

Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Nr. C2015.102

Beslissing in de zaak onder nummer C2015.102 van:

A., orthopeed, werkzaam te B., appellant, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde: mr. M.J. de Groot, verbonden aan de Stichting VvAA Rechtsbijstand te Utrecht, tegen

De INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG, vertegenwoordigd door mr. C. en dr. D., kantoorhoudende te E., verweerster in hoger beroep, klagster in eerste aanleg.

1. Verloop van de procedure

De Inspectie voor de Gezondheidszorg – verder te noemen: de Inspectie – heeft op 5 augustus 2014 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen A. – hierna de arts – een klacht ingediend. Bij beslissing van 11 november 2014, onder nummer 14/267, heeft dat College de klacht gegrond verklaard, aan de arts een berisping opgelegd en publicatie van de beslissing gelast.

De arts is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De Inspectie heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 6 oktober 2015, waar zijn verschenen de arts, bijgestaan door mr. De Groot voornoemd, en van de zijde van de Inspectie mr. C. en dr. D. voornoemd. Ter zitting in hoger beroep zijn de volgende partijdeskundigen gehoord: aan de zijde van de arts drs. E., traumachirurg, gespecialiseerd in voet- en enkeltrauma's en aan de zijde van de Inspectie prof. dr. F., orthopedisch chirurg. De deskundigen hebben de eed respectievelijk de belofte afgelegd.

De zaak is over en weer bepleit waarbij partijen hun pleitnotities aan het Centraal Tuchtcollege hebben overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

"2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

- 2.1 *Verweerder was – ten tijde van het handelen waarover wordt geklaagd – werkzaam als orthopedisch chirurg in het G. Ziekenhuis, hierna G. Verweerder heeft in de jaren 2010, 2011 en 2012 in totaal 5 enkelfracturen geopereerd. In de jaren 1990-2010 waren dat er minimaal 75. Verweerder maakte deel uit van de maatschap orthopedie, destijds bestaande uit vier orthopeden.*
- 2.2 *Op 16 september 2012 bezocht de patiënt, geboren op 4 november 1986, de Spoedeisende hulp (hierna SEH) van het G. in verband met een enkelblessure die hij had opgelopen tijdens een rugbywedstrijd. Patiënt beoefende deze sport op hoog niveau. Op de SEH werd na lichamelijk en beeldvormend onderzoek vastgesteld dat sprake was van een "enkelluxatief-ractuur 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 sportlet-sels.*
- 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 tibio-fibularis. 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 6mm covered stent. Deze was in het G. niet voorhanden en moest door een bedrijf in Breda worden gebracht. Hierdoor ontstond een vertraging van ruim 2 uur. Uiteindelijk bleek de geleverde stent niet van het juiste type, in plaats van een selfexpandable 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.

- 2.6 In het operatieverslag is over het verloop van de operatie het volgende vermeld: "Algeheel Anaesthesie, steriel afdekken, rug-ligging, zandzakjes onder de rechter bil. Geen bloedleegte. Beginnen met laterale hoge incisie op geleide van BV, voorzichtig tussen anticus loge en gastrocnemius bereiken van de fibula, die zeer voorzichtig stap voor stap wordt vrijgemaakt subperiostaal. De # is verkort en geroteerd. Met enige moeite wordt de fractuur op lengte gebracht en onderhouden met repositie-klemmen. Langste DC plaat voorbuigen en fixeren met 2x proximaal en 2x distaal schroef. Goede fixatie. Bij verwijderen meest proximale Hohman, die strak over het bot was geplaatst ontstaat een arteriële bloeding, waarvoor bovenstaand scenario ontstaat. Er ontstaat in korte tijd bijna 2 l bloedverlies. De chirurgen brengen de bloeding onder controle, de wond wordt voorzichtig naar proximaal verlengd en de zijtak van de n. Peroneus, ramus anterior wordt voorzichtig vrijgehouden. Met contrast wordt via catheterisatie het vaatlek vastgesteld. Dit wordt verzorgd met de 6 mm covered stent. Tijdens de procedure wordt regelmatig de intra-arteriële ballon losgemaakt voor doorbloeding, iedere 15 min. De bloeding is inmiddels veel minder, maar dat kan door tijdelijk vaatspasme. De spieren in het onderbeen blijven mooi van kleur. Vervolgens continueren van de osteosynthese. Mediaal openen, subperiostaal vrijmaken, schoonmaken#, reponeren en fixeren met 2 x gecanuleerde Schroef 45 mm met halve winding. Goede fixatie, controle onder BV. Daarna via steekincisie plaatsen van 1 stelschroef 55 mm corticalis met volledige winding over 3 cortices met de voet maximaal in dorsoflexie. (.)"
- 2.7 Patiënt is na afloop van de operatie ter observatie voor een nacht opgenomen op de Intensive Care Unit, hierna ICU waarna hij naar de afdeling is overgeplaatst.
- 2.8 Op 28 september 2012 is ter controle een foto gemaakt van het rechter onderbeen. Het radiologieverslag vermeldt hierover – voor zover van belang – in de aanvraag onder het kopje klinische gegevens: "Gaarne 28-9 plannen! St na ok weber C luxatiefractuur met groot los fibulafragment waarvoor plaat op fibula, 2 trekschroeven in mediale malleolus en 1 stelschroef tri-corticaal, gecompliceerd door artirieel vaatletsel vv stentplaatsing.(.)" en onder het kopje verslag heeft de radioloog vermeld: "Na Weber-C luxatiefractuur, twee trekschroeven Onderbeen rechts. Goede stand van de fibula met osteosynthesemateriaal.(.)"
- 2.9 De toelatingsovereenkomst met het G. is op 1 oktober 2012 geëindigd. Verweerder heeft patiënt tijdens zijn laatste werkdag op de ICU bezocht en diens moeder en vriendin gesproken. Ook heeft hij zijn contactgegevens gegeven zodat patiënt contact met hem kon opnemen indien deze dit wenste. Verweerder heeft verteld dat hij van het gebeurde een melding had gedaan bij de MIP-commissie van het G.
- 2.10 In verband met het beloop van de operatie is door het ziekenhuis op 5 november 2012 een calamiteitenmelding gedaan bij klaggster. Tevens is naar aanleiding van de eerdergenoemde MIP-melding door het G. op 27 november 2012 een Decentrale Analyse Methode (DAM) gestart. Hierbij is verweerder vanwege zijn vertrek niet betrokken. In het rapport dat naar aanleiding van de analyse is opgesteld, is vermeld als basisoorzaak van het incident: "Optreden van een complicatie bij een proximale benadering van de fixatie van de fibula fractuur". Onder het kopje "toelichting op de basisoorzaken" is vermeld: "De oorzaak van de bloeding is niet te achterhalen. Het vaatletsel zat op een dusdanige locatie dat inspectie onmogelijk was. Hierdoor kan alleen gespeculeerd worden of de laesie ontstaan is door bijvoorbeeld het foutief plaatsen van de Hohmann, door het boren, door het plaatsen van een schroef, door de fractuur zelf of door het reponeren van de fractuur. Bij een proximale benadering van een fibulafractuur is er een reële kans op vaat-of zenuwletsel door het opereren in nabijheid van de vaatzenuwstreng. De proximale fixatie van de fibulafractuur bij deze patiënt is een weloverwogen beslissing geweest.
- 2.11 De hoofdoperateur refereert in het operatieverslag naar literatuur waarin de indicatie hiervoor beschreven wordt." Klaggster 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 27-09-2012 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 arterie 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.
3. De klacht en het standpunt van klaagster
Zijdens IGZ is ter zitting verklaard dat de klacht zich toespitst op het verwijt dat verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorgvuldigheid die hij ten opzichte van de patiënt behoorde te betrachten. In het bijzonder gaat het volgens de IGZ er om dat verweerder patiënt een geldende behandeling heeft onthouden en heeft blootgesteld aan extra risico's door in afwijking van de gangbare operatietechniek bij dit type enkelfractuur bij patiënt het bovenste deel van de fibula (kuitbeen) te fixeren met een plaat met schroeven.
4. Het standpunt van verweerder
Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan. Verweerder stelt zich, samengevat, op het standpunt dat zijn operatietechniek wel de juiste was. Er was geen sprake van een typische Maisonneuve fractuur. De fractuur bevond zich niet volledig in het bovenste een derde gedeelte van het kuitbeen, maar in het middelste en het bovenste deel. Het was vrijwel onmogelijk om de enkelvork zowel op goede lengte als in de goede rotatiestand te fixeren met alleen een stelschroef. Hij heeft daarom gekozen voor een techniek waarbij de fractuur van het kuitbeen met een plaat met schroeven werd gefixeerd. Hij heeft voorafgaand aan deze beslissing literatuur onderzoek gedaan en zijn bevindingen met de aanwezige collega's van de maatschap besproken. Bij de operatie is het letsel niet veroorzaakt door de boor, maar door een braam aan een Hohmann, aldus verweerder.
5. De overwegingen van het college
 - 5.1 Het college wijst er bij de inhoudelijke beoordeling 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.
 - 5.2 Kern van de klacht is of de door verweerder gekozen operatietechniek lege artis is. Het college oordeelt daarover als volgt. In het midden kan blijven of sprake was van een klassieke Maisonneuve fractuur of een hoge Weber C fractuur. Dat vindt steun in de verklaring van de getuige-deskundige F. die desgevraagd heeft verklaard dat het soort fractuur, Weber C of zuivere Maisonneuve meer een semantische discussie betreft en dat het voor het antwoord op de vraag welke operatietechniek moet worden gebruikt niet zozeer van belang is. Als vaststaand kan immers worden aangenomen dat bij patiënt sprake was van een complexe enkelfractuur volgens het Maisonneuve principe. Dat volgt onder meer uit het operatieverslag van de repositie. Dit principe houdt in dat de fractuur in het enkelgewricht ontstaat en vervolgens door de weke delen, de membrana interossea cruris tussen de fibula en tibia (band tussen kuit- en scheenbeen) doorloopt tot hoog in het onderbeen en een hoge fibula (kuitbeen) fractuur veroorzaakt.
In het geval van patiënt bevond de fractuur zich zowel in het bovenste een derde deel als in het middelste deel van het kuitbeen en was sprake van een lang en los botfragment. Verweerder heeft, omdat de fractuur zich zowel in het middelste als in het bovenste deel van het kuitbeen bevond, een andere operatietechniek toegepast dan door de beroepsgroep is aanvaard bij een enkelfractuur met het Maisonneuve principe. Bij een dergelijke fractuur geldt als standaard in de beroepsgroep, zoals in het destijds vigerende Protocol Fracturen bij Volwassenen door het AMC ook is vastgelegd, dat uitgangspunt moet zijn het anatomisch herstel van de enkelvork, waarbij herstel van het laterale deel van de enkelvork door middel van één of twee stelschroeven als voldoende wordt beschouwd. Anatomisch herstel van de meer proximale (richting de knie) fractuur in het kuitbeen door middel van een plaatconstructie is daarbij niet nodig en dient vermeden te worden nu dit laatste risicoverhogend is gezien de uitgebreide neurovasculaire structuren in dit gebied.
Verweerder stelt dat, omdat geen sprake was van een Maisonneuve fractuur hij – na raadpleging van literatuur en na overleg met collegae – heeft gemeend de kuitbeenfractuur te moeten fixeren met een plaat met schroeven. Verweerder heeft die keuze gemaakt, omdat

- het volgens hem onmogelijk was om de fibula zowel op lengte te krijgen als te deroteren met behulp van de stelschroeven in het enkelgewricht alleen. Verweerder heeft daarbij ter zitting verklaard dat patiënt een topsporter was en dat hij beoogd heeft om de fibula in anatomische stand te krijgen, om de kans op artrose in het enkelgewricht te minimaliseren.
- 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 laatst genoemde 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 operatie techniek 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 over lieten. 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 collegae 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 literatuur onderzoek 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 getuige-deskundige heeft verklaard, dat deze binnen de beroepsgroep niet als standaard is aanvaard juist vanwege de daaraan verbonden grote risico's, onvoldoende heeft onderbouwd. Daarbij heeft verweerder nagelaten om deze onderbouwing en de bespreking van de risico's van de operatie en de operatietechniek met de patiënt vast te leggen in het dossier, zoals de wet vereist op grond van art. 7:453 BW, waardoor het college aanneemt dat de patiënt niet is geïnformeerd over de afwijkende operatie techniek en de daaraan verbonden risico's. Alhoewel dit geen klachtonderdeel is, wil het college wel opmerken dat verweerder het belang van zijn patiënt om deelgenoot te zijn van de keuzes die door de arts gemaakt worden in het kader van het "informed consent" heeft veronachtzaamd. Te meer nu het gaat om een onconventionele techniek met aanzienlijke risico's lag het op de weg van verweerder om niet in zijn eentje zijn plan te trekken maar terzake samen met anderen, waaronder de patiënt, een afgewogen keuze te maken.
- Achteraf is niet meer vast te stellen wat de precieze oorzaak is van het vaatletsel dat tijdens de operatie is opgetreden en van de zenuwshade die postoperatief is vastgesteld. Wel kan worden vastgesteld dat met de keuze die verweerder heeft gemaakt voor een afwijkende techniek het risico op het ontstaan van het vaatletsel en de zenuwshade in het leven is geroepen, dat zich heeft verwezenlijkt en voor patient ingrijpende gevolgen heeft.
- 5.6 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in

strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens de patiënt had behoren te betrachten. Hoewel het college geen twijfels heeft over de goede intenties waarmee verweerder heeft gehandeld en verweerder het verloop van de operatie ernstig betreurt, heeft het college niet de indruk gekregen dat verweerder voldoende doordrongen is van het aandeel dat hij hierin heeft gehad door geheel op eigen gezag te beslissen om deze risicovolle, ongebruikelijke techniek toe te passen. Ter terechtzitting heeft verweerder op dit punt onvoldoende zelfinzicht getoond nu hij onder verwijzing naar een verklaring van een collega uit het AMC blijft volharden in zijn keuze. Dit maakt dat niet kan worden volstaan met een eenvoudige waarschuwing en dat het college de maatregel van berisping passend en geboden acht. Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekendgemaakt."

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

De arts heeft in beroep bezwaren geuit tegen de vaststelling van de feiten door het Regionaal Tuchtcollege. Het Centraal Tuchtcollege is echter van oordeel dat overweging "2. De feiten" van de beslissing in eerste aanleg een adequate weergave geeft van de feiten die relevant zijn voor de beoordeling van het voorliggende geschil. Het Centraal Tuchtcollege zal voor de beoordeling van het beroep daarom van die feiten uitgaan.

4. Beoordeling van het hoger beroep

- 4.1 De arts is onder aanvoering van diverse beroepsgronden in beroep gekomen van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege, waarbij de klacht van de Inspectie in zijn geheel gegrond is verklaard en aan de arts een berisping is opgelegd. Het beroep strekt ertoe dat de klacht alsnog ongegrond wordt verklaard, althans dat bij gegrondverklaring aan de arts een lagere of geen maatregel wordt opgelegd.
- 4.2 De Inspectie heeft in hoger beroep verweer gevoerd. Zij concludeert tot verwerping van het beroep van de arts en tot bevestiging van de bestreden beslissing.
- 4.3 Van beide deskundigen bevindt zich een schriftelijke rapportage in het dossier.
- 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 over datgene 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 1 of 2 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 "Enkel fracturen", staat vermeld: "Fracturen meer dan 10 cm boven de syndesmose 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 1 of 2 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, peroneus letsel 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. Het Centraal Tuchtcollege volgt het Regionaal Tuchtcollege dan ook in het oordeel dat de klacht in zoverre gegrond is.
- 4.8 Hetgeen de arts ter zitting heeft verklaard over de patiëntenbesprekingen, 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 tegengeworpen. Voor zover het beroep van de arts zich tegen dit oordeel 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. Dit betekent dat het Centraal Tuchtcollege de gronden van de beslissing zal aanvullen overeenkomstig hetgeen hiervoor onder rechtsoverweging 4.5 tot en met 4.8 is overwogen. Het feit dat het beroep van de arts deels slaagt is voor het Centraal Tuchtcollege evenwel geen aanleiding een andere maatregel op te leggen dan het Regionaal Tuchtcollege heeft gedaan: de maatregel van berisping acht het Centraal Tuchtcollege op zijn plaats.
- 4.10 Om redenen aan het algemeen belang ontleend gelast het Centraal Tuchtcollege de publicatie van deze uitspraak.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

verwerpt het beroep;

handhaaft de in eerste aanleg opgelegde maatregel van berisping;

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 gegeven door: mr. J.M. Rowel-van der Linde, voorzitter, mr. A.R.O. Mooy en mr. drs. R. Prakke-Nieuwenhuizen, leden juristen en 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.

Voorzitter

Secretaris