

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2020.142

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2020.142 van:

A., wonende te B., appellante, klaagster in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. Z.J. Rittersma, advocaat te Laag Keppel,
tegen

C., arts, destijds als traumachirurg werkzaam te D.,
verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht.

1. Verloop van de procedure

A. – hierna klaagster – heeft op 9 september 2019 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen C. – hierna de arts – een klacht ingediend. Bij beslissing van 10 april 2020, onder nummer 19/344, heeft dat college de klacht ongegrond verklaard. Klaagster is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 8 oktober 2021, waar zijn verschenen klaagster, bijgestaan door mr. Rittersma en vergezeld van haar echtgenoot, en de arts, bijgestaan door mr. Nunes.

Partijen hebben hun standpunten nader toegelicht. Mr. Rittersma en mr. Nunes hebben dat gedaan aan de hand van spreek aantekeningen die zij aan het Centraal Tuchtcollege hebben overhandigd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd. Hierbij is de arts aangeduid als verweerder.

“2. De beoordeling

2.1. De opname van klaagster in het E, locatie D., in de periode van 14 september 2009 tot en 6 april 2010 (met een onderbreking van 16 november 2009 tot 12 januari 2010 voor verpleging elders) is voor haar een extreem pijnlijke en zware periode geweest. Dit lijden heeft niet het gewenste resultaat gehad; haar beide onderbenen zijn op 27 januari 2010 geamputeerd. Klaagster is van oordeel dat er veel is misgegaan onder de verantwoordelijkheid van verweerder en dat, als dit niet was gebeurd, haar situatie nu beter zou zijn, mogelijk zelfs met behoud van één of beide benen. De vraag of met een andere behandeling klaagster nu in een betere situatie zou verkeren, valt buiten de reikwijdte van de toetsing van het college (en is sowieso niet goed te beantwoorden). Het college ziet zich wel gesteld voor de vraag of verweerder, als hoofdbehandelaar van klaagster, binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven. Kortgezegd, of hij voldoende zorgvuldig en deskundig heeft gehandeld. Hierbij heeft het college gekeken naar de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van verweerder in zijn rol als hoofdbehandelaar en daarmee

verantwoordelijk voor onder meer de gecoördineerde inzet van het gehele bij klagster betrokken behandelteam, alsmede zijn rol als traumachirurg.

2.2. De klachtonderdelen luiden, zakelijk weergegeven, dat verweerder in zijn zorgplicht voor klagster tekort is geschoten door:

- 1. onzorgvuldige triage/overname;*
- 2. onvoldoende empathie;*
- 3. geen informed consent;*
- 4. gebrekkige kwaliteit van behandelingen en beslissingen;*
- 5. verzuim om externe consultatie in te winnen/ verkeerde verwijzing;*
- 6. schending dossierplicht;*
- 7. niet naar waarheid te verklaren.*

Desgevraagd op zitting zei klagster dat zij het vooral erg vindt dat zij niet als mens is gezien en behandeld. Het ging over haar en niet met haar.

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

2.3. Klagster, destijds 22 jaar oud, is op 2 augustus 2009 tijdens een vakantie met haar echtgenoot in S. slachtoffer geworden van een ernstig verkeersongeval. Zij is van 2 augustus 2009 tot en met 12 september 2009 behandeld in het G. Haar behandelend orthopedisch chirurg daar was H.

2.4. Op 14 september 2009 is klagster opgenomen in het E, locatie D. Dit is een Level-2 traumaziekenhuis (geschikt voor de behandeling van ernstig gewonde multitrauma patiënten, met uitzondering van ernstig hoofdletsel). Verweerder, traumachirurg in dit ziekenhuis, werd haar hoofdbehandelaar. Verweerder heeft eerder als traumachirurg in een Level-1 traumaziekenhuis gewerkt. Voor zover in de stellingen van klagster moet worden gelezen dat de overname van klagster naar het E op zichzelf reeds onzorgvuldig was, volgt het college haar hierin niet. Het ziekenhuis en ook verweerder als hoofdbehandelaar waren toegerust voor de behandeling van ernstig meervoudig trauma zoals door SOS International bij verweerder over klagster was gepresenteerd.

2.5. Op 25 april 2019 is I., traumachirurg te J., op instigatie van het E. door de rechtbank Midden Nederland tot deskundige benoemd in de door klagster tegen het E. aangespannen civiele procedure. De feitenvaststelling in het deskundigenrapport van 5 februari 2019 staat tussen partijen niet ter discussie, hoewel klagster heeft verzocht hier geen gebruik van te maken. Het college gaat aan dit verzoek voorbij en zal op onderdelen gebruik van maken van de feitenvaststelling in het verslag. Conclusies trekt het college zelf.

In het deskundigenrapport staat als samenvatting van de behandeling van klagster, voor zover hier van belang:

“Op 2 augustus 2009 was patiënte betrokken bij een ernstig auto-ongeval in S. Zij liep hierbij meerdere ernstige en levensbedreigende letsels op van hoofd, borstkas en borstholte, buik en beide benen (met ernstig bot en weke delen letsel) en werd in kritieke conditie opgenomen in de F. Patiënte onderging op de dag van opname een spoedoperatie in de buik en aan beide benen. In de bijna 6 weken daarna onderging patiënte nog 8 operaties aan de benen, deels ter stabilisatie van de fracturen (botbreuken) maar vooral voor het debrideren (schoonmaken) van de wonden en het behandelen van de opgetreden infecties aan de benen. Bij de laatste operatie in S. is ook een (tijdelijke) huidtransplantatie met donorhuid aan het rechter been verricht. Tevens zijn de wonden gedurende meerdere dagen behandeld met vacuümtherapie (“VAC – Vacuum Assisted Closure – dressing”).

Bij ontslag uit het ziekenhuis in S. op 13 september 2009 was sprake van een patiënte met een reactieve depressie, ernstig eiwittekort, bloedarmoede, Complex Regionaal Pijnsyndroom, schildklierstoornis, en met bacteriën geïnfecteerde wonden van beide benen, waarbij bloot bot lag zonder adequate bedekking van spier en/of huid.

Op 14 september 2009 is patiënte opgenomen in het E. in D. Tijdens de opname alhier heeft in multidisciplinair verband diagnostiek en behandeling van de bovengenoemde problemen en letsels plaatsgevonden. Er werden 6 operaties verricht om de wonden te debrideren (chirurgisch schoonmaken), de infecties te bestrijden en de fracturen te stabiliseren en te bedekken (waar onder een zeer complexe plastisch chirurgische operatie op 7 oktober 2009). Op 16 november 2009 werd patiënte overgeplaatst naar het K. in L.

Op 13 januari is patiënte opnieuw opgenomen in het E in verband met gecompliceerde wonden. In drie operaties is geprobeerd de wonden schoon en vitaal te krijgen maar aangezien dit niet mogelijk was is op 27 januari 2010 een guillotine-amputatie (amputatie waarbij de amputatiestomp wordt opengelaten) van beide onderbenen verricht vlak onder de knie. Daarna zijn de wonden nog 5 keer op de operatiekamer verzorgd en bedekt met onder andere Aquacel (type wondverband) en vacuümtherapie (VAC).

Op 6 april 2010 is patiënte op eigen verzoek opgenomen in het M. in N. Op dat moment was zij in redelijke conditie en had ze hypergranulerende wonden aan beide bovenbenen en de beide amputatiestompen. Tevens was er een niet-genezen wond op de stuit. De wonden waren geïnfecteerd. Patiënte gebruikte uitgebreide pijnmedicatie. In 7 operaties zijn de wonden schoongemaakt en uiteindelijk bedekt met huidtransplantaties. Op 14 mei 2010 werd patiënte naar huis ontslagen. In de periode daarna is de verdere revalidatie gestart in het K. in L.”

2.6. Klaagster werd ernstig gewond opgenomen in het E. te D. Na het ongeval hadden gedurende zes weken de botten van haar onderbenen geen adequate weke delen bedekking, was er geen stabiele situatie van de breuken, werden er drie soorten infecterende bacteriën in de wonden aangetroffen en was zij ernstig ondervoed. Toch is door het behandelteam, met als eindverantwoordelijke verweerder, besloten het in S. ingezette beleid om beide benen proberen te behouden, voort te zetten. Met de kennis van toen, waar onder begrepen de eerdere beslissing in S. om ondanks de MESS-score van 7-8 niet direct na het ongeval te amputeren, de uitdrukkelijke (en begrijpelijke) wens van klaagster voor behoud van haar benen en haar jonge leeftijd, is dit besluit goed verdedigbaar. Voor een meer gedetailleerde weergave van de medische situatie van klaagster ten tijde van haar aankomst in D. en de hierop ingezette behandeling verwijst het college naar het onder deze uitspraak als bijlage (4.) opgenomen hoofdstuk 5. van het deskundigenrapport van prof. I. van 5 februari 2019.

2.7. De triage die in het E. onder verantwoordelijkheid van verweerder is gemaakt voldoet aan de hieraan te stellen eisen. Als een patiënt wordt overgenomen uit een ander (buitenlands) ziekenhuis kan men er voor kiezen te varen op de onderzoeken die aldaar zijn gedaan. Omdat niet alle relevante informatie direct bij de overdracht aanwezig was, waar onder een schriftelijke overdracht (zie hiervoor de verklaring van H. bij de rechter-commissaris van 14 juni 2017) had op dat moment contact gezocht kunnen worden met het F. voor het verkrijgen van de ontbrekende informatie (zoals de echtgenoot van klaagster nog heeft gedaan). Het alternatief was zelf volledig inventariserend onderzoek in te stellen. Voor dit laatste is gekozen en ook deze beslissing is goed te begrijpen. Hierbij speelt een rol dat klaagster in S. (nog) onvoldoende behandeld was en bovendien de wel meegestuurde Röntgenfoto's niet

optimaal konden worden overgenomen. De triage is voorts voldoende voortvarend uitgevoerd. Hierbij is van belang dat klaagster voor aankomst in het E geen recent trauma had, maar eerst een kleine 6 weken in een ander ziekenhuis opgenomen is geweest. Zij is op 14 september 2019 in het E opgenomen en op 17 september 2019 voor de eerste keer geopereerd. Van een lacune in de continuïteit in de zorg is naar het oordeel van het college geen sprake geweest. Klachtonderdeel 1 is ongegrond.

2.8. Klaagster heeft ter zitting benadrukt dat zij het onbegrijpelijk vindt dat destijds geen contact is opgenomen met H.. Zij heeft ook het college ter zitting gevraagd dit alsnog te doen. Hierbij zal een rol hebben gespeeld dat H. tegen haar, maar ook als getuige in de civiele procedure tussen klaagster en het ziekenhuis heeft verklaard dat hij op basis van zijn ervaring verbaasd was dat niet minstens het rechterbeen behouden had kunnen worden. Dit is op grond van hetgeen in het medisch dossier is opgenomen over de ernst van de verwondingen aan beide benen een boude uitspraak, immers H. was niet op de hoogte van het verdere beloop en de redenen waarom uiteindelijk is besloten tot amputatie. Het college benadrukt dat de overnemende artsen hun eigen afweging moeten maken. In het geval van openliggend, geïnfecteerd en afstervend bot betekent dit dat het bot met spier en huidweefsel moet worden bedekt, anders sterft het verder. In het geval van losliggende en geïnfecteerde fixatiepinnen in de mergholte, die onvoldoende stabiliteit verzorgen, moeten die pinnen verwijderd worden, anders kan de infectie niet goed bestreden worden en kan niet goed in het bot geboord worden voor het aanbrengen van de alstoen noodzakelijk gebleken fixateur externe. Dit zijn omstandigheden waar het behandelteam op basis van eigen bevindingen tijdens de operatie op moest handelen en naar het oordeel van het college juist op heeft gehandeld. Ook overigens zijn er geen aanwijzingen in het dossier dat de behandeling van klaagster in het E van gebrekkige kwaliteit was. Het kort na aankomst in Nederland niet voortzetten van de VAC-behandeling (en dus het uitzetten van de vacuümpompen) is een afweging met voors en tegens die door verweerder als hoofdbehandelaar is gemaakt. In zijn bij de rechter-commissaris op 18 oktober 2018 afgelegde verklaring heeft verweerder inzicht in zijn afweging op dit punt gegeven. Het college acht de beslissing de vacuümbehandeling op dat moment niet voort te zetten verdedigbaar. Ook prof. I. komt in zijn deskundigenrapport tot de conclusie dat verweerder "lege artis en volgens de destijds geldende beroepsnormen" zorg heeft geleverd. Deze conclusie is niet (voldoende) concreet door klaagster betwist. Klachtonderdeel 4 is ongegrond.

2.9. Het college stelt vast dat een in het medisch dossier vastgelegd volledig behandelplan ontbreekt. De zorgvuldigheid vereist dat een behandelplan op hoofdlijnen, na inspectie van de patiënte, in de status vermeld had moeten staan. Toch maakt het college verweerder hiervan geen tuchtrechtelijk verwijt om de navolgende redenen. Allereerst stelt het college vast dat het volledige behandelplan weliswaar niet expliciet op schrift is gesteld, maar dat er wel degelijk een behandelplan was, namelijk het behoud van beide benen door het herstel van de botten mogelijk te maken middels chirurgisch schoonmaken en bedekken van de botten met spierweefsel en (eigen) huid, het stabiel fixeren van de botdelen en het bestrijden van de infecties. Hierover bestond geen onduidelijkheid, ook niet bij klaagster, zo blijkt onder meer uit de rondzendbrief van 18 september 2009 van klaagsters echtgenoot aan klaagsters sociale omgeving ("Gelet op de toekomst zijn de mogelijkheden om de benen van A. te behandelen hoopvol gestemd. Over de toekomst is nog weinig te zeggen. Er zal steeds per operatie gekeken worden wat de mogelijkheden zijn"). Het behandelplan vereiste de nodige flexibiliteit omdat telkens naar aanleiding van de bevindingen het beleid op onderdelen aangepast moest

kunnen worden. Voor iedere operatie is wel een apart behandelplan opgesteld. De dossiervorming in zijn geheel is ook voldoende. Tot slot speelt bij het oordeel dat de tuchtrechtelijke norm in dit geval niet is geschonden het tijdsverloop nog een beperkte rol: tien jaar geleden werden er minder strenge normen gesteld aan de dossiervoering dan nu het geval is. Het in het klaagschrift opgeworpen beeld dat verweerder (en het behandelteam) achter de feiten aan liep en niet in control was, herkent het college niet. Klachtonderdeel 6 is ongegrond.

2.10. Niet is gebleken dat 'informed consent' over de te voeren behandeling en de verschillende onderdelen hiervan ontbrak. Zowel het verpleegdossier als de verschillende rondzendbrieven (van bijvoorbeeld 15,16 en 22 september 2009) geven het beeld dat vaak met klaagster en haar echtgenoot is gesproken en dat er ook gelegenheid is geweest voor het stellen van vragen. Deze gesprekken zijn door meerdere leden van het behandelteam gevoerd. Verweerder was als hoofdbehandelaar niet gehouden deze gesprekken persoonlijk te voeren. Hierbij is ook aan de orde gekomen dat amputatie op een later moment nog noodzakelijk zou kunnen zijn. Over het verwijderen van de botmergpijpen en het aanbrengen van de externe fixatie in beide benen (in plaats van één) was overleg vooraf niet mogelijk omdat eerst tijdens de operatie is vastgesteld dat deze pijpen in beide benen niet functioneerden (los zaten), geïnfecteerd waren en het spierweefsel beschadigden. Ingrijpen op dat moment was geboden. Klachtonderdeel 3 is ongegrond.

2.11. Ten aanzien van klachtonderdeel 5 stelt het college vast dat bij de behandeling van klaagster in het E. de volgende interne disciplines betrokken zijn geweest: Plastische chirurgie, interne geneeskunde, anesthesie, revalidatiegeneeskunde, neurologie, psychiatrie, oogheelkunde, wondverpleegkunde, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, maatschappelijk werk en diëtiëk. De casus van klaagster is met regelmaat besproken binnen het traumaoverleg van het ziekenhuis. Op initiatief van verweerder is voorafgaand aan de amputatie een second opinion gevraagd van prof. dr. O., traumachirurg verbonden aan het P.. Het verwijt dat verweerder heeft verzuimd om externe consultatie in te winnen treft geen doel.

2.12. Resteert bij dit klachtonderdeel de vraag of de verwijzing van klaagster voor de verzorging van haar wonden naar het K. te L. juist is geweest. Klaagster stelt dat dit centrum onvoldoende was toegerust voor de behandeling van haar wonden. Het college constateert dat in dit stadium van de behandeling wondgenezing en aansterking prioriteit had. Dit verliep niet goed in het ziekenhuis, in de zin dat het verwisselen van het verband zeer pijnlijk was, de relatie met het verplegend personeel niet altijd goed was en klaagster nog steeds ernstig ondervoed was en niet zelf wilde eten. Onder deze omstandigheden is het niet onbegrijpelijk om voor de verzorging van klaagster, die inmiddels ruim 3 maanden in het E lag, te verwijzen naar een andere voor deze verpleging toegeruste instelling in de regio. In de periode dat zij hier verbleef is zij voor medische controle nog wel terug geweest naar het E. Van een verkeerde verwijzing kan op grond van het voorgaande niet worden gesproken. Klachtonderdeel 5 is ongegrond.

2.13. Het zou goed zijn geweest als verweerder als hoofdbehandelaar direct naar het bed van klaagster was gekomen. Wanneer verweerder klaagster voor het eerst heeft gesproken is op grond van het dossier niet te achterhalen. Verweerder zelf heeft er geen herinnering meer aan maar stelt dat het gangbaar is om dit snel te doen en dat dit daarom waarschijnlijk ook is gebeurd maar niet in het dossier is vermeld. Het is echter op basis van de het verpleegkundig dossier en de rondzendbrieven aannemelijk dat het zeker enige dagen en wellicht langer heeft geduurd voor verweerder klaagster als hoofdbehandelaar heeft bezocht. Het college neemt aan dat

verweerder klaagster als operateur op 17 september 2009 nog wel heeft gezien tijdens de Time-Out procedure. Er is met deze gang van zaken geen formele tuchtrechtelijke norm geschonden: het betreft geen persoonlijke verplichting van de hoofdbehandelaar nu andere leden van het bij de behandeling van klaagster betrokken team wel tijdig met haar in gesprek zijn gegaan. Het had op dit punt zeker wel beter gekund. Dat verweerder bij de rechter-commissaris in het kader van de civiele procedure heeft verklaard dat hij niet meer weet wanneer hij klaagster voor het eerst heeft bezocht maar dat het gebruikelijk is om een patiënt kort na de opname te bezoeken en dat dit daarom vermoedelijk ook in dit geval zal zijn gebeurd, terwijl het verpleegdossier andere informatie geeft, levert geen tuchtrechtelijk verwijt op. Het staat verweerder vrij naar de gangbare praktijk te verwijzen, te meer gezien het grote tijdsverloop. Klachtonderdeel 7 is ongegrond.

2.14. Ook verweerder moet hebben geloofd dat er een kans was op behoud van beide benen. De kans dat dit niet zou lukken was gezien de ernst van het letsel en de conditie van klaagster echter zeker niet te verwaarlozen en heeft zich helaas ook gerealiseerd. Hoewel dit risico blijkens het dossier met klaagster en haar echtgenoot is besproken, is dit proces onvoldoende samen met klaagster doorlopen. Het college overweegt dat alleen al het tijdsverloop van tien jaar maakt het onmogelijk te achterhalen wie of wat (en in welke wisselwerking) hiervan de oorzaak was. Wel kan worden vastgesteld dat de relatie tussen klaagster en verweerder niet goed was, met name aan het einde van de behandeling. Verweerder zelf beschrijft het contact bij de rechter-commissaris als niet-empathisch. Dit deed afbreuk aan het vertrouwen dat klaagster in haar hoofdbehandelaar moet hebben gehad. Het dossier geeft echter geen aanwijzingen dat verweerder onbehoorlijk heeft gehandeld. Het inschakelen van ondersteuning door een psychiater en maatschappelijk werk geeft voorts blijk van een professionele houding.

Klaagster was ernstig getraumatiseerd, ondervoed en depressief. Zij had bovendien enorm veel pijn, vooral tijdens het verschonen van het verband en kreeg hiervoor zware pijnbestrijding. Dit moet voor haar een traumatiserende periode zijn geweest. Het maakte haar bij tijd en wijle ook een lastige patiënte. Klaagster stelde ter zitting dat als zij een lieve patiënt was geweest, zij beter zou zijn geholpen. Het college overweegt dat er bij de bejegening van een patiënt altijd een zekere wisselwerking is (de ene zorgverlener is er beter in dan de ander, de ene patiënt is makkelijker in de omgang dan de ander), echter de zorg moet van zodanig niveau zijn dat het gedrag van de patiënt de kwaliteit van de zorg in technische zin niet beïnvloed. Hiervan is in dit geval ook niet gebleken. Het kan de wijze waarop de zorg is ervaren echter wel in belangrijke mate negatief beïnvloeden. Dat lijkt hier zeker te zijn gebeurd, ondanks de omstandigheid dat andere betrokken zorgverleners een betere verhouding met klaagster hadden. Dit is te betreuren. Het is niet tuchtrechtelijk te verwijten aan verweerder. Klachtonderdeel 2 is ook ongegrond.

2.15. “Is er dan niets fout gegaan?” vroeg klaagster zich aan het einde van de behandeling ter zitting af. Het antwoord op deze vraag is dat het op onderdelen zeker beter had gekund. Een aantal onderdelen zijn in deze uitspraak genoemd maar gezien de lange duur en de hoge complexiteit van de behandeling zullen er zeker meer onderdelen zijn waarop het beter had gekund. De toets die het college moet aanleggen is of verweerder voldoende zorgvuldig en deskundig heeft gehandeld en dat is het geval geweest. De klacht is daarom in al zijn onderdelen ongegrond.”

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 onder

overweging 2.3 tot en met 2.6, welke weergave in beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

Omvang van de zaak in beroep

4.1 Het beroep van klaagster is gericht tegen de ongegrondverklaring van de klacht door het Regionaal Tuchtcollege. Zij verzoekt het Centraal Tuchtcollege de bestreden beslissing te vernietigen, de klacht alsnog gegrond te verklaren en aan de arts een maatregel op te leggen. Tot slot verzoekt klaagster in haar beroepschrift om publicatie van de beslissing en om de arts te veroordelen in de kosten van de procedure.

4.2 Klaagster is in beroep gekomen tegen de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege. In die beslissing is haar klacht in alle onderdelen ongegrond verklaard. Uit het beroepschrift blijkt dat het beroep zich toespitst op de eerste zes van de oorspronkelijk zeven klachtonderdelen. Klaagster heeft in de stukken verder geen beroepsgronden aangevoerd ten aanzien van klachtonderdeel zeven en heeft ook tijdens de mondelinge behandeling ter terechtzitting die gronden niet geformuleerd. Het beroep beperkt zich dan ook tot de klachtonderdelen één tot en met zes.

4.3 De arts heeft gemotiveerd verweer gevoerd. Hij verzoekt het Centraal Tuchtcollege het beroep te verwerpen en de bestreden beslissing in stand te laten.

Ontvankelijkheid

4.4 De arts heeft in beroep aangevoerd dat klaagster de klacht dan wel bepaalde onderdelen van de klacht over het handelen/nalaten van de arts in beroep heeft uitgebreid. Waar het gaat om nieuwe verwijten overweegt het Centraal Tuchtcollege het volgende. Een klager kan in beroep alleen die klachten ter beoordeling aan het Centraal Tuchtcollege voorleggen die in eerste aanleg aan het Regionaal Tuchtcollege ter beoordeling zijn voorgelegd en dan alleen voor zover hij in die klachten door het Regionaal Tuchtcollege niet-ontvankelijk is verklaard of zijn klachten zijn afgewezen. Nieuwe klachten vallen buiten het bereik van het beroep. Voor zover klaagster nieuwe klachtonderdelen naar voren brengt, kan zij daarin dus niet worden ontvangen.

Rapport van prof. dr .J.C. I.

4.5 Klaagster heeft het Centraal Tuchtcollege verzocht om bij de beoordeling van het beroep het rapport van prof. dr. I. buiten beschouwing te laten. Zij heeft bezwaren geuit tegen de manier waarop het rapport tot stand is gekomen. Het Centraal Tuchtcollege heeft kennis genomen van de bevindingen en conclusies van prof. dr. I., die op verzoek van de rechtbank Midden-Nederland als onafhankelijk deskundige een rapport heeft uitgebracht. In dat rapport is onder andere de door de rechtbank gestelde vraag beantwoord of bij de behandeling van klaagster in het E. is gehandeld in afwijking van de zorg, die een redelijk handelend traumateam anno 2009 had behoren te geven. In het antwoord op die vraag heeft prof. dr. I. zich uitgelaten over het handelen van de arts. Het rapport is daarom relevant voor de beoordeling van de klacht. Het Centraal Tuchtcollege vormt zich aan de hand van het overgelegde omvangrijke dossier en hetgeen partijen over en weer hebben ingebracht een eigen oordeel of de arts heeft gehandeld in strijd met de zorg als bedoeld in art 47 lid 1 onder a Wet BIG die hij jegens klaagster had behoren te betrachten. Daarbij staat het college vrij het rapport van prof. dr. I., dat deel uitmaakt van het dossier, bij zijn oordeel te betrekken. Dat klaagster bezwaren heeft geuit tegen de wijze van totstandkoming van dat rapport -wat daar ook van zij- maakt dat niet anders.

Inhoudelijke beoordeling

4.6 Klaagster verwijt de arts dat hij, zakelijk weergegeven, is tekortgeschoten in zijn zorgplicht voor haar door onvoldoende en ondeskundig handelen. Evenals het Regionaal Tuchtcollege vindt het Centraal Tuchtcollege dat de klacht van klaagster ongegrond is. Het Centraal Tuchtcollege zal hierna uitleggen hoe zij tot dit oordeel is gekomen. Hierbij hanteert het Centraal Tuchtcollege de volgorde van bespreking van de klachtonderdelen uit de beslissing in eerste aanleg.

4.7 Het Centraal Tuchtcollege 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 bekwame 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. Verder geldt in het tuchtrecht het beginsel van persoonlijke verwijtbaarheid van de arts. Dit beginsel vereist dat de beroepsbeoefenaar zelf betrokken is geweest bij het verweten handelen.

4.8 Het Regionaal Tuchtcollege heeft bij de beantwoording van bovengenoemde vraag gekeken naar de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van de arts in zijn rol als hoofdbehandelaar die verantwoordelijk is voor onder meer de gecoördineerde inzet van het gehele bij klaagster betrokken behandelteam, en in zijn rol als traumachirurg. Het Centraal Tuchtcollege overweegt over het hoofdbehandelaarschap dat het in zijn beslissing van 29 januari 2021 (ECLI:NL:TGZCTG:2021:36) aanleiding heeft gezien de vaste rechtsspraak over de taken en verantwoordelijkheden van verschillende zorgverleners bij de behandeling van één patiënt te herformuleren. De toegenomen complexiteit van zorg, die soms door zorgverleners van verschillende instellingen wordt verleend, vereist uitgangspunten die meer flexibel toegepast kunnen worden. Daarom wordt in het vervolg ook gesproken over “de regiebehandelaar”.

4.9 In gevallen waarin de aard en/of complexiteit van de behandeling dat nodig maakt, dragen deze (individuele) zorgverleners er steeds zorg voor dat één van hen als regiebehandelaar wordt aangewezen. De regiebehandelaar ziet er in ieder geval op toe, dat:

- de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
- er een adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen de bij de behandeling van de patiënt betrokken zorgverleners;
- er één aanspreekpunt voor de patiënt en diens naaste betrekking(en) is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling.

De regiebehandelaar hoeft niet zelf het aanspreekpunt te zijn. Het aanspreekpunt hoeft voorts niet zelf alle vragen van de patiënt en diens naaste betrekkingen te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar de antwoorden weten te vinden. Deze norm ziet niet op het actief informeren van de patiënt en diens naaste betrekkingen. De plicht van de zorgverlener om actief informatie te geven volgt immers al uit de eigen verantwoordelijkheid die de zorgverlener jegens de patiënt heeft.

Klachtonderdeel 1 en 4: onzorgvuldige triage/overname en kwaliteit van behandelingen en beslissingen

4.10 Het Centraal Tuchtcollege is het eens met het Regionaal Tuchtcollege dat de beslissing zelf volledig inventariserend onderzoek in te stellen goed is te begrijpen. Het onderschrijft overweging 2.7 van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege en

neemt deze hier volledig over. Hetzelfde geldt voor overweging 2.8. Hieraan voegt het Centraal Tuchtcollege nog het volgende toe. Uit de stukken in het dossier is gebleken dat er geen sprake was van een adequate overdracht van arts tot arts, zoals te doen gebruikelijk is bij overname van een patiënt uit het buitenland. Het feit dat daarop geen contact is gezocht met H. levert op zichzelf geen tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen op. Zoals hiervoor overwogen is het verrichten van eigen inventariserend onderzoek een aanvaardbare handelwijze, hetgeen is gebeurd volgens de destijds geldende Nederlandse standaard. De conclusie is dat klachtonderdelen 1 en 4 terecht ongegrond zijn verklaard. Het beroep op deze punten slaagt niet.

Klachtonderdeel 6 en 3: schending dossierplicht en geen informed consent

4.11 Het Centraal Tuchtcollege komt wat betreft klachtonderdelen 6 en 3 tot dezelfde constatering als het Regionaal Tuchtcollege in de beslissing hierover onder overweging 2.9 en 2.10 heeft overwogen. Het Centraal Tuchtcollege is het eens met die overwegingen van het Regionaal Tuchtcollege en neemt deze hier over.

Klachtonderdeel 5: externe consultatie en verwijzing

4.12 Met klachtonderdeel 5 verwijt klagster de arts dat hij heeft verzuimd om externe consultatie in te winnen en dat hij een verkeerde verwijzing heeft gegeven. Het Centraal Tuchtcollege overweegt dat het eerste deel van deze stelling van klagster geen steun vindt in de stukken. Uit het rapport van prof. dr. I. en uit het omvangrijke medisch dossier volgt dat bij de behandeling van klagster verschillende disciplines betrokken zijn geweest. Zo waren de afdelingen plastische chirurgie, interne geneeskunde, anesthesie, revalidatiegeneeskunde, neurologie, psychiatrie, oogheelkunde, wondverpleegkunde, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, maatschappelijk werk en diëtiëk ingeschakeld bij de behandeling van klagster. Deze disciplines kwamen regelmatig bijeen om de behandeling van klagster te bespreken en waar nodig bij te stellen. Voorafgaand aan de operatie van 27 januari 2010 heeft de arts een second opinion gevraagd aan een traumachirurg verbonden aan een ander ziekenhuis. Hieruit volgt dat de arts al in 2009 op zorgvuldige wijze invulling heeft gegeven aan zijn rol als hoofd- c.q. regiebehandelaar, zoals die in de beslissing van het Centraal Tuchtcollege uitspraak van 29 januari 2021 is gedefinieerd.

4.13 Wat betreft het tweede deel van klachtonderdeel 5 waarin klagster de arts verwijt dat de verwijzing naar het K. verkeerd is geweest, is het Centraal Tuchtcollege het ook eens met de overwegingen van het Regionaal Tuchtcollege onder 2.12 en neemt deze hier over. De conclusie is dat klachtonderdeel 5 in zijn geheel ongegrond is.

Klachtonderdeel 2: communicatie en empathie

4.14 Klagster verwijt de arts met dit klachtonderdeel dat hij haar onvoldoende empathisch heeft bejegend, ook al was zij -naar eigen zeggen- een moeilijke patiënte. Het Centraal Tuchtcollege overweegt dat het Regionaal Tuchtcollege terecht heeft geoordeeld dat niet is gebleken dat het gedrag van klagster de kwaliteit van de zorg in technische zin heeft beïnvloed. Het Centraal Tuchtcollege is het eens met de overwegingen van het Regionaal Tuchtcollege hierover onder 2.14 en neemt deze volledig over. In aanvulling daarop merkt het Centraal Tuchtcollege het volgende op.

4.15 Het Centraal Tuchtcollege onderschrijft wat prof. dr. I. hierover in zijn rapport heeft opgemerkt namelijk dat er een discrepantie is tussen de perceptie van klagster en de arts wat onder goede zorg moet worden verstaan. Dat de communicatie tussen beiden stroef verliep betekent niet dat de arts niet is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Niet uitgesloten is dat daarbij een rol heeft gespeeld dat klagster, gesterkt door de uitlatingen van H., lang in de verwachting

heeft geleefd dat mogelijk haar beide benen behouden zouden kunnen blijven. De arts heeft zich daarvoor ten volle ingespannen maar het heeft helaas niet zo mogen zijn. Het Centraal Tuchtcollege heeft oog voor de pijn, de teleurstelling en het verdriet van klaagster maar van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen van de zijde van de arts is niet gebleken.

4.16 Klaagster heeft in beroep nog betoogd dat onder andere vanwege de stroeve communicatie de arts het regiebehandelaarschap had moeten overdragen. Ondanks dat dit geen onderdeel van de oorspronkelijk klacht was, hecht het Centraal Tuchtcollege eraan het volgende hierover op te merken. Desgevraagd heeft de arts ter zitting verklaard dat tijdens de besprekingen met de andere disciplines niet alleen de medische behandeling van klaagster werd besproken maar ook de –moeizame– communicatie. De arts heeft verder verklaard dat hij het overdragen van het regiebehandelaarschap niet als een oplossing zag, omdat hij van mening was dat hierdoor enkel een ander tegen hetzelfde aan zou lopen. Gelet op de multidisciplinaire zorg voor klaagster en het feit dat de zorg in technische zin niet aan kwaliteit heeft ingeboet, heeft de arts door het regiebehandelaarschap bij één zorgverlener –zichzelf– te houden verantwoordelijkheid genomen voor zijn rol als regiebehandelaar.

Conclusie

4.17 Het Centraal Tuchtcollege komt alles overziend met het Regionaal Tuchtcollege tot het oordeel dat de arts gedurende de behandeling van klaagster voldoende deskundig en zorgvuldig heeft gehandeld, zowel in zijn rol van regiebehandelaar als van traumachirurg. Dit betekent dat de klacht van klaagster ongegrond is en het beroep zal worden verworpen.

4.18 Omdat het beroep wordt verworpen, bestaat geen aanleiding voor een proceskostenveroordeling.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

verklaart klaagster niet-ontvankelijk in het beroep voor zover daarbij de klacht is uitgebreid of aangevuld;

verwerpt het beroep voor het overige;

wijst het verzoek om een proceskostenveroordeling af.

Deze beslissing is gegeven door: C.H.M van Altena, voorzitter,

T.W.H.E Schmitz en A.S. Gratama, leden-juristen en G.J. Clevers en W.J.B.

Mastboom, leden-beroepsgenoten en E. van der Linde, secretaris.

Uitgesproken ter openbare terechtzitting van 19 november 2021.

Voorzitter w.g. Secretaris w.g.