische epididymitis. Verweerder heeft na de ontdekking van de verwisseling klager excuses aangeboden en een VIM-melding laten doen. Hij was er niet van op de hoogte dat dit een calamiteitenmelding bij de IGJ had moeten zijn. Aan het onderzoek heeft hij volledige medewerking verleend. De behandeling tot de operatie, de keuze voor een operatie en de operatie zelf heeft verweerder uitgevoerd zoals verwacht mag worden van een redelijk bekwaam beroepsgeenoot onder dezelfde omstandigheden met de kennis van dat moment.

5. Beoordeling van de klacht

5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwaame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2 Het eerste klachtonderdeel: de epididymectomie had niet uitgevoerd mogen worden

Klager heeft sinds 31 januari 2014 scrotale klachten en is daarvoor behandeld met meerdere antibioticakuren en bekkenbodemtherapie. Het verrichten van een epididymectomie bij scrotale pijnklachten kan worden overwogen bij persisteren van de pijnklachten nadat conservatieve therapieën zijn geprobeerd. Het is in de urologie niet ongebruikelijk een dergelijke therapie als 'ultimum refugium' (laatste redmiddel) aan de patiënt aan te bieden. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.3 Het tweede klachtonderdeel: onvoldoende informatie gegeven

Klager verwijt verweerder dat hij hem onvoldoende heeft geïnformeerd over de eventuele risico's van de ingreep (laag slagingspercentage en mogelijk veel resterende pijnklachten). Verweerder heeft – aldus klager – tijdens elk gesprek waarin een mogelijke operatie is besproken vermeld dat er een 50-50% kans op succes was waarbij klager na de ingreep geen pijn en beperkingen meer zou ondervinden. Er was 50% kans op potentieel blijvende pijn in de vorm van fantoompijn gebaseerd op ervaringen met deze ingreep bij anderen. Klager heeft tevens verklaard dat verweerder hem informeerde dat hij deze operatie maar bij 1% van zijn patiënten uitvoert, omdat 50% van hen nadien fantoompijn ervaart. Verweerder heeft deze verklaringen van klager niet weersproken.

Uitgaande van de bovenstaande verklaringen merkt het college het volgende op. Het percentage patiënten dat van een epididymectomie kan profiteren, wisselt in verschillende publicaties over dit onderwerp. Het is voor de individuele uroloog lastig om precies het percentage patiënten te noemen dat in zijn/haar handen pijnvrij wordt na een epididymectomie. De term fifty/fifty wordt al snel gebruikt in de zin van "de ingreep kan helpen of niet helpen". Dat is vooraf namelijk niet te bepalen. Een individuele uroloog doet te weinig van dit soort ingrepen om duidelijk te kunnen zeggen wat zijn/haar percentage geslaagde ingrepen is, in de zin dat de patiënt pijnvrij is na een epididymectomie. Het college is van oordeel dat verweerder voldoende aantekeningen in het medisch dossier heeft gemaakt en voorts acht het college het niet verwijtbaar dat verweerder bovenstaande percentages heeft genoemd.

Dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.4 Het derde klachtonderdeel: de plaatsgevonden links-rechtsverwisseling

De links-rechtsverwisseling bij de epididymectomie staat vast en beoordeeld moet worden of verweerder hierbij tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. De veronderstelling van verweerder dat deze fout tuchtrechtelijk niet verwijtbaar is indien de protocollen zijn gevolgd is, wat hier ook van zij, een misvatting. Het college merkt op dat de door verweerder gehanteerde wijze van opereren (midline in plaats van dwarse incisie) op zichzelf niet onjuist is maar dat deze methode wel een groter risico op verwisseling meebrengt. Met de keuze voor een midline incisie, had verweerder dan ook een extra controle moeten inbouwen om te verzekeren dat hij de juiste bijbal zou verwijderen. Hoewel tijdens de time-outprocedure en de operatie steeds de rechterkant als behandelzijde is benoemd, heeft dit de verwisseling niet kunnen voorkomen. Op de zich in het dossier bevindende foto's is te zien dat de incisie niet midline maar iets naar links is gemaakt. Gebleken is dat verweerder aan de rechterkant stond, wat de verwisseling nog meer in de hand kan hebben gewerkt. Bij een ingreep aan de rechterzijde bij een midscrotale incisie ligt het mogelijk meer voor de hand om aan de linkerzijde te staan, zodat de operateur in de rechterscrotumhelft kan kijken.

Het college kan verweerder niet volgen in zijn verweer dat hij geheel volgens protocol heeft gehandeld. In het ziekenhuis is het protocol 'Sign your side' van kracht (KIS 007180, versie 13), waarin staat vermeld dat de pijn door de patiënt dient te worden gezet op verzoek van de verpleegkundige en dat de ontvanger van de patiënt verplicht is de zijde en de markering te controleren. Duidelijk is dat er geen pijn was gezet op het te opereren lichaamsdeel. In het calamiteitenonderzoek staat dat het markeren bewust is nagelaten omdat het scrotum zich in het midden bevindt, maar hierbij is niet meegewogen dat het scrotum twee zijden heeft en dat deze operatie alleen de rechterbijbal betrof. Afgezien van het feit dat het eigen protocol niet is gevolgd, zou een duidelijk aangebrachte pijn aan de te opereren zijde een verwisseling mogelijk kunnen helpen voorkomen. Overigens staat op de surgical safety checklist van het operatieverslag bij 'sign your side' ten onrechte aangetekend dat er wel een pijn was gezet. Voorts staat aangevinkt dat er tijdens de operatie problemen met apparatuur zijn geweest, maar niet welke apparatuur of problemen dat betreft. Dit laatste heeft verweerder ter terechtzitting evenmin kunnen aangeven. Het college constateert voorts dat de uitgevoerde time-outprocedures op de holding niet zijn afgevinkt in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD).

Dit klachtonderdeel is gegrond.

5.5 Het vierde klachtonderdeel: onjuiste nazorg

Zoals ook in het calamiteiten-rapport is geconcludeerd, heeft verweerder bij de nazorg op meerdere punten in strijd met de GOMA-richtlijnen gehandeld. Er geldt een verplichting een calamiteit binnen 3 dagen bij de IGJ te melden. Wanneer de zorgverlener er niet zeker van is of er sprake van een calamiteit is, geldt een periode van zes weken om dit te onderzoeken. Op enig moment dat duidelijk wordt dat er wel sprake is van een calamiteit moet dit alsnog binnen drie dagen aan de IGJ worden gemeld.

Hoofdstuk 2 Goede Zorg, artikel 11 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) luidt:

1. De zorgaanbieder doet bij het Staatstoezicht op de volksgezondheid onverwijld melding van:

a. Iedere calamiteit die bij de zorgverlening heeft plaatsgevonden;

b. ...

c.

2. De zorgaanbieder en de zorgverleners die zorg verlenen aan zijn cliënten, verstrekken bij en naar aanleiding van een melding als bedoeld in het eerste lid aan de ingevolge deze wet met toezicht belaste ambtenaar de gegevens, daaronder begrepen persoonsgegevens, gegevens betreffende de gezondheid en andere bijzondere persoonsgegevens als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die voor het onderzoeken van de melding noodzakelijk zijn.

Meldplichten IGJ 11 luidt: "De zorgaanbieder moet calamiteiten, melden bij de inspectie".

Hoewel het mogelijk de eerste maal in zijn carrière was dat hij met een dergelijke fout werd geconfronteerd had op de weg van verweerder gelegen om bijvoorbeeld in de richtlijnen en protocollen, bij collega's of de KNMG na te gaan of er sprake was van een incident of van een calamiteit en welke procedure daarop hoort te volgen. Verweerder heeft onder meer niet onderkend dat iedere links-rechtsverwisseling direct als calamiteit dient te worden gemeld aan de IGJ, de Raad van Bestuur en de huisarts van de patiënt en dat hij niet kon volstaan met het laten doen van een VIM-melding. Het college kan verweerder niet volgen in zijn verweer dat hij niet wist dat bij een links- rechtsverwisseling sprake is van een calamiteit en dat hij niet op de hoogte was van de daarop

te volgen procedures. Dit geldt eens te meer nu verweerder ter zitting heeft verklaard dat hij zeer actief is in de kwaliteit van de zorg. Bovendien heeft onder meer de IGJ de laatste jaren in publicaties veel aandacht aan links-rechtsverwisselingen besteed. Ervan uitgaande dat verweerder niet op de hoogte was van de procedure, acht het college het opmerkelijk dat verweerder niet heeft onderzocht of de Veilig Incident Melding, die de physician assistent in zijn opdracht (op 20 december 2017) heeft gedaan, wel de juiste weg was en dat hij dit ook niet bij het avondrapport binnen het team heeft besproken. De calamiteitenmelding is pas achttien dagen later, op 2 januari 2018 gedaan. De postoperatieve brief aan de huisarts (d.d. 15 december 2017) meldt een ongecompliceerde epididymectomie rechts. Die brief is eerst op 2 januari 2018 gecorrigeerd. Het had op de weg van verweerder gelegen om kort na ontdekking van de links-rechts verwisseling de huisarts hierover te informeren, zodat deze zijn huisartsenzorg voor klager op zich had kunnen nemen.

Verweerder heeft eveneens onvoldoende zorg gehad voor de dossiervoering: op 28 december 2017 stond de verwisseling nog niet in het patiëntendossier vermeld.

Het college concludeert dat verweerder in de nazorg ernstig tekort is geschoten. Hij heeft teveel vertrouwd op acties van anderen of acties aan anderen overgelaten waar hij persoonlijk verantwoordelijk voor was. Verweerder had als professional het besef moeten hebben dat er sprake was van een calamiteit en hij had moeten weten hoe hij vervolgens diende te handelen.

Dit klachtonderdeel is gegrond.

6. Slotsom

Het college is van oordeel dat verweerder ernstig is tekortgeschoten in zijn zorgplicht ten opzichte van klager en daarmee laakbaar heeft gehandeld. Het kan verweerder ernstig worden aangerekend dat hij niet alleen onzorgvuldig heeft gehandeld waardoor de links- rechtsverwisseling kon plaatsvinden, maar ook dat hij nadien niet zijn professionele verantwoordelijkheid heeft genomen en evenmin de nazorg heeft verleend die van een redelijk bekwaam arts mag worden verwacht. Ook tijdens de terechtzitting heeft verweerder geen blijk gegeven van enig inzicht in zijn handelen tijdens en na de operatie. Het college legt daarom aan verweerder de maatregel van een berisping op ten aanzien van klachtonderdelen 3 en 4. De klachtonderdelen 1 en 2 zullen als ongegrond worden afgewezen.

Het college bepaalt daarbij dat om redenen aan het algemeen belang ontleend deze uitspraak zal worden gepubliceerd zoals hierna zal worden beschreven.

7. Beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen:

- verklaart de klachtonderdelen 3 en 4 gegrond en berispt verweerder daarvoor;
- verklaart de klachtonderdelen 1 en 2 ongegrond en wijst deze af en
- bepaalt dat deze beslissing nadat deze onherroepelijk is geworden in geanonimiseerde vorm bekendgemaakt zal worden in de Nederlandse Staatscourant en met het verzoek tot plaatsing zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact.

Aldus gegeven door:

J.G.W. Lootsma-Oude Nijeweme, voorzitter,

W.J. de Boer, lid-jurist,

H. Rumpt, lid-beroepsgenoot,
E.M. ter Braak, lid-beroepsgenoot,
R.F. Kropman, lid-beroepsgenoot,
bijgestaan door Y.M.C. Bouman, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 9 mei 2019 door de voorzitter, in tegenwoordigheid van L.C. Commandeur, secretaris.

De secretaris:
ter:

De voorzitter:

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door: a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/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 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen. Degene die beroep instelt, is € 50,- griffierecht verschuldigd aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht van het Centraal Tuchtcollege. Als degene die in beroep is gegaan geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht terugbetaald.