STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 28974
14 augustus 2026

Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Nr. C2025/2934

Beslissing in de zaak onder nummer C2025/2934 van:
A., wonende te B.,
appellant, klager in eerste aanleg,
hierna: klager,

tegen

H., (destijds) werkzaam te D.,
verweerder in beide instanties,
hierna: de chirurg,
gemachtigde: mr. A.W. Hielkema, werkzaam te Utrecht.

1. Kern van de zaak

1.1 Klager, die al sinds lange tijd bekend is met een partiële dwarslaesie, heeft na een val in huis zijn onderbeen gebroken. In verband hiermee is hij in het ziekenhuis opgenomen geweest, waar hij door de chirurg is geopereerd. Over de opname vanwege zijn beenbreuk heeft klager klachten ingediend tegen verschillende artsen die bij zijn behandeling waren betrokken, onder wie de chirurg.
1.2 Het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle heeft de klacht kennelijk ongegrond verklaard. Het Centraal Tuchtcollege verwerpt het beroep van klager.

2. Verloop van de procedure

2.1 Klager heeft beroep ingesteld tegen de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle van 17 juni 2025 met nummer Z2024/7524 (ECLI:NL:TGZRZWO:2025:66).
2.2 Het Centraal Tuchtcollege heeft kennisgenomen van het beroepschrift, de aanvullende beroepsgronden, het verweerschrift en diverse e-mailberichten van klager.
2.3 De zaak is op de zitting van 27 mei 2026 gezamenlijk maar niet gevoegd behandeld met de zaken C2025/2932, C2025/2933 en C2025/2935. Klager was tijdens de zitting via beeldverbinding aanwezig. De chirurg was aanwezig samen met zijn gemachtigde.

3. Feiten

Vooraf

3.1 Als gevolg van een ongeval heeft klager in 1995 een partiële dwarslaesie opgelopen. Hij is hierdoor rolstoelgebonden. Vanwege diverse complicaties is sprake van verschillende aandoeningen met ook chronische pijnklachten. Klager is hiervoor onder behandeling bij meerdere specialisten. In verband met zijn aandoeningen gebruikt klager medicatie waaronder paracetamol, tramadol, oxycodon en fentanyl.

7 april 2024

3.2 In de nacht van zondag 7 april 2024 is klager in huis ten val gekomen en met de ambulance naar de spoedeisende hulp van het E.-Ziekenhuis gebracht. Hier is geconstateerd dat sprake was van een crurisfractuur aan zijn linkeronderbeen en is een onderbeenspalk aangebracht.
3.3 In het medisch dossier staat over de pijnmedicatie die op 7 april 2024 besproken is het volgende: *“uitgebreid gesproken over pijnmedicatie. Gebruikt momenteel een bijzondere combinatie met pcm, tramadol, fentanyl subling, oxycodon mga en oxycodon kort. Advies gegeven dat deze combinatie van pijnmedicatie veel risico’s met zich meedragen en bijwerkingen kan geven. Wilt op de SEH absoluut esketamine krijgen. Uitleg gegeven dat we dit niet standaard geven op de SEH als pijnstilling. Patient neemt hierop zijn eigen fentanyl pillen in, niet duidelijk hoeveel hij heeft ingenomen..... nieuw beleid gemaakt: paracetamol 4dd1000, oxycodon 2d10mg mga en fentanyl tablet 4dd 100 ug zn. Op de afdeling pijnteam in consult.”.*
3.4 Vervolgens is klager opgenomen op de verpleegafdeling. Hier heeft een arts-assistent chirurgie met klager de behandelopties operatief versus niet-operatief besproken. In overleg met de dienstdoende chirurg is op dat moment als voorkeur genoteerd om te kijken of conservatief

beleid haalbaar was met adequate pijnstilling. Klager wilde graag naar huis, maar omdat hij nog niet uit bed was geweest of iets qua mobilisatie had geprobeerd, is na overleg besloten om hem die dag in ieder geval nog klinisch te observeren met eigen pijnstilling en fysiotherapie. Als de volgende dag zou blijken dat dit niet zou werken, is als beleid genoteerd om klager in te plannen voor een operatieve correctie met een plaat. Deze plaat moest, gezien de benodigde lengte daarvan, nog besteld worden. Wanneer de pijn de volgende dag wel redelijk te doen zou zijn, zou worden ingezet op ontslag naar de thuissituatie.

8 april 2024

3.5 Omdat klager veel pijn had, heeft de arts-assistent chirurgie op 8 april 2024 overleg gevoerd met het pijnteam. Het voorstel van een dipidolor infuus in combinatie met een esketamine infuus bleek voor klager niet acceptabel te zijn omdat dit een tweede infuus betekende wat hem zou beperken in het mobiliseren. Klager is verder gegaan met orale pijnmedicatie.

3.6 Later die dag zijn de dienstdoende chirurg en een arts-assistent chirurgie bij klager langs geweest. Besproken is dat toch een operatie geïndiceerd was door middel van een plaatosteosynthese, dat er een lange plaat besteld zou worden en dat de operatie voor die week gepland zou worden. Ook zijn de risico's van een dergelijke operatie besproken en is uitgelegd dat er medisch gezien geen spoedindicatie voor een operatie was. Verder zijn klagers vragen beantwoord over mogelijke doorverwijzing naar een ander ziekenhuis en over het pijnbeleid.

3.7 Diezelfde dag is klagers situatie besproken in een Multidisciplinair Overleg (MDO) Trauma. Verweerder was hierbij aanwezig. De operatie is ingepland op 11 april 2024 en verweerder is aangewezen als operateur.

9 april 2024

3.8 Op 9 april 2024 heeft een medewerker van het pijnteam met klager gesproken over onder meer zijn situatie en het pijnbeleid. Daarbij is nogmaals ter sprake gekomen om de pijnstilling via infuus te geven. Hierover is door klager ook nog met de verpleegkundige van de afdeling gesproken. Hoewel klager zorgen had over de consequenties van een tweede infuus voor zijn mobilisatie is aan het eind van de middag gestart met een dipidolor infuus. Dit infuus is op verzoek van klager diezelfde avond weer stopgezet.

10 april 2024

3.9 De volgende dag is door de verpleegkundige genoteerd dat de pijn een stuk minder was, nagenoeg afwezig.

3.10 De medewerker van het pijnteam heeft wederom met klager gesproken, waarbij klager aangaf toch weer veel pijn te ervaren. Uiteindelijk, en na overleg met de anesthesioloog, is gestart met een esketamine infuus.

3.11 Verder heeft die dag een preoperatieve screening plaatsgevonden, waarvoor klager is gezien door een anesthesioloog in opleiding. Deze heeft hierover onder meer het volgende genoteerd: *"Uitgebreid met patiënt over manieren van narcose en pijnblokkade gesproken. Patiënt geeft aan graag maximale pijnstilling te willen, ook met blok. Uitgelegd dat we inderdaad vaak blokken geven voor beenoperaties, tenzij er een te groot risico bestaat op compartimentsyndroom, en dat ik afspreek het na te vragen (later hoor ik dat dit reeds is besproken met dr. C. door collega F. en dat er geen mogelijkheid is voor blok, zij communiceert dit met patiënt). Patiënt zou liever met een LMA dan een tube geopereerd willen worden ivm stembandparese."*

11 april 2024

3.12 Op 11 april 2024 is de operatie met plaatsing van de plaatosteosynthese uitgevoerd. Klager is onder algehele narcose geopereerd, zonder aanvullende blokverdoving. Het postoperatieve beleid was een drukverband voor 72 uur, oefenstabiel gedurende zes weken en een poliklinische controle na zes weken met röntgenfoto vooraf.

3.13 Na de operatie heeft de anesthesioloog het volgende in het medisch dossier genoteerd: *"patient pijn niet adequaat onder controle te krijgen. Hij wil geen 2^{e} infuus voor een PCA dip/ Gaat nu naar de afdeling en over op zijn eigen pijnmedicatie.*
Verweerder heeft in het medisch dossier over de pijnmedicatie onder meer genoteerd: *"rondje bord. Patient blijkt abstral in eigen beheer te hebben en ook te gebruiken. Benadrukt dat dit niet de bedoeling is, beheer via ons gezien dan goed overzicht over hoeveelheid en genomen pijnmedicatie ter preventie van overdosering"*

12 april 2024

3.14 Op 12 april 2024 kon klager zelfstandig transfers maken en kon hij naar huis.

De chirurg heeft op 15 april 2024 een brief aan de huisarts van klager geschreven. In deze brief schrijft de chirurg onder meer:
*"**Beleid***
– Ontslag naar huis
– Fraxiparine 0,3ml 1d1 voor zes weken
– Pijnstillers conform thuismedicatie; echter veel verschillende soorten met hoge dosering, gelieve aandacht ten aanzien van afbouw (...)
Samenvatting
Bovengenoemde patiënt werd d.d. 07-04-2024 via de Spoedeisende hulp opgenomen op de afdeling Chirurgie in verband met een crurisfractuur links. Graag verwijs ik naar eerdere correspondentie van de SEH. Gezien onvermogen tot staan van het been werd initieel gekozen voor conservatieve behandeling van de breuk middels gips. Bij forse pijnklachten werd middels een familiegesprek op 08-10 besloten tot operatieve behandeling, waarvoor een specifieke lange plaat besteld moest worden. In de dagen in afwachting op de operatie was patiënt initieel misselijk waarop gestart werd met ondansetron. Echter bij het ontwikkelen van hoofdpijnklachten (en dit als bijwerking werd omschreven) werd geswitcht naar metoclopramide, waarop de klachten verdwenen. Op 11-4 werd de operatie tijdens opname uitgevoerd en postoperatief kwam patiënt weer terug naar de afdeling. Op 12-4 kon patiënt, na goede evaluatie van de fysiotherapie, met ontslag naar huis.
Gedurende de opname was het pijnteam betrokken voor adviezen ten aanzien van behandeling, gezien er sprake was van pre-existente bekkenpijn met verscheidene pijnmedicatie. Op 10-04 werd besloten om te starten met een esketamine-pomp. Op de dag van ontslag werd in de ochtend de pomp uitgezet, waarna pijn onder controle bleef middels orale medicatie."

4. Beoordeling van het beroep

Waar gaat het in beroep over

4.1 Het Regionaal Tuchtcollege heeft de klachten als volgt geformuleerd:
Klager verwijt de chirurg dat hij klager pas in de operatiekamer zag, dat er geen overleg vooraf heeft plaatsgevonden en dat de chirurg niet op de hoogte leek te zijn van klagers beperkingen. Klager heeft in dat verband aangevoerd dat de chirurg klager vroeg of hij kon overstappen/staan.

4.2 Klager is het niet eens met de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege. In beroep voert klager aan dat zijn klacht tegen verweerder primair ziet op:
a. zijn gebrek aan voorbereiding en dossierkennis ten aanzien van zijn dwarslaesie en pijnproblematiek;
b. het niet-tijdig en niet zelf bespreken van het scenario dat er geen blokkade en geen lokale wondverdoving zou worden toegepast;
c. het niet toepassen van een lokale wondinfiltratie als onderdeel van een multimodaal pijnplan; en
d. de ontslagbrief aan de huisarts waarin de chirurg zonder eigen expertise en zonder contact met de behandelend specialisten suggesties doet over de pijnmedicatie van klager.

4.3 De chirurg voert verweer. De chirurg heeft in zijn verweerschrift gevraagd om klager niet-ontvankelijk te verklaren in zijn beroep, voor zover hij daarin nieuwe klachtonderdelen heeft geformuleerd, en het beroep voor het overige te verwerpen.

4.4 Tijdens de zitting in beroep heeft de gemachtigde namens de chirurg verklaard dat de chirurg zich heeft kunnen voorbereiden op een verweer, ook voor zover het beroepschrift nieuwe klachten omvat. De chirurg heeft daarom het Centraal Tuchtcollege gevraagd het hele beroep van klager, dus ook de nieuwe klachtonderdelen, te behandelen en beoordelen. Concluderend verzoekt de chirurg het gehele beroep te verwerpen en de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege te bevestigen.

4.5 Klager heeft tijdens de zitting weersproken dat zijn beroepschrift nieuwe klachten omvat. Volgens klager heeft het Regionaal Tuchtcollege zijn oorspronkelijke klacht te beperkt uitgelegd. Klager wil graag dat het Centraal Tuchtcollege al zijn klachtonderdelen beoordeelt.

4.6 Gelet op het voorgaande ziet het Centraal Tuchtcollege aanleiding alle klachtonderdelen, zoals in beroep door klager aan het Centraal tuchtcollege ter beoordeling zijn voorgelegd, beoordelen.

Opmerking vooraf

4.7 Klager heeft naar aanleiding van zijn behandeling in april 2024 klachten geformuleerd tegen drie chirurgen en een anesthesioloog. In de stukken is te lezen, en klager heeft dit tijdens de zitting in beroep bevestigd, dat het voor hem niet duidelijk was wie zijn regiebehandelaar was. Pas tijdens de behandeling van zijn klachten bij het Regionaal Tuchtcollege kreeg klager hierover meer duidelijkheid.

4.8 Het Centraal Tuchtcollege stelt vast dat de opname van klager zich kenmerkt door een gebrek

aan regie over verschillende vraagstukken, waaronder de pijnbehandeling en -bestrijding, maar ook het verloop van de behandeling en aanvankelijk de keuze van behandeling. Bovendien was het voor klager niet duidelijk tot wie hij zich kon richten met vragen. Uit de door klager overgelegde transcripties van verschillende gesprekken blijkt dat het voor de verpleging en de arts-assistenten ook niet altijd duidelijk was wie de regiebehandelaar was. Het Centraal Tuchtcollege is onder deze omstandigheden van oordeel dat er onvoldoende regie is gevoerd, terwijl sprake was van een patiënt met hoog complexe problematiek. Juist in deze situaties is het essentieel dat niet alleen voor klager, maar ook intern duidelijk is wie de regie voert over de behandeling. Voor het Centraal Tuchtcollege is het heel voorstelbaar dat bij klager daardoor het gevoel is ontstaan dat er onvoldoende kennis aanwezig was van en aandacht voor zijn specifieke situatie en klachten. Dit neemt niet weg dat het Centraal Tuchtcollege voor iedere chirurg en voor de anesthesioloog apart dient te toetsen en beoordelen in hoeverre dit gebrek aan regie aan deze arts kan worden verweten en in hoeverre dus sprake is van persoonlijke verwijtbaarheid.

Inhoudelijke beoordeling

Gebrek aan voorbereiding, dossierkennis en het ontbreken van een preoperatief gesprek

4.9 Klager voert aan dat de chirurg zijn voorbereiding en dossierkennis onvoldoende op orde had en niet met klager in gesprek is gegaan over de operatie en de bijzondere risico's in de complexe situatie van klager. Klager zag de chirurg pas in de operatiekamer en hoorde pas op dat moment van de chirurg dat er geen pijnblokkade zou worden geplaatst.

4.10 De chirurg betoogt dat hij wel degelijk op de hoogte was van de situatie van klager. Op 9 april 2024 vond het MDO plaats en is de situatie van klager uitvoerig besproken. Daarnaast heeft de chirurg kennis genomen van het medisch dossier. Tot slot heeft de chirurg zich op 9 april 2024 door de arts assistent laten informeren en heeft hij vastgesteld dat de preoperatieve screening heeft plaatsgevonden.

4.11 Tijdens de mondelinge behandeling in beroep heeft de chirurg verder aangevoerd dat hij klager samen met een arts-assistent op 9 april 2024 heeft gesproken. Klager heeft dit weersproken en ter onderbouwing hiervan gewezen op de geluidsopnamen en transcripties.

4.12 Het Centraal Tuchtcollege ziet in het medisch dossier, anders dan de chirurg, geen aanwijzingen dat de chirurg op 9 april 2024 bij het gesprek tussen de arts-assistent en klager aanwezig was. Uit de geluidsopnamen en de transcripties blijkt evenmin dat de chirurg bij dat gesprek aanwezig was. Onder deze omstandigheden gaat het Centraal Tuchtcollege er vanuit dat de chirurg klager voor het eerst op de operatiekamer heeft gezien en gesproken.

4.13 Het Centraal Tuchtcollege overweegt vervolgens dat het beter was geweest als de chirurg eerder met klager had gesproken en zelf aan klager had uitgelegd dat geen pijnblokkade kon worden geplaatst in verband met het risico op een compartimentssyndroom. Ook had de chirurg tijdens een eerder gesprek aan klager kunnen uitleggen dat er – in de specifieke situatie van klager – geen geschikte alternatieven beschikbaar waren. Dat de chirurg dit niet heeft gedaan, is echter onvoldoende voor een verwijt in tuchtrechtelijke zin. Dit betekent dat de klacht in zoverre ongegrond is.

Het niet toepassen van wondinfiltratie als onderdeel van een multimodaal pijnplan

4.14 Klager erkent dat het al dan niet toepassen van een regionale pijnblokkade primair behoort tot het domein van de anesthesioloog. Klager meent wel dat dit de chirurg echter niet van zijn eigen verantwoordelijkheid ontslaat om bij een risicopatiënt te borgen dat adequate pijnbestrijding wordt toegepast en de anesthesioloog aan te spreken als hij ziet dat het pijnplan onvoldoende is en zelf lokale wondinfiltratie toe te passen.

4.15 Het Centraal Tuchtcollege overweegt dat voorafgaand aan de operatie zowel het pijnteam als de anesthesioloog betrokken waren bij klager en dat de chirurg dit wist. De chirurg mocht er daarom op vertrouwen dat er een adequaat pijnplan zou zijn. Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat van de chirurg in redelijkheid niet verwacht kan worden dat hij het beleid van de anesthesioloog ten aanzien van het pijnbeleid monitort of corrigeert. Dat zou anders kunnen zijn als hij zou constateren dat de anesthesioloog niet bereikbaar of beschikbaar was. Dat was hier niet aan de orde. Toen klager na de operatie extreem veel pijn had, is de anesthesioloog bij hem langs geweest en heeft die de mogelijkheden besproken. De chirurg had hier geen rol in. Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

De ontslagbrief

4.16 Klager verwijt de chirurg verder dat hij zich in zijn ontslagbrief heeft uitgelaten over zijn complexe pijnmedicatie op een wijze die zijn deskundigheid en dossierkennis te buiten gaat, zonder voorafgaand overleg met de betrokken specialisten.

4.17 Het Centraal Tuchtcollege stelt vast dat de chirurg in zijn ontslagbrief de huisarts informeert over de opname en behandeling van klager. In deze brief leest het Centraal Tuchtcollege, anders dan klager, niet dat de chirurg schrijft dat sprake is van “een bijzondere combinatie van pijnstillers met veel risico’s.” Wel schrijft de chirurg dat klager veel verschillende soorten pijnmedicatie gebruikt en vraagt hij aandacht voor (een mogelijke) afbouw daarvan. Het Centraal Tuchtcollege acht dit niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. De chirurg heeft geen inhoudelijke uitspraken gedaan over de pijnmedicatie die klager gebruikt, maar de huisarts uitsluitend gevraagd om aandacht te besteden aan de mogelijkheden van afbouw. Het staat de chirurg vrij om in een ontslagbrief aandacht te vragen voor mogelijke zorgpunten die tijdens de opname zijn geconstateerd. Hierbij is wel van belang dat eventuele zorgpunten die buiten de expertise van de betreffende specialist vallen terughoudend worden geformuleerd en geen inhoudelijke adviezen bevatten. Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat de chirurg in de wijze waarop hij aandacht vraagt voor (mogelijke afbouw van) de medicatie voldoende terughoudend is geformuleerd en, gelet op de voortdurende discussie over de omvang en wijze van pijnbestrijding tijdens de opname, ook alleszins passend is.

Conclusie

4.18 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het beroep van klager niet kan slagen.

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 Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is genomen door Z.J. Oosting, voorzitter, T.W.H.E. Schmitz en M.C. Stoové, leden-juristen, en M.M. van der Eb en H.K. Jap-A-Joe, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door M. van Esveld, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 22 juli 2026.

Voorzitter

Secretaris