



NIET -
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/
AFGEWEZEN

Tegenspraak hoort bij het vak

Hieronder een uitspraak die voor de niet-orthopeden onder u wellicht moeilijk te duiden is. Wie het fijne wil weten van Maisonneuve- versus hoge Weber-C-fracturen en plaatjes versus stelschroeven, kan de hele zaak online vinden. Kort gezegd gaat het om een jongeman die een enkelbreuk heeft opgelopen bij rugby. Hij komt bij een orthopeed die veel affiniteit heeft met sportletfels. Die opereert hem, en daarbij ontstaat een nare arteriële bloeding. Die wordt gestelpt, maar een stent is nodig. Dat betekent dat de man nu niet meer kan rugbyen.

In de tuchtzaak draait het om twee vragen: koos de orthopeed de juiste operatietechniek, en is hij daarbij zorgvuldig te werk gegaan? Duidelijk is dat de arts, die ongetwijfeld de beste bedoelingen had, voor een onconventionele techniek koos. Het Centraal Tuchtcollege vindt die keuze onjuist: er is geen eenduidig bewijs dat deze een beter resultaat zou opleveren, terwijl de risico's wel hoger zijn. Interessant genoeg verwijt het regionaal tuchtcollege de orthopeed ook dat hij te solistisch is opgetreden bij het maken van zijn keuze: hij zou deze niet serieus hebben

besproken met collega's, en onvoldoende tegenspraak hebben georganiseerd. Het Centraal Tuchtcollege oordeelt wat dat betreft minder streng: als zijn collega's tijdens de patiëntbesprekingen geen bedenkingen hebben geuit, is dat niet de verantwoordelijkheid van de arts.

Klopt, maar enige tegenspraak is hoe dan ook gezond. Als u die nooit krijgt, kan dat twee dingen betekenen:

1. U bent fantastisch. Of 2. Uw collega's durven geen kritiek meer te uiten.

Sophie Broersen, arts/journalist
Diederik van Meersbergen, jurist

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 24 november 2015

(ingekort door redactie Medisch Contact)

Beslissing in de zaak onder nummer C2015.102 van A, orthopeed, werkzaam te B, appellant, verweerder in eerste aanleg, (...), tegen de Inspectie voor de Gezondheidszorg, (...).

01

Verloop van de procedure

(...)

02

Beslissing in eerste aanleg

(...)

'2 De feiten

(...)

2.2 Op 16 september 2012 bezocht de patiënt, geboren in 1986, de Spoedeisende Hulp (hierna SEH) van het G in verband met een enkelblessure die hij had opgelopen tijdens een rugbywed-

strijd. Patiënt beoefende deze sport op hoog niveau. Op de SEH werd na lichamelijk en beeldvormend onderzoek vastgesteld dat sprake was van een "enkel luxatie fractuur neurovasculair intact zonder huidletsel". Omdat het niet lukte om de enkel en het onderbeen weer in positie te krijgen, is patiënt verwezen naar de ok, voor een onbloedige repositie. In het verslag van deze operatie is voor zover van belang vermeld: "*repositie in 90 graden en u-spalk onder doorlichting in goede stand tevens hoge fibula # Vasculair intact met pulsaties en refill (...)*". De postoperatieve conclusie luidde voor zover van belang: "*Weber C maisonneuve # rechts malleolus tertius intact (...)*".

2.3 Patiënt is op zijn verzoek verwezen naar verweerder, vanwege diens affiniteit met sportletfels.

2.4 Op 27 september 2012 is patiënt geopereerd door verweerder. In het operatieverslag is hierover door verweerder – voor zover van belang – het volgende vermeld onder het kopje indicatie: "*Weber C luxatie # met mediale malleolus #. De mebrana interossea is derhalve volledig verscheurd. Volgens East Lancashire foot and ankle Hyperbook is bij dergelijke instabiele # # het aan te raden de fibula te fixeren met plaat en schijven, wanneer de fibula # zich meer dan 4,5 cm*

boven de enkelvork bevindt.” Onder het kopje verrichting(en): “(...) WEBER B/C ENKELFRACTUUR (OPEN REPOSITIE EN FIXATIE) (rechts).”

2.5 Tijdens de operatie, die volgens het verslag 4 uur en 18 minuten heeft geduurd, is vaatletsel opgetreden van de truncus tibiofibularis. Verweerder heeft in verband hiermee een vaatchirurg en interventieradioloog gevraagd voor assistentie. Het vaatletsel (een gat aan de posterolaterale zijde van het infragenuale deel van de arteria poplitea) zou idealiter gedicht moeten worden door een *self-expandable* 6 mm *covered* stent. Deze was in het G niet voorhanden en moest door een bedrijf in Breda worden gebracht. Hierdoor ontstond een vertraging van ruim twee uur. Uiteindelijk bleek de geleverde stent niet van het juiste type, in plaats van een *self-expandable* stent is een *balloon-expandable* stent geleverd. Deze stent is bij patiënt ingebracht, omdat het medisch niet verantwoord was om langer op de juiste stent te wachten in verband met het behoud van het onderbeen. (...)

2.10 In verband met het beloop van de operatie is door het ziekenhuis op 5 november 2012 een calamiteitenmelding gedaan bij klaagster. Tevens is naar aanleiding van de eerdergenoemde MIP-melding door het G op 27 november 2012 een Decentrale Analyse Methode (DAM) gestart. (...)

2.11 Klaagster heeft naar aanleiding van de calamiteitenmelding onderzoek gedaan naar de operatie op 27 september 2012. In het kader van dit onderzoek is aan prof. dr. F een medische expertise gevraagd, op basis van het geanonimiseerde dossier van patiënt. F concludeert in het rapport op basis van de röntgenopname van 16 september 2012 dat bij patiënt sprake is van een enkelfractuur met een hoge fibulafractuur, type Maisonneuve-fractuur. In antwoord op de vraag wat een algemeen aanvaarde behandelingsmethode is voor dit type fractuur wordt vermeld dat een operatieve stabilisatie van de hoge fibulafractuur onnodig is en kan leiden tot complicaties zoals een nervus peroneuslaesie. In antwoord op de vraag of het opgetreden arterieel letsel moet worden geduid als een complicatie, die kan optreden ondanks een zorgvuldige operatietechniek dan wel als een kunstfout, schrijft F: “Hoewel ik mij zeker niet als deskundige op het gebied van de vaatchirurgie of arteriografie beschouw, lijkt er op de opnames van 27 september 2012 een laesie te zijn opgetreden in de arteria poplitea. De plaat is van lateraal ingebracht, zodat de enige verklaring voor een dergelijk letsel het uitschieten van de boor zou kunnen zijn. Als dat zo geweest is, dan wil ik dat toch als een kunstfout betitelen. De boor dient altijd ondersteund te worden door de andere hand. Dit leidt normaal gesproken niet tot zover doorschieten van de boor dat deze een arte-

rie zou kunnen perforeren. Er kan dan geen sprake zijn geweest van een zorgvuldige operatietechniek. (...)”

2.12 In verband met de geplaatste stent is het voor patiënt onmogelijk om nog contactsporten uit te oefenen. Daarnaast is sprake van postoperatief zenuwletsel van de nervus peroneus. Voor het opgetreden vaatletsel is door MediRisk aansprakelijkheid erkend. (...)

5 De overwegingen van het college

(...)

5.3 Het college moet beoordelen of een redelijk bekwaam en redelijk handelend orthopeed bij patiënt – gegeven de complexe fractuur – had mogen kiezen voor de laatstgenoemde operatietechniek, mede in aanmerking genomen de daarbij behorende risico's op onder meer vaat- en zenuwletsel, die zich bij patiënt hebben verwezenlijkt.

Het college is van oordeel dat binnen de beroepsgroep van orthopedisch chirurgen, zoals ook de getuige-deskundige F heeft verklaard, het niet de standaard is om een plaat aan te brengen zoals verweerder heeft gedaan. Echter, het enkele gebruik van een afwijkende operatietechniek is op zichzelf beschouwd onvoldoende reden voor een geslaagd tuchtrechtelijk verwijt, mits de techniek conform de regelen der kunst wordt uitgevoerd en een goede onderbouwing bestaat voor de afwijking van de standaard in dat specifieke geval. Dit laatste brengt met zich mee dat aan het traject dat zich afspeelt voorafgaand aan het inzetten van een dergelijke ongebruikelijke techniek hoge eisen van zorgvuldigheid worden gesteld. Dit betekent dat voldoende moet worden onderbouwd waarom in een uitzonderlijk geval voor een dergelijke techniek wordt gekozen. Ook kan onder omstandigheden van de arts worden verlangd dat hij de afwegingen die ten grondslag liggen aan zijn keuze laat toetsen in een intercollegiaal overleg. De arts moet inventariseren welke risico's een dergelijke ingreep met zich meebrengt mede in vergelijking tot een meer gebruikelijke techniek en moet een inschatting maken van wat het te verwachten resultaat is van deze beide technieken. Dit alles dient door de arts in het dossier te worden gedocumenteerd en uitvoerig te worden besproken met de patiënt in kwestie, in verband met het vereiste van “informed consent” waaraan in het geval van ongebruikelijke behandelingen hogere eisen worden gesteld.

5.4 Het college kan zich niet aan de indruk onttrekken dat verweerder bij het bepalen van zijn koers voorafgaand aan deze operatie solistisch is opgetreden. Verweerder heeft ter zitting

verklaard dat de (afwijkende) techniek door hem is besproken tijdens de patiëntenbespreking, maar dat zijn collegae de keuze aan hem overlieten. IGZ betoogt dat deze patiëntenbespreking niet heeft plaatsgevonden, maar nu het niet gebruikelijk is daarvan aantekening te maken, kan door het college niet worden vastgesteld of dit wel of niet het geval is geweest. Uit wat verweerder daarover heeft verklaard, kan in ieder geval worden opgemaakt dat de voorgenomen operatietechniek niet serieus is besproken en door collega's kritisch tegen het licht is gehouden. Het college is van oordeel dat het op de weg van verweerder lag om zelf voldoende tegenspraak te organiseren, zodat zijn voorgenomen afwijkend handelen hieraan zou kunnen worden getoetst. Wel zou verweerder voorafgaande aan de operatie literatuuronderzoek hebben gedaan, waarover in het medisch dossier echter niets is terug te vinden, maar los daarvan zijn deze artikelen een onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing voor de aanpak die verweerder heeft gekozen. Wat de precieze gang van zaken is geweest tijdens het voortraject en welke overwegingen verweerder op dat moment ten grondslag heeft gelegd aan de keuze voor zijn operatietechniek blijft ongewis, omdat hiervan geen aantekeningen zijn terug te vinden in het dossier. Dit geldt ook voor de informatie die over de desbetreffende afwijkende techniek aan de patiënt is medegedeeld. Patiënt heeft desgevraagd in het kader van het inspectieonderzoek verklaard dat hem van tevoren niets is medegedeeld over de operatietechniek en de daarbij behorende risico's. Nu hierover in het dossier niets is te vinden, neemt het college aan dat dit inderdaad niet is gebeurd.

5.5 Op grond van het vorenstaande komt het college tot de conclusie dat verweerder zijn keuze voor zijn operatietechniek waarover gezegd kan worden, mede gelet op wat de getuigedeskundige heeft verklaard, dat deze binnen de beroepsgroep niet als standaard is aanvaard juist vanwege de daaraan verbonden grote risico's, onvoldoende heeft onderbouwd. (...)'

03

Vaststaande feiten en omstandigheden

(...)

04

Beoordeling van het hoger beroep

(...)

4.4 In hoger beroep ligt opnieuw de vraag voor of de door de arts gekozen operatietechniek lege artis is. Het Centraal Tuchtcollege neemt hier datgene over wat het regionaal tuchtcollege hieromtrent onder 5.1 en 5.2 heeft overwogen en voegt daaraan het volgende toe.

De arts heeft in de stukken en ook ter zitting in hoger beroep uitgebreid uiteengezet waarom hij de door hem gehanteerde operatietechniek, waarbij de fibula is gefixeerd met een DC-

plaat, in het onderhavige geval de meest aangewezen operatietechniek heeft geacht en heeft verkozen boven een ingreep waarbij één of twee stelschroeven geplaatst worden. De arts heeft daarbij naar literatuur verwezen en heeft voorts gesteld zich bij zijn keuze gebaseerd te hebben op het AMC-protocol 'Fracturen bij volwassenen' waar op pagina 53, in het hoofdstuk 'Enkelfracturen', staat vermeld: 'Fracturen meer dan 10 cm boven de syndesmoose worden gestabiliseerd met een 3,5 DCP of LCP'. De arts heeft daarbij aangegeven dat de fractuur zich in een overgangsgebied bevond: 'te laag' om de fractuur te duiden als een Maisonneuve-fractuur (waarvoor volgens het AMC-protocol het plaatsen van stelschroeven geïndiceerd is) en 'te hoog' om te voldoen aan de kenmerken van een fractuur die volgens genoemd protocol wordt gestabiliseerd met een DC- of een LC-plaat.

De arts heeft voorts gesteld dat hem uit eigen ervaring bekend is dat bij een fractuur die is gestabiliseerd met stelschroeven vaker artrose optreedt dan bij een fractuur die is gestabiliseerd door middel van een plaat. Deze laatste stelling van de arts wordt ter zitting onderschreven door deskundige E. Deskundige F stelt daarentegen, eveneens ter zitting, dat voor deze stelling geen wetenschappelijke onderbouwing voor handen is.

4.5 Met betrekking tot het door de arts gestelde overweegt het Centraal Tuchtcollege als volgt. Voorop dient te worden gesteld dat er voor de stelling dat minder artrose optreedt na een fixatie met een DC-plaat dan na het plaatsen van één of twee stelschroeven (ook) naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege geen eenduidig wetenschappelijk bewijs voorhanden is. Door voorafgaand aan de operatie een literatuurstudie op dit punt te verrichten, heeft de arts de operatie weliswaar zorgvuldig willen voorbereiden, maar de door hem overgelegde literatuur biedt onvoldoende onderbouwing voor zijn voornoemde stelling. De gekozen operatietechniek levert daarmee geen bewezen beter resultaat op dan wanneer gekozen wordt voor fixatie door middel van stelschroeven. Daarentegen is er in de literatuur wel consensus over de aanwezigheid van een verhoogd risico op, met name, peroneusletsel bij de door de arts in het onderhavige geval gekozen operatietechniek.

4.6 Voor wat betreft de stelling van de arts dat hij zijn keuze heeft gebaseerd op voornoemd AMC-protocol overweegt het Centraal Tuchtcollege als volgt. De arts heeft gesteld (zoals hiervoor in 4.4 omschreven) dat de fractuur zich in een overgangsgebied bevond: te laag voor een Maisonneuve en te hoog voor het type fractuur waar volgens het protocol stabilisering met een plaat geïndiceerd is. Het Centraal Tuchtcollege deelt die inschatting. Uit het protocol valt naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege niet af te leiden dat de door de arts gekozen operatietechniek de aangewezen keuze was, nu het protocol niet specifiek op deze breuk zag. Er was sprake van een fractuur in een overgangsgebied en het was daarom aan de arts een afweging te maken tussen enerzijds fixatie door middel van een

DC-plaat en anderzijds fixatie door middel van een of meer stelschroeven.

4.7 In het licht van het hiervoor gestelde, te weten geen wetenschappelijk bewezen beter resultaat in combinatie met een verhoogd risico op (ernstige) complicaties bij fixatie door middel van een DC-plaat, kwalificeert het Centraal Tuchtcollege de door de arts gemaakte keuze voor fixatie door middel van een DC-plaat als onjuist. (...)

4.8 Hetgeen de arts ter zitting heeft verklaard over de patiënten-besprekingen, waar de onderhavige casus door de arts tweemaal aan de orde is gesteld, geeft het Centraal Tuchtcollege, anders dan het college in eerste aanleg, geen aanleiding te oordelen dat de arts de voorgenomen operatietechniek niet serieus met zijn collega's heeft besproken. Het feit dat deze collega's hiertegen geen bedenkingen hebben geuit kan de arts niet worden tegen-geworpen. Voor zover het beroep van de arts zich tegen dit oor-deel van het regionaal tuchtcollege richt slaagt het.

4.9 Al het voorgaande tezamen leidt tot de volgende beslissing. Ook het Centraal Tuchtcollege is overtuigd van de goede intenties van de arts. Dat neemt niet weg dat de arts met zijn keuze voor een risicovolle, ongebruikelijke techniek, waarbij bovendien geen beter resultaat te verwachten was dan bij de keuze voor een operatietechniek met (veel) minder risico, tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. (...)

05

Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

- verwerpt het beroep;
- handhaaft de in eerste aanleg opgelegde maatregel van berisping; (...)

Deze beslissing is gegeven door mr. J.M. Rowel-van der Linde, voorzitter, mr. A.R.O. Mooy en mr. drs. R. Prakke-Nieuwenhuizen, leden-juristen, dr. R.M. Bloem en dr. W.J. Rijnberg, leden-beroepsgenoten, en mr. M.D. Barendrecht-Deelen, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 24 november 2015. ■

web

De volledige tekst van deze uitspraak staat op medischcontact.nl/tuchtrecht. Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

Voor meer uitspraken zie tuchtrecht.nl.

OPVALLENDE UITSPRAKEN

● Dwangbehandeling tbs'er terecht

Een tbs-gestelde heeft een dwangbehandeling ondergaan en klaagt daarover bij het tuchtcollege. Zijn klaagschrift voldeed niet aan de eisen; na verzoek van het regionaal tuchtcollege om verduidelijking geeft hij aan dat hij zijn behandelend psychiater aanklaagt, maar een naam noemt hij niet. Het RTC verklaart klager hierop niet-ontvankelijk. Het Centraal Tuchtcollege verklaart klager toch ontvankelijk: in beroep heeft klager alsnog de naam van zijn psychiater genoemd en zijn klacht was ook voldoende duidelijk, getuige het feit dat de psychiater in zijn verweerschrift ook verweer heeft gevoerd. Het CTG doet de zaak zelf af: dwangbehandeling was noodzakelijk en is volgens protocol uit-gevoerd. Klacht ongegrond.

CTG 16 februari 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:86

● Klacht tegen bestuursvoorzitter ziekenhuis

Klaagster, die in de loop van deze tuchtprocedure is overleden, is in het ziekenhuis opgenomen geweest. In die periode zijn er decubituswonden op de binnenkant van haar knieën en linker-voet ontstaan. De klachtencommissie heeft de klacht hierover ongegrond verklaard. Bij het tuchtcollege wordt erover geklaagd dat de arts als voorzitter van de raad van bestuur van het ziekenhuis heeft verzuimd de duidelijke misstanden onder zijn perso-neel te corrigeren en daarom hoofdverantwoordelijke is voor de wanordelijke toestanden in zijn organisatie. Volgens klaagster heeft de klachtencommissie haar bevindingen op verkeerde informatie vanuit het ziekenhuis gebaseerd. Het regionaal tucht-college heeft de klacht afgewezen, omdat onvoldoende is onder-bouwd op welke wijze verweerder had moeten veronderstellen dat de klachtencommissie tot een verkeerd oordeel was geko-men. Niet is gebleken dat verweerder onvoldoende toezicht heeft gehouden op de in zijn ziekenhuisorganisatie verleende zorg. Verweerder heeft gehandeld conform de klachtenregeling van het ziekenhuis. Het Centraal Tuchtcollege verwerpt het beroep.

CTG 18 februari 2016 ECLI:NL:TGZCTG:2016:95

Elke week selecteren KNMG-juristen opvallende uitspraken in het gezondheidsrecht. Een volledig overzicht kunt u vinden op medischcontact.nl/recht Tegen uitspraken van regionale tuchtcolleges kan tot zes weken na de uitspraak nog hoger beroep worden aangekend.

