

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2022/4972

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
ZWOLLE

Beslissing in raadkamer van 6 november 2023 op de klacht van:

A,

wonende in B,
klaagster,
tegen

C,

chirurg,
werkzaam in D,
verweerder,
gemachtigde: T werkzaam in U.

1. De zaak in het kort

1.1 Klaagster heeft in 2009 een auto-ongeval gehad. Vanwege aanhoudende schouderklachten rechts en na diverse onderzoeken is zij op 16 november 2012 door verweerder geopereerd. Klaagster meent dat verweerder niet de juiste operatie heeft uitgevoerd en maakt hem hierover diverse verwijten. Ook verwijt zij hem dat hij onjuiste declaraties heeft gedaan en dat een eerder geplande operatie niet is doorgegaan.

1.2 Het college komt tot het oordeel dat de klacht kennelijk ongegrond is. 'Kennelijk' betekent dat het niet nodig is om nog vragen aan de partijen te stellen en dat duidelijk is dat de klacht niet gegrond kan worden verklaard. Hierna licht het college toe hoe het tot deze beslissing is gekomen.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

2.2 Het college heeft de klacht in raadkamer behandeld. Dit betekent dat het college de zaak beoordeeld heeft op basis van de stukken, zonder dat de partijen daarbij aanwezig waren.

3. De feiten

3.1 Klaagster heeft op 14 april 2009 een auto-ongeval gehad. In verband met klachten aan de rechterschouder hebben hierna meerdere onderzoeken plaatsgevonden. Op 22 oktober 2009 is in F in G een CT-scan gemaakt. Hieruit kwam naar voren dat sprake was van lichte sternoclaviculaire artrose met een kleine weke delen verkalking ter plaatse, waarschijnlijk periartitis en acromioclaviculaire artrose.

Op 1 december 2009 is klaagster voor het eerst gezien in E. Hier heeft een orthopedisch chirurg röntgenonderzoek laten verrichten van de rechterschouder.

Daarnaast werd op

7 december 2009 een botscan verricht. Op 11 december 2009 heeft klaagster een injectie gekregen ter hoogte van het rechter SC-gewricht, die kortdurend een lichte pijnvermindering gaf.

In samenspraak met een andere orthopedisch chirurg (H) werd toen, gezien de uitslag van de CT-scan en de uitgebreide voorgeschiedenis van klaagster, geen directe indicatie voor een operatie gezien. Klaagster is op haar verzoek voor een second opinion doorverwezen naar I. Hier werd geconcludeerd dat er geen anatomisch substraat was en dat er op orthopedisch gebied geen behandeling te bieden was. Na meerdere trigger point injecties, die een kortdurend effect hadden, is klaagster in 2012 vanwege aanhoudende schouderklachten gezien door verweerder en orthopedisch chirurg H in E. Besloten werd om een proximale clavicularesectie te verrichten. Indicatie hiervoor was een posttraumatische artrose van het SC-gewricht. Klaagster zou aanvankelijk op 9 oktober 2012 geopereerd worden. Dit is uiteindelijk niet doorgegaan.

3.2 De operatie heeft vervolgens plaatsgevonden op 16 november 2012 door verweerder en orthopedisch chirurg H. In het operatieverslag heeft verweerder hierover het volgende genoteerd:

“Pre operatieve diagnose: artrose sterno clavculaire gewricht.

Uitgevoerde operatie: resectie proximale deel clavicula.

Time out procedure uitgevoerd.

Pre operatief werd 2 mg Mandol gegeven.

Verslag:

Patient in algehele anaesthesie. Rugligging.

Dwarse incisie volgens de huidlijnen onder sterno clavculaire gewricht.

Het mes in diathermie door de musculatuur en vrijleggen van de proximale clavicula.

De clavicula wordt goed vrij gelegd, zodat we goed zicht hebben op het gebied.

Gedeelte van ongeveer 2 cm wordt genomen, en er wordt met de ossilerende zaag een zaagsnede gemaakt door de eerste cortex. Vervolgens wordt met scherpe lepel en knabbeltang resectie verricht tot op het dorsale kapsel. De ruimte die is ontstaan is voldoende zodat bij ieder willekeurige beweging van de arm of schouder er ruimte blijft bestaan tussen clavicula en sternum.

De wond wordt gespoeld. Spierfascie wordt gesloten met losgeknoopte vicryl,

Losgeknoopte vicryl voor de subcutis en intracutane proleen voor de huid. Er worden steri strips geplakt.

Konklusie:

Artrose sterno claviculair gewricht waarvoor proximale clavicularesectie.

Post operatief beleid:

2 weken rust, hierna mobiliseren op geleide van klachten.”

3.3 Na 16 november 2012 bleef klaagster klachten houden. Op 5 februari 2013 heeft verweerder voor klaagster een MRI aangevraagd en haar verwezen naar I Revalidatie team zenuwletsels omdat de klachten niet waren verbeterd. Klaagster heeft nadien nog diverse ingrepen/behandelingen in verschillende ziekenhuizen ondergaan.

4. De klacht en de reactie van de chirurg

4.1 Klaagster verwijt de chirurg dat:

Het gevolg van dit handelen is volgens klaagster secundaire victimisatie.

4.2 De chirurg heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren.

4.3 Het college gaat hieronder verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

De criteria voor de beoordeling

5.1 De vraag is of de chirurg de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende chirurg. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de chirurg geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Dat een zorgverlener beter anders had kunnen handelen is niet altijd genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen.

Klachtonderdelen a, b, c, d en e

5.2 Deze klachtonderdelen komen allemaal voort uit de veronderstelling van klaagster dat zij op 16 november 2012 aan haar 3e/4e rib is geopereerd in plaats van aan haar clavicula. Daarom zal het college deze klachtonderdelen gezamenlijk bespreken.

De veronderstelling van klaagster is gebaseerd op de relatief lage locatie van de incisie (en het latere litteken). Deze locatie kan echter ook passen bij een proximale clavicularesectie. Uit het formulier dat voorafgaand aan de operatie aan klaagster is meegegeven, blijkt dat klaagster hierover ook is geïnformeerd. Naast een uitleg over de clavicularesectie is op dit formulier namelijk toegelicht dat de lengte van de wond +/- 5 cm bedraagt en dat gekozen wordt voor een horizontale incisie, relatief laag, zodat het litteken meerdere centimeters onder het betreffende gewricht ligt. Daarnaast is in het operatieverslag (zoals hiervoor weergegeven bij 3.2) de uitvoering van de clavicularesectie gedetailleerd omschreven. Het college heeft dan ook geen aanwijzing om aan te nemen dat de chirurg een andere operatie heeft uitgevoerd. Uitgaande van een clavicularesectie, treffen de klachtonderdelen a tot en met e geen doel. Deze klachtonderdelen zijn dan ook kennelijk ongegrond.

Klachtonderdeel f

5.3 Dit betreft het verwijt dat de chirurg onjuist heeft gedeclareerd en/of een onjuiste DBC-codes heeft gehanteerd.

Volgens de chirurg is van onjuist declareren geen sprake. De clavicularesectie van 16 november 2012 is door hem als zodanig gedeclareerd. Het is de chirurg niet duidelijk waarom deze ingreep op de declaratie van de zorgverzekeraar op een andere datum genoteerd is. Dit is voor de chirurg ook niet te controleren.

Het college is niet gebleken van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen van de chirurg op dit punt. Dat één en ander op de declaratieoverzichten van de zorgverzekeraar qua data en codes niet (geheel) overeenkomt met de uitgevoerde behandeling, betekent niet dat de chirurg onjuist heeft gehandeld. Dit kan verder ook niet uit het dossier worden afgeleid.

Daarmee is ook klachtonderdeel f kennelijk ongegrond.

Klachtonderdeel g

5.4 Klaagster verwijt de chirurg dat het ATLS-protocol niet is uitgevoerd. Volgens haar had dit ook in 2012 nog moeten.

Het college volgt klaagster hierin niet. Het ATLS-protocol gaat over de acute opvang van traumaslachtoffers op de spoedeisende hulp. In dit geval heeft het trauma

(auto-ongeval) plaatsgevonden in 2009. Van acute opvang was in 2012 dan ook geen sprake. Dit betekent dat dit verwijt niet terecht is.

Ook klachtonderdeel g is kennelijk ongegrond.

Klachtonderdeel h

5.5 Tot slot verwijt klaagster de chirurg dat zij op 9 oktober 2012 de hele dag in het ziekenhuis heeft gezeten zonder dat er een ingreep heeft plaatsgevonden.

Het college begrijpt dat het erg vervelend is geweest voor klaagster dat zij een hele dag

– uiteindelijk voor niets – in het ziekenhuis heeft doorgebracht, naar eigen zeggen zonder de voor haar benodigde zorg/medicatie. Dit kan echter niet tuchtrechtelijk verweten worden aan de chirurg.

Dit betekent dat ook klachtonderdeel h kennelijk ongegrond is.

Slotsom

5.6 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat alle onderdelen van de klacht kennelijk ongegrond zijn.

6. De beslissing

De klacht is in al haar onderdelen kennelijk ongegrond.

Deze beslissing is gegeven op 6 november 2023 door J.G.W. Lootsma-Oude Nijeweme, voorzitter, C.C.P.M. Verheijen en P. Houpt, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door M.D. Moeke, secretaris.

secretaris

voorzitter

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.