

Elf jaar tuchtrechtspraak over heelkunde

‘Fouten zijn geen natuurverschijnsel’

Robert Crommentuyn

Het aantal klachten over chirurgen bij de tuchtrechter blijft dalen. Dat is geen reden om op de lauweren te rusten, zeggen de onderzoekers.



Chirurg en tuchtrecht 1996-2007.
mr. G. Bulstra, prof. dr. T. Wiggers en prof. mr. J.H. Hubben.
Sdu Uitgevers 2008, 436 blz., 50 euro.

De cijfers spreken voor zich: er worden steeds minder klachten tegen chirurgen ingediend bij de regionale tuchtcolleges. Deze trend is ingezet in de jaren tachtig van de vorige eeuw en zet zich ongewijzigd voort tot op heden (zie *tabel 1*). Nog verheugender is wellicht dat ook het percentage gegronde klachten afneemt. De gegevens komen uit het boek *Chirurg en tuchtrecht 1996-2007* dat deze week verschijnt. Daarin analyseert de Groningse hoogleraar gezondheidsrecht en advocaat bij Nysingh Joep Hubben samen met de chirurgiehoogleraar Theo Wiggers (UMC Groningen) en Gerie Bulstra, onderzoekster in het UMC Groningen, elf jaar tuchtrechtspraak over deze beroepsgroep. Alle 132 gegronde klachten uit de periode 1996-2007 zijn daarvoor bestudeerd. Daaronder zijn ook dertien klachten die in hoger beroep alsnog ongegrond werden verklaard.

Volgens Hubben is de daling van het aantal klachten tegen heelkundigen extra opvallend nu blijkt dat de tuchtcolleges het drukker hebben dan ooit. In het onlangs verschenen jaarverslag maakten ze melding van een recordaantal van 1441 nieuwe klachten in 2007. ‘Bij de chirurgen valt op dat vooral de klachten

over medisch-technische aspecten van de zorg afnemen, terwijl de klachten over de organisatorische aspecten van zorg toenemen (zie *tabel 2*). Daarbij speelt volgens mij een rol dat patiëntveiligheid en het belang van protocollen de laatste jaren veel aandacht krijgen. Er is bijvoorbeeld aandacht voor verwisselingsfouten en voor de veiligheid op de operatiekamer. Een verzekeraar als MediRisk zit er bovenop. Die aandacht heeft waarschijnlijk vooral gevolgen voor de klachten die betrekking hebben op medisch-technische kwesties. En die zijn weer vooral belangrijk bij de snijdende specialisten.’ Volgens chirurg Wiggers zijn z’n vakgenoten zich inderdaad meer bewust van mogelijke risico’s. ‘Daarnaast zijn er nog nauwelijks solistisch werkende chirurgen. Uit de analyses blijkt dat vooral solisten volharden in verkeerde werkwijzen. En verder worden we natuurlijk uit de wind gehouden door de klachtenfunctionarissen die nu in elk ziekenhuis werkzaam zijn.’

Complexe lichaamsdelen

Hoewel de medisch-technische vaardigheden van chirurgen kennelijk weinig aanleiding geven tot klagen, blijft volgens Hubben ook op dit vlak voldoende te leren uit de uitspraken. ‘Dat geldt vooral voor een aantal risicovolle ingrepen die specifieke deskundigheid vereisen.’ Wiggers: ‘Er zijn complexe lichaamsdelen en ingrepen waarmee bovendien niet alleen de chirurgen zich bezighouden. Denk aan handen polschirurgie. Daarnaast zijn er de scopische ingrepen zoals die van de galblaas. Die endoscopische operaties hebben we toch wat gemakkelijk omarmd. Terecht dat de inspectie daarop wijst en aandringt op protocollering. Ik denk dat ook andere bijzondere ingrepen certifice-

| 1. Aantal klachten | |
|--|-----|
| 1996 | 4,5 |
| 2001 | 3,3 |
| 2006 | 2,7 |
| Aantal klachten per honderd chirurgen. | |

| | 2. Soorten klachten | |
|---|---------------------|-----------|
| | 1986-1995 | 1996-2007 |
| medisch-technisch | 56% | 52% |
| patiëntrechtelijk | 30% | 24% |
| organisatorisch | 14% | 23% |
| Gegronde klachten over chirurgen naar aard. | | |



Hoogleraar gezondheidsrecht prof. mr. Joep Hubben: 'Met name in het postoperatieve traject doen zich incidenten voor.'

beeld: De Beeldredactie, Marco Vellinga

Op de SEH is behoefte aan meer gekwalificeerd personeel

ring vereisen. Niet iedereen kan alles doen. Het "bekwaam" uit "bevoegd en bekwaam" is niet vanzelfsprekend. In de academische ziekenhuizen is het allang gebruikelijk dat de specialisten zich niet begeven op het terrein van de andere specialismen. In de periferie moeten we daar ook meer naartoe. Ziekenhuizen zouden ook goed moeten nadenken over wat ze wel en wat ze niet willen aanbieden.'

Bulstra vindt het jammer dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg in elf jaar tijd slechts drie keer een klacht tegen een chirurg heeft ingediend bij de tuchtrechter. 'De inspectie ge-

bruikt het tuchtrecht niet vaak om de bekwaamheid van de arts aan de orde te stellen en dat is toch een gemiste kans. Nu is het aan de patiënt om de bekwaamheid van de arts te toetsen via het tuchtrecht, maar in de regel is dat niet

diens eerste belang. Klachten van patiënten zijn vaak emotioneel gemotiveerd. Ze streven naar erkenning en genoegdoening. De vaardigheden van de arts zijn secundair. Het ligt meer in de lijn als de inspectie daarop toeziet.'

Ook Wiggers signaleert de terughoudendheid van de inspectie om te melden. 'Maar daar staat tegenover dat de inspectie op een hoger niveau wel adequaat ingrijpt, zie bijvoorbeeld het verbod op slokdarmoperaties voor sommige ziekenhuizen.'

Weerbarstig

Volgens Hubben hebben de chirurgen in vergelijking met de gynaecologen meer grip gekregen op de medisch-technische aspecten van hun vak, maar is er achteruitgang op

het gebied van organisatie, verslaglegging en samenwerking. 'In 74 van de 132 gegronde klachten speelden organisatorische aspecten een rol. Daarbinnen zijn er vooral problemen met "registratie en verslaglegging" en "taakopvatting, verantwoordelijkheidsverdeling en samenwerking". Met name in het postoperatieve traject doen zich incidenten voor. Je zou denken dat het een terrein is waar gemakkelijk verbeteringen zijn aan te brengen, maar de praktijk is weerbarstig. De zorg wordt immers steeds complexer, het proces van verslaglegging en overdracht belangrijker en kwetsbaarder.'

Wiggers: 'Dat vooral het postoperatieve traject tot klachten leidt, heeft volgens mij te maken met het belang van de overdrachten op dat moment. Na de operatie moet elk moment goed zijn, er zijn weinig correctiemomenten. Waar je vóór de ingreep nog een en ander kunt afwegen en afwachten, is dat na de ingreep niet meer zo. Nu onder andere de werktijden van de assistenten zijn gereguleerd, zijn er meer overdrachtmomenten en daarbij gaat het toch nog regelmatig fout.'

Door de zorg te organiseren in zorgpaden is er op organisatorisch gebied nog veel te winnen, denkt Wiggers. 'Maar het blijft weerbarstige materie. Wat ook niet helpt, is dat er voortdurend tekorten zijn. Is het niet aan radiologen of maag-, darm- en leverartsen, dan wel aan OK-tijd. Er is altijd wel ergens in de keten een tekort aan iets en dat komt de kwaliteit niet ten goede.'

Jongste bediende

Hubben signaleert ook een kleine piek aan klachten die betrekking hebben op het werk van arts-assistenten op afdelingen voor spoedeisende hulp. 'Die combinatie is een duidelijke risicofactor. En als het dan misgaat, is het nogal eens onduidelijk wie de verantwoordelijkheid moet dragen.'

Volgens Wiggers is de SEH de afdeling waar vaak de jongste bediende te werk wordt gesteld én waar wel accuraat en snel moet worden gewerkt. 'Dat gaat niet altijd goed. Er is eigenlijk behoefte aan beter gekwalificeerd personeel, SEH-artsen en klare chirurgen bijvoorbeeld. Maar dat is ook een financiële kwestie. In elk geval denk ik dat de leermethode "vallen en opstaan" voor de SEH niet geschikt is.' De Groningse hoogleraar vindt dat chirurgen zich moeten vergewissen van de bekwaamheid

Organisatorische misser

Een casus die zich toespitst op de verantwoordelijkheid van de supervisor. Bij een breuk in de pink blijkt onbloedige repositie en fixatie in een gipsverband niet succesvol. In overleg met de dienstdoend chirurg/supervisor gaat een arts-assistent over tot fixatie van de breuk met een kirschnerdraad. Na het aanleggen van gips wordt een controlefoto gemaakt. Een andere chirurg ziet de controlefoto de volgende dag en noteert op en onder de dag van de repositie: 'Cave diastase'. Met die mededeling wordt echter niets gedaan. De chirurg/supervisor die als medisch eerstverantwoordelijke chirurg wordt aangemerkt, krijgt van de tuchtrechter het verwijt dat hij zich niet over de afloop van de ingreep heeft geïnformeerd of heeft laten informeren. Ook had hij zich zo nodig de gemaakte controlefoto moeten laten voorleggen. Gegeven de aard van de ingreep had de chirurg het verloop ervan moeten controleren. Dat had de gelegenheid geschapen om in geval van (kans op) fouten of onvolkomenheden onmiddellijk tot correctie over te gaan en zo een extra behandeling te voorkomen.

Het tuchtcollege vindt dat de werkwijze van de maatschap chirurgie in het betreffende ziekenhuis een extra reden vormt voor een directe controle. Het tuchtcollege spreekt bij de wijze waarop de interne verantwoordelijkheid in het ziekenhuis is geregeld van 'ondoorzichtigheid wat betreft de verantwoordelijkheid voor en de aanspreekbaarheid op (onderdelen van) de behandeling'. In het bijzonder bleek nergens duidelijk van een aanwijsbare overdracht door de chirurg aan een collega. Zo kon het gebeuren dat één van de bij het overleg aanwezige chirurgen bij de controlefoto de kanttekening 'Cave diastase' plaatste, maar niemand iets deed met die waarschuwing. In lijn met eerdere rechtspraak wordt de chirurg voor deze wijze van werken binnen de maatschap (mede) verantwoordelijk gehouden en krijgt een waarschuwing.

In deze casus heeft het tuchtcollege de maatschap chirurgie als geheel weliswaar een verwijt gemaakt van het feit dat de verslaglegging hier 'volstrekt onvoldoende' is geweest, maar had het geen mogelijkheden om een maatregel op te leggen.

Bron: Chirurg en tuchtrecht 1996-2007

Hoogleraar Chirurgie
prof. dr. Theo Wiggers:
'Een assistent kan zijn
verantwoordelijkheid niet
zonder meer afschuiven op
zijn baas.'

beeld: De Beeldredactie,
Vincent Boon



van de assistenten, maar realiseert zich dat dat soms lastig is. 'In grote klinieken met veel specialisten en veel assistenten kom je elkaar in een specifieke werksituatie soms erg weinig tegen, zeker door de toename van het parttime werken en de Arbeidstijdenwet.' Bovendien

zijn de assistenten zelf ook een verantwoorde-
lijkheid. 'Een assistent kan zijn verantwoorde-
lijkheid niet zonder meer afschuiven op zijn
baas. Ik denk dat een zelfkritische houding van
de assistent - wat kan ik wel en wat niet - iets is
dat in de opleiding meer aandacht behoeft.'

Reprimande

Alle drie de auteurs signaleren dat de tucht-
rechter moeite heeft met zaken waarin meer-
dere zorgverleners verantwoordelijkheid dra-
gen. Hubben: 'Je ziet dat het tuchtcollege dan
worstelt met de vraag wie verantwoordelijk is.
Is het de individuele arts of is het de maatschap
of het ziekenhuis? Probleem is dat het tucht-
recht is ingericht voor de individuele beroeps-
beoefenaar. Een tuchtrechter kan een zaak niet
zomaar uitbreiden naar andere betrokkenen.
Een reprimande uitdelen aan een ziekenhuis of
aan een maatschap kan ook niet. Soms is het
toeval dat een bepaalde arts in een bepaalde
casus in beeld komt. Dat is kunstmatig en
onbevredigend. In 2002 heb ik met Gerrit van
der Wal (toen VU-hoogleraar, nu inspecteur-
generaal voor de gezondheidszorg) en anderen
bij de evaluatie van de Wet BIG al aanbevolen



Onderzoekster mr. Gerie.


Bultstra: 'De inspectie gebruikt het tuchtrecht niet vaak om de bekwaamheid van de arts aan de orde te stellen.'

beeld: De Beeldredactie,
Bert Janssen

om de tuchtrechtelijke mogelijkheden op dit gebied uit te breiden. Er is nog niets gebeurd, maar er schijnt een brief van de minister aan de Kamer onderweg te zijn over dit onderwerp. Ook Wiggers en Bulstra is het opgevallen dat de uitspraken van de tuchtrechter niet altijd consistent zijn als het gaat om individuele versus collectieve aansprakelijkheid. 'In kwesties

waar de keten faalt, blijkt de onmacht van de individuele toetsing', meent Bulstra. 'De ene keer rekt de tuchtrechter het tuchtrecht op en verklaart een klacht gegrond en een andere keer hanteert een tuchtrechter een strikte interpretatie en is de klacht ongegrond.'

Hubben hoopt dat chirurgen lering uit het boek trekken voor de dagelijkse praktijk. 'Het aantal gegronde klachten neemt gestaag af. Maar wat er overblijft, beschouw ik niet als een onvermijdelijk natuurverschijnsel. Als je er goed naar kijkt, is er wel degelijk iets aan te doen. Als is het maar vanwege de ernst van de kwesties die tot een tuchtzaak leiden. Bij een derde is immers sprake van overlijden.'

Om er daadwerkelijk van te leren wordt het de chirurgen gemakkelijk gemaakt. 'MediRisk zal het boek verspreiden onder alle ziekenhuizen en chirurgenmaatschappen. Over een halfjaar kan geen enkele chirurg meer zeggen dat hij niet ervan wist.' 

praktijkperikel

Brood smeren

Echtpaar, beiden halverwege de tachtig. Geen kinderen, neef en nicht die af en toe langskomen. Wonen in een klein huisje, met af en toe wat (Wmo-)thuiszorg. Hij heeft twee keer een beroerte gehad en is 'een tikkeltje dement'. Zij is prima in orde. Maar... zij gaat acuut dood.

De neef en nicht zien het niet zitten dat oom alleen blijft wonen en dringen sterk aan op een crisisopname. Als huisarts denk ik dat het in het belang van die meneer is om op zo'n moment te worden overgeplaatst naar een verpleeg- of verzorgingshuis. Ik spreek met de wijkverpleegkundige af dat meneer een aantal weken intensieve ondersteuning krijgt en dat we dan verder kijken. Ik doe wel alvast een vooraanmelding van een 'mogelijk op til zijnde crisis' bij het Riagg.

Dan komt het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) in zicht. De indicatiesteller meent, op afstand en via de telefoon, dat het

aantal gevraagde uren wat te veel is en dat het klaarmaken van de maaltijden vanuit de Wmo dient te worden betaald. Kortom, het aantal in te zetten uren wordt fors teruggebracht. Boos bel ik zelf deze CIZ-mevrouw en vraag of ze snapt dat we met het bezweren van een crisis bezig zijn en niet met het 'smeren van brood'. Ze begrijpt niet dat de maaltijden een middel zijn om bij die meneer binnen te komen en structuur te geven, om bij te sturen, om risico's in te schatten. Nee, de wijkverpleegkundige krijgt niet de gevraagde uren. Via de gemeente en de Wmo moesten we maar een indicatie voor 'brood smeren' aanvragen.

Dit gebeurt er nu als financiële schotten, als bureaucratische instanties, zonder enige betrokkenheid met de dagelijkse praktijk leidend zijn in de zorg.