

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 268/2011

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 7 maart 2013 naar aanleiding van de op 18 oktober 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,

k l a g e r

-tegen-

**C**, chirurg, werkzaam te B,  
bijgestaan door mr. E.P. Haverkate, advocaat bij Stichting VvAA rechtsbijstand te Utrecht,

v e r w e e r d e r

#### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift;
- het verweerschrift;
- de repliek met de bijlagen;
- de dupliek;
- het medische dossier;
- het proces-verbaal van het vooronderzoek dat gehouden is op 10 december 2012, met aangehecht de door D op 29 februari 2009 opgestelde rapportage en de dupliek in de zaak van klager tegen D (107/2012).

De zaak is gelijktijdig met die tegen D behandeld ter openbare zitting van 1 februari 2013, alwaar zijn verschenen klager, verweerder en zijn gemachtigde. In de zaak tegen D wordt afzonderlijk uitspraak gedaan.

## 2. DE FEITEN

Op grond van de stukken waaronder het medisch dossier dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klager, geboren op 10 juni 1968, van beroep vrachtwagenchauffeur, heeft op 21 juli 2006 een ongeval gehad. Hij is, staande in zijn vrachtwagen, met zijn linkerbeen tussen de vrachtwagen en het laadperron en met zijn knie op de rand van de laadklep gekomen. De vrachtwagen moest worden verreden om de voet weer los te krijgen. Klager is per ambulance naar het E in B gebracht. Klager werd daar gezien door een arts-assistent geneeskunde in opleiding tot chirurg (AGIO).

Bij onderzoek werd een fors haematoom gezien aan de laterale zijde van de knie en caudaal van de patella met drukpijn. De knie was op dat moment te dik en te pijnlijk voor beoordeling.

Vermeld is onder meer: *“Kan strekken tegen de zwaartekracht in + gestrekt heffen (...) lijkt hoogstand patella, echter geen ruptuur”*. Er werd (uitsluitend) een röntgenfoto van het linkeronderbeen en de linkerknie gemaakt. Het verslag van de radioloog van die laatste foto luidde onder meer: *“Geen aanwijzingen voor weke delen calcificaties (...) Normale patella zonder aanwijzingen voor chondropathie. Conclusie: Normale bevindingen”*. In een e-mail van 6 juli 2011 heeft deze radioloog hieraan toegevoegd: *“op het röntgen onderzoek van de knie van [klager], gemaakt op 21-07-2006 en door mij verslagen, is er inderdaad sprake van een hoogstand van de patella. Door mij destijds abusievelijk toegeschreven aan de strekstand van de knie. Bij beoordeling nu staat de patella toch te hoog ook voor een gestrekte knie. De patellapees is goed zichtbaar en intact. Derhalve geen aanwijzingen voor patellapees ruptuur.”*

Klager kreeg een gipsspalk en werd op 27 juli 2006 terugbesteld voor herbeoordeling. Op

27 juli 2006 werd het gips verwijderd. Er was toen een fors ‘crush letsel’ te zien waardoor de knie door de chirurg niet was te beoordelen. Er werd nieuw gips aangelegd en weer revisie afgesproken. Ook op 7 augustus 2006 vond een gipswisseling plaats. Op 21 augustus 2006

werd klager gezien door een AGIO. Het gips werd verwijderd en de knie was helemaal recht. Klager kon hem wel gestrekt optillen maar niet buigen. Klager kreeg oefeninstructies en controle werd afgesproken over twee weken. Op zaterdag 26 augustus 2006 klapte bij het opstaan de linkerknie van klager dubbel. Klager is toen door de huisarts doorgestuurd naar het ziekenhuis. Hij werd gezien door de AGIO. Klager kreeg een brace en een afspraak voor 29 augustus 2006 bij verweerder.

Verweerder is op 29 augustus 2006 voor het eerst bij de behandeling van klager betrokken. Hij heeft hem onderzocht en röntgenfoto's laten maken, ter vergelijking ook van de rechterknie. De radioloog heeft de foto met betrekking tot de linkerknie als volgt verslagen: *“Er werd een tweetal opnames van de knie verricht. Patiënt kon echter de knie niet buigen, de gerichte patellaopname was daardoor onmogelijk. Conclusie: Hoogstand van de patella op de laterale opname d.d. peesruptuur. Geen aanwijzingen voor een fractuur op de gerichte opnames.”* Met betrekking tot de rechterknie vermeldt het verslag van de radioloog onder meer: *“De patella staat echter wel wat hoog.”*

In de poliklinische status schreef verweerder: *“Li knie O) Patellapeesruptuur”*. Op basis van die diagnose heeft verweerder met klager afgesproken dat hij klager zou opereren.

Verweerder opereerde klager op 1 september 2006. In het operatieverslag staat onder meer: *“De patellapees is na deze periode weer aardig hersteld echter duidelijk te lang”*. Verweerder verrichtte een V-Y inkortingsplastiek van de patellapees.

De nabehandeling bestond uit gips en na gipsverwijdering was de knie stijf en kon betrokkene hem niet buigen. Fysiotherapie werd opnieuw gestart, maar het lukte niet om de knie te buigen. Op 16 januari 2007 werd klager vanwege het onvermogen tot voldoende buiging van de knie op de opnamelijst geplaatst voor doorbewegen onder narcose. Dit vond uiteindelijk plaats op 21 februari 2007. Ontslag volgde op 25 februari 2007. Klager kreeg verder fysiotherapie. Op 22 mei 2007 verscheen klager niet op de poliklinische afspraak. Op 12 juni 2007 zag verweerder klager opnieuw. Klager kon 110° actief en 120° passief buigen. Rechts kwam klager tot 130°. Klager werkte inmiddels weer sinds zes weken. Er werd een afspraak gemaakt voor het onder lokaal anesthesie verwijderen van de tuberositas schroef. Deze ingreep vond plaats op 26 juni 2007. Op 3 juli 2007 werden de hechtingen verwijderd en sloot verweerder de behandeling af. Op 30 september 2008 heeft verweerder klager desgevraagd prints van de gemaakte röntgenfoto's meegegeven ten behoeve van de hierna te noemen rapportage van D.

In het kader van een door klager ingediende claim vanwege het niet tijdig diagnosticeren van een patellapeesruptuur heeft D in februari 2009 gerapporteerd. Hij schrijft ondermeer: *“Gezien het feit dat er sprake is van een patella alta rechts (röntgenfoto rechterknie 1989, 1995 en 2008) vermoed ik dat er prae existent eveneens sprake was van een patella alta links. Na de V-Y plastiek is de patella alta links genormaliseerd: de patella staat nu op de correcte hoogte. Het operatieverslag vermeldt niet dat er tekenen van een oude ruptuur werden aangetroffen, wel dat de pees te lang is. Ik vermoed dat er initieel op 21 juli 2006 sprake was van een patella luxatie en niet van een patellapeesruptuur.” Ik kom tot deze conclusie vanwege de volgende factoren:*

- *Patiënt kan been gestrekt heffen op EHBO na trauma. Dat is onmogelijk na een ruptuur van de patellapees. Dat is wel mogelijk na een spontaan gereponeerde patella-luxatie.*
- *Patella alta predisponeert tot een patellaluxatie. Vaak treedt dan ook weer een spontane repositie op. Patella alta is vrijwel altijd dubbelzijdig. Er is weliswaar geen pre existente röntgenfoto van deze linkerknie maar wel röntgenfoto's van de rechterknie in 1989 en 1995. Op de röntgenfoto is er voor wat betreft de rechterknie sprake van een patella alta! De röntgenfoto van de linkerknie van de dag van het ongeval toont een patella alta van ongeveer 1 cm. Dat is conform de situering van de rechterpatella.*
- *Patella alta rechts (X foto 1989 en 1995 en X foto 2008). Normale hoogte patella links na inkorten van de patellapees. Ik concludeer dat er derhalve een patella alta linkerknie was waarvoor V-Y plastiek/inkorting resulterend in een normale patella hoogte post operatief .*
- *Tijdens de operatie wordt beschreven dat de patellapees te lang was. Tekenen van ruptuur of genezen ruptuur worden niet beschreven.”*

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat verweerder:

- een onjuiste en onmogelijke diagnose heeft gesteld;
- bewust onjuiste informatie heeft verstrekt betreffende de patellapeesruptuur en tegenstrijdige antwoorden geeft;
- eerder een hoogstand van de rechterknie heeft uitgesloten, terwijl daar misschien wel sprake van is;
- medische informatie heeft vervalst betreffende de patellapeesruptuur, waarbij uit het operatieverslag blijkt dat verweerder alleen de pees heeft ingekort.

#### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat de tegen hem ingediende klacht ongegrond is. Voor zover nodig wordt hierna nog op het verweer ingegaan.

#### 5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

##### 5.1

Het college wijst er 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

Wat het verwijt ter zake van de gemiste diagnose betreft overweegt het college het volgende. Het missen van de juiste diagnose is op zichzelf onvoldoende om verweerder een tuchtrechtelijk verwijt te kunnen maken. Indien echter de wijze waarop verweerder tot zijn, naderhand onjuist gebleken, diagnose is gekomen in strijd zou zijn met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwame beroepsgenoot mag worden verwacht - rekening houdend met het hierboven weergegeven toetsingscriterium - kan een dergelijke klacht slagen.

In dit geval is er sprake van een dergelijke onzorgvuldigheid. Verweerder beschikte over een foto van de linker- en van de rechterknie. Naar het oordeel van het college staat op die foto's de linker patella hooguit minimaal hoger dan de rechter, in elk geval niet in de verhouding 73,77 mm links en 59,75 mm rechts zoals verweerder volgens een verslag van de klachtencommissie aldaar heeft verklaard. Verweerder heeft ter zitting aangevoerd dat zonder meten zo is te zien dat de linker patella hoger staat, maar ziet daarbij over het hoofd dat de rechter patella is gefotografeerd met de knie in de vereiste stand van 30°, terwijl de linkerknie in een gestrekte stand is gefotografeerd. Bij gestrekte stand staat de patella altijd hoger. Als niet in gebogen stand kan worden gefotografeerd, dient een correctie te worden toegepast. Zoals gezegd staat de linker patella dan hooguit minimaal hoger dan de rechter. Met betrekking tot de foto van de linkerknie valt nog op dat de pees geen tekenen van een doorgemaakte ruptuur vertoont. Ook op de foto van 21 juli 2006 is, anders dan door verweerder betoogd, geen duidelijke ruptuur te zien, zoals ook verslagen door de radioloog. Het belangrijkste gegeven is echter dat het wel aannemelijk is, verweerder heeft weliswaar niets opgeschreven over

eigen onderzoek maar dit wel erkend ter zitting, dat klager ondanks tegendruk van verweerder in staat was het linkerbeen gestrekt te heffen. Anders dan verweerder heeft aangevoerd, kan het niet zo zijn dat het gestrekt heffen van het been, ondanks een peesruptuur, heel goed mogelijk is door compensatiemechanisatie van de andere musculatuur rondom de knie. Dit alles brengt mee dat er onvoldoende aanwijzingen bestonden voor een peesruptuur en er dus geen goede reden was om te opereren, zeker gezien het feit dat het een ingreep betreft die niet van risico's, met name op complicaties, ontbloot is. Het voorgaande klemt te meer omdat in het voortraject in het dossier door diverse artsen op overtuigende gronden was genoteerd dat er géén sprake was van een ruptuur. Het is met name onbegrijpelijk dat verweerder de bevinding dat klager op de SEH het been gestrekt kon heffen zomaar terzijde heeft geschoven. Daartoe was op zijn minst aanvullend onderzoek, zoals een echo of MRI, verstandig geweest.

De klacht richt zich blijkens de processtukken ook op het handelen tijdens de operatie, te weten het inkorten van de pees. De indicatie daartoe laat ruimte voor twijfels. In elk geval lag die niet in de te hoge patellastand links ten opzichte van rechts, zoals hierboven overwogen. Als al de nadere motivering van verweerder ter zitting wordt aanvaard, te weten dat hij door een inkorting van de pees klager heeft behoed voor verdere luxaties van de patella in de toekomst, dan mocht in elk geval van hem worden verwacht dat hij die verandering in de ingreep, nu hij daartoe tijdens de operatie niet aan klager toestemming kon vragen, na afloop goed met klager zou hebben besproken. Uit de stukken blijkt niet dat dit is gebeurd.

Tot slot valt op te merken dat verweerder te summier aantekeningen heeft gemaakt. Ten aanzien van de poliklinische status is dat reeds opgemerkt, met betrekking tot het operatieverslag valt op dat verweerder wel de interpretatie "*aardig hersteld*" heeft opgeschreven maar niet op welke objectieve bevindingen hij dit heeft gebaseerd. Daarmee is die interpretatie niet (goed) na te gaan.

De klacht is in bovengenoemde zin gegrond.

### 5.3

Voor al het overige is de klacht ongegrond. Er is geen goede grond om aan te nemen dat verweerder bewust onjuiste informatie heeft verstrekt over de peesruptuur. Veeleer heeft verweerder vanuit de, onjuiste gebleken, aanname dat er sprake was geweest van een peesruptuur, de toestand van de pees geïnterpreteerd als "*aardig hersteld*". Het verwijt dat verweerder informatie heeft vervalst stuit hier eveneens op af. Voorts is niet gebleken dat verweerder een hoogstand van de rechterknie heeft uitgesloten en klager heeft dat ook niet goed duidelijk kunnen maken.

### 5.4

Bij de zwaarte van de op te leggen maatregel staat voorop dat verweerder zonder goede indicatie een operatie heeft verricht die niet van risico's ontbloot is. Voorts heeft hij met zijn niet onderbouwde, onjuiste diagnose niet alleen klager op het verkeerde been gezet, maar ook zonder goede grond de indruk gewekt dat de diagnose van een of meer eerdere behandelaars onjuist was geweest. Daaraan heeft hij steeds, tot en met de zitting, vastgehouden hetgeen tot veel verwarring bij klager en in de afhandeling van diens aansprakelijkstelling van het ziekenhuis heeft geleid. Verweerder is, ondanks zijn onbetwistbare betrokkenheid, na de operatie niet open geweest tegenover klager

over de peroperatieve verandering van het plan. Alles bij elkaar kan dit niet met minder dan een berisping worden afgedaan, ook al omdat er geen omstandigheden zijn gebleken om deze maatregel te matigen.

## 6. DE BESLISSING

Het college berispt verweerder.

Aldus gedaan door mr. A.L. Smit, voorzitter, prof. mr. J.C.J. Dute, dr. P.H. Wiersma, dr. P.J.G. Jörning en dr. P.J. Wahab, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. J.W. Sijnstra-Meijer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 7 maart 2013 door de voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de gelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.