

## CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2018.296

### CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2018.296 van:

A., wonende te B., appellante, klaagster in eerste aanleg,  
tegen

C., orthopedisch chirurg, destijds werkzaam te D.,  
verweerder in beide instanties, gemachtigde: mr. L. Beij, jurist, verbonden aan E..

1. Verloop van de procedure

A. – hierna klaagster – heeft op 23 januari 2018 bij het Regionaal Tuchtcollege te Den Haag tegen C. – hierna de chirurg – een klacht ingediend. Bij beslissing van 17 juli 2018, onder nummer 2018-017, heeft dat college de klacht afgewezen.

Klaagster is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De chirurg heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 13 december 2018, waar zijn verschenen klaagster, in persoon, en de chirurg, in persoon en bijgestaan door mr. L. Beij. Zowel klaagster als de chirurg en zijn gemachtigde hebben hun standpunten nader toegelicht.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

#### **“2. De feiten**

2.1 *Verweerder was tot september 2015 werkzaam als orthopedisch chirurg, ten tijde van de verweten gedragingen bij E. in D..*

2.2 *Op verwijzing van haar huisarts is klaagster op 24 juli 2008 op consult geweest bij een arts-assistent orthopedie (onder supervisie van een collega van verweerder) vanwege - onder meer - klachten aan de rechterknie. Op 8 augustus 2008 werd bij haar een MRI-scan uitgevoerd. Deze gaf een scheur in de meniscus te zien.*

2.3 *Verweerder heeft klaagster vervolgens op 21 augustus 2008 op zijn spreekuur gezien. Naar aanleiding van de MRI-bevindingen adviseerde hij een kijkoperatie. Op dezelfde datum werd preoperatief bloedonderzoek gedaan. Dit gaf een verhoogd Hb-gehalte van 9,6 (referentiewaarde 7,0 – 9,5), alsmede een verhoogd aantal leucocyten 12,2 (3,5 – 10,5) en een verhoogd aantal trombocyten 590 (150 – 400) te zien.*

2.4 *Verweerder heeft de kijkoperatie op 2 oktober 2008 uitgevoerd. Er bleek sprake van een graad 2 tot 3 chondropathie mediaal. Verweerder heeft een partiële mediale meniscectomie verricht en geïnventariseerd of een halve knieprothese was aangewezen. De aantekeningen van de operatie in het dossier vermelden dat nog geen prothese is geïndiceerd.*

2.5 *Op 16 oktober 2008 en op 6 november 2008 zag verweerder klaagster voor controle. Hij heeft haar bij de tweede gelegenheid doorverwezen naar een neuroloog*

wegens meerdere op dat moment door haar gerapporteerde klachten en met als vraagstelling of sprake is van aantoonbare neurologische afwijkingen.

2.6 Op 14 april 2009 heeft verweerder klaagster opnieuw gezien. Zij maakte melding van aanhoudende knieklachten en vertelde dat deze haar belemmerden in de revalidatie van een hartinfarct dat zij in december 2008 had gehad. Er is een nieuwe MRI-scan gedaan, die op 14 mei 2009 door verweerder met klaagster is besproken. Aangezien die scan een toename van de chondropatie/pre-artrose aan de knie te zien gaf, stelde verweerder klaagster een standsveranderende tibiakoposteotomie voor. De operatiedatum werd vastgesteld op 20 juli 2009. Onderaan op de 'Checklist Informatieverstrekking', onderdeel van het medisch dossier, staat genoteerd "mw moet nog naar cardioloog 15/6. Belt eventuele veranderingen door naar poli ortho'.

2.7 Op 15 juni 2009 is de geplande operatie op advies van de cardioloog van klaagster geannuleerd, in verband met de medicatie (bloedverdunners) die klaagster na haar hartinfarct in december 2008 een jaar lang moest slikken. De operatie werd uitgesteld tot 18 januari 2010. Daaraan voorafgaand vond op 19 november 2009 preoperatief bloedonderzoek plaats (Hb-gehalte 10,1, hematocriet 50 – referentiewaarde 0,35-0,45 –, leucocyten 11,3 en trombocyten 737).

2.8 Op 18 januari 2010 heeft verweerder de standsveranderende operatie uitgevoerd. In de maanden hierna heeft verweerder klaagster meermalen op controleconsult gehad. Klaagster meldde bij die gelegenheden telkens klachten te blijven ondervinden aan haar knie. Verweerder schrijft in verband hiermee op 4 augustus 2010 aan de huisarts van klaagster: "(...) Klinisch en röntgenologisch is er inmiddels sprake van een volledige consolidatie. Patiënte heeft nog wat weinig specifieke klachten van het rechterbeen welke niet geheel terug te leiden zijn tot de eerdere operatie. Daarnaast heeft zij ook klachten van het linkerbeen en een scala aan andere klachten waarbij patiënte inmiddels door diverse specialisten is gezien zoals neurologie, hematologie, orthopedie en cardiologie.

Het is voor mij volstrekt onmogelijk om een overzicht te hebben, mede gezien de toch wat vage klachten, zodat ik patiënte heb geprobeerd uit te leggen dat ik van mening ben dat de huisarts de aangewezen persoon is om in deze situatie coördinerend op te treden. Patiënte vraagt zich af wat ze moet en ik heb haar derhalve geadviseerd om met u contact op te nemen wat voor stappen in welke richting zij eventueel moet ondernemen. (...)"

2.9 Op 23 december 2010 heeft verweerder klaagster weer voor controle gezien. Toen is, omdat de door klaagster nog steeds ondervonden klachten niet goed konden worden verklaard, besloten bij haar het osteosynthesemateriaal te verwijderen. De betreffende operatie heeft verweerder op 12 februari 2011 uitgevoerd. Ter gelegenheid van de controle na die operatie, op 5 april 2011, meldde klaagster dat zij last bleef houden van uitstralende pijn naar het onderbeen en de voet. Verweerder heeft klaagster in verband hiermee verwezen naar de neuroloog. Op 26 mei 2011 heeft verweerder met klaagster besproken dat het neurologische onderzoek geen verklaring voor haar klachten had opgeleverd. Verweerder heeft klaagster verteld dat hij op zijn vakgebied geen therapeutische opties meer zag.

2.10 Hierna heeft klaagster opnieuw een operatie ondergaan in het ziekenhuis waar verweerder werkzaam was, maar door een andere orthopedisch chirurg. Weer later, in januari 2013, is zij in een ander ziekenhuis geopereerd. Na deze operatie traden er complicaties op in de vorm van een compartimentsyndroom. Uiteindelijk is bij klaagster een onderbeenamputatie verricht.

### **3. De klacht**

*Klaagster verwijt verweerder:*

1. *dat hij bij herhaling niet zorgvuldig heeft gehandeld naar aanleiding van de uitslagen van diverse malen uitgevoerd preoperatief bloedonderzoek*
2. *dat hij rondom de eerste operatie onzorgvuldig heeft gehandeld door geen profylactische medicatie voor te schrijven*
3. *dat hij rondom de tweede operatie onzorgvuldig heeft gehandeld door*
  - a. *niet de hematoloog te raadplegen of anderszins informatie in te winnen over de kort daarvoor bij klaagster geconstateerde ziekte polycythaemia vera (PV) in relatie tot de voorgenomen operatie*
  - b. *onjuiste informatie te verstrekken*
  - c. *klaagster niet over alternatieve operatietechnieken en complicaties te informeren*
  - d. *voorafgaand aan de operatie geen zogenaamde lange staande beenopname te maken*
  - e. *geen beeldopnames te maken tijdens de operatie*
  - f. *de operatie technisch onjuist uit te voeren door het kuitbeen onnodig en op een verkeerde plek door te zagen en het scheenbeen onvoldoende te corrigeren*
  - g. *postoperatief onvoldoende onderzoek te verrichten*
4. *onvoldoende te hebben gedaan aan dossiervorming door de in december 2009 bij klaagster ontdekte beenmergaandoening (JAK-2) niet in het dossier te vermelden.*

#### **4. Het standpunt van verweerder**

*Verweerder heeft zich primair beroepen op het tijdsverloop en aangevoerd dat sprake is van schending van het beginsel van fair trial. Hij heeft voorts de vraag opgeroepen of de beoordeling van de klachten thans nog kan bijdragen aan het doel van het tuchtrecht: het bevorderen van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Ook inhoudelijk heeft verweerder de klachten en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt op de verweren hieronder ingegaan.*

#### **5. De beoordeling**

*5.1 Het College stelt voorop dat duidelijk is dat klaagster door de jaren heen vele medische klachten en beperkingen heeft ondervonden en nog steeds ondervindt, waarvoor zij talloze behandelingen heeft ondergaan. Zij moet haar onderbeen missen en heeft polycythaemie, een chronische aandoening. Het behoeft geen betoog dat dit alles een grote invloed heeft op haar leven. Dat valt zeer te betreuren.*

*Verder overweegt het College dat het bij de tuchtrechtelijke beoordeling van beroepsmatig handelen niet gaat om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de aangeklaagde beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven. Bij het beantwoorden van die vraag moet het College rekening houden met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in zijn beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard. Bovendien moet de toetsing van het handelen van verweerder plaatsvinden in het licht van wat hem op dat moment bekend was en bekend kon zijn.*

*5.2 Met betrekking tot het verweer met betrekking tot het tijdsverloop overweegt het College het volgende.*

*De bevoegdheid om een klacht over medisch handelen in te dienen verjaart tien jaren na het handelen waarop de klacht ziet. Niet in discussie is dat klaagster tijdig haar klacht heeft ingediend, zij het niet lang voor de verjaringsdatum. Genoemde termijn is wettelijk vastgelegd en het beginsel van rechtszekerheid brengt met zich mee dat*

*hiervan niet dan onder uitzonderlijke omstandigheden kan worden afgeweken. Het feit dat verweerder door het verloop van tijd geen eigen herinnering meer heeft aan de behandelrelatie en/of zijn optreden hierin is niet zo'n uitzonderlijke omstandigheid. Van een medisch hulpverlener mag worden verwacht dat hij van zijn handelen dusdanige aantekening houdt en zijn dossier dusdanig bijhoudt dat hij ook na (bijna) tien jaren kan reconstrueren wat er toen is gebeurd. Uit het verweer blijkt ook dat verweerder hiertoe ook voldoende in staat is. Dat een en ander niet berust op zijn eigen herinnering doet hier niet aan af.*

*Het feit dat verweerder op dit moment niet langer operaties uitvoert maakt niet dat met de behandeling van de klacht geen te respecteren belang meer zou zijn gemoeid. Het belang van het bevorderen van de volksgezondheid omvat meer dan het enkel – bij gegrondverklaring van een klacht – de aangeklaagde stimuleren tot ander handelen in de toekomst. Een oordeel over de klacht is ook bedoeld voor beroepsgenoten van de verweerder.*

*5.3 Voor zover verweerder derhalve de niet-ontvankelijkheid van klaagster heeft willen bepleiten wordt dit beroep verworpen. Het College zal de klacht dus inhoudelijk beoordelen.*

*5.4 Klaagster heeft verweerder diverse verwijten gemaakt. Het College overweegt hieromtrent als volgt.*

*5.5 Klachtonderdeel 1: het bij herhaling niet zorgvuldig handelen naar aanleiding van de uitslagen van diverse malen uitgevoerd preoperatief bloedonderzoek*

*5.5.1 Verweerder heeft tot verweer tegen dit klachtonderdeel aangevoerd dat destijds de werkafpraak in zijn ziekenhuis was dat uitslagen van preoperatief bloedonderzoek werden beoordeeld door de anesthesist. Die gaf op grond hiervan groen dan wel rood licht voor de operatie. Mocht de anesthesist twijfel hebben, dan kon hij overleg zoeken met de operateur. Dat is in dit geval niet gebeurd. Voor alle drie de operaties van klaagster heeft de anesthesist telkens het groene licht gegeven. Het is naar de mening van verweerder niet aan hem de bloeduitslagen dan nog eens te controleren en het was ook niet gebruikelijk dit te doen.*

*5.5.2 Het College is van oordeel dat verweerder op dit punt geen onzorgvuldig handelen kan worden verweten. Het is, op grond van de door verweerder beschreven taakverdeling tussen de anesthesist en de chirurg, niet aannemelijk geworden dat verweerder voorafgaand aan de door hem uitgevoerde operaties zelf kennis heeft genomen van de bloedwaarden van klaagster. Deze taakverdeling is niet ongebruikelijk en niet in strijd met wat van een redelijk handelende en redelijk bekwame orthopedisch chirurg mag worden verwacht. Bij de eerste operatie kwam het groene licht van de anesthesist en er is niet gebleken van aanwijzingen die maakten dat verweerder desondanks nader onderzoek had moeten doen naar de conditie van klaagster. Dat hij de bloedwaarden niet zelf heeft beoordeeld valt hem dus niet te verwijten. Overigens was er naar het oordeel van het College op dat moment slechts sprake van marginaal verhoogde bloedwaarden bij klaagster, dus ook indien verweerder ze zou hebben gezien, zouden deze hem niet hebben genoodzaakt nadere actie te ontplooien.*

*Op het moment dat de tweede operatie (voor de eerste keer) gepland werd was klaagster onder behandeling bij een cardioloog die te kennen heeft gegeven dat de operatie moest worden uitgesteld. Dit is ook gebeurd. Er was onder die omstandigheden geen reden voor verweerder om nader onderzoek te doen en/of initiatief te ontplooien. De betreffende operatie heeft vervolgens een half jaar later plaatsgevonden. De cardioloog was hiermee akkoord en ook de hematoloog bij wie klaagster inmiddels voor de PV onder behandeling was, was van de operatie op de hoogte. Deze heeft klaagster*

voorafgaand aan de operatie een aderlating laten ondergaan, waardoor de bloedwaarden van klaagster op het moment van de operatie van acceptabele hoogte waren. Er valt verweerder onder die omstandigheden niet te verwijten dat hij niet zelf de bloedwaarden nog heeft gecontroleerd en de operatie doorgang heeft laten vinden.

Het College merkt hierbij op dat het feit dat klaagster bij verschillende specialisten die in verschillende ziekenhuizen werkzaam waren onder behandeling was, de zaak niet heeft vergemakkelijkt. Het kan verweerder niet verweten worden dat hij, nu hij klaagster kreeg doorverwezen in verband met knieklachten, geen coördinerende rol op zich heeft genomen ten aanzien van de gezondheid van klaagster in zijn algemeenheid. Terecht heeft verweerder er op een gegeven moment (zie hiervoor onder 2.8) bij de huisarts van klaagster op aangedrongen die rol in te vullen. Het was aan verweerder om naar zijn kunde en expertise te trachten de klachten waarvoor klaagster naar hem was doorverwezen zo goed mogelijk te verhelpen. Belangrijke signalen die hem noodzaakten tot nadere actie zou hij daarbij niet mogen negeren, maar zoals hiervoor overwogen is het College niet gebleken dat hem zulke signalen hebben bereikt.

5.5.3 Nu verweerder geen verwijt treft dat hij de gemeten bloedwaarden niet zelf heeft beoordeeld, kan hem evenmin verweten worden dat hij geen nader onderzoek is gaan doen en/of de gegevens niet met anderen heeft gedeeld.

5.6 Klachtonderdeel 2: het rondom de eerste operatie onzorgvuldig handelen door geen profylactische medicatie tegen trombose voor te schrijven

5.6.1 Verweerder heeft verklaard dat patiënten bij kijkoperaties standaard preoperatief eenmalig Fraxiparine/Heparine gegeven werd. Na de operatie werd klaagster functioneel behandeld en was geen sprake van immobilisatie: direct na de operatie mocht en kon klaagster het been belasten.

Uit de aantekeningen gemaakt ter gelegenheid van de eerste controle na deze operatie op 16 oktober 2008 wordt ook vermeld dat klaagster al zonder krukken had gelopen.

5.6.2 Het College overweegt dat dit laatste door klaagster niet nader gemotiveerd is weersproken. Voorts geldt dat een kijkoperatie van de knie een lage kans heeft op trombose. Er is dan ook onvoldoende komen vast te staan dat dit klachtonderdeel op feitelijke juistheid berust. Voor de volledigheid verwijst het College nog naar hetgeen eerder is opgemerkt, te weten dat de bloedwaarden van klaagster vlak voor de eerste operatie slechts marginaal verhoogd waren. Er was dus ook op grond van gemeten bloedwaarden geen reden klaagster ook postoperatief profylactische medicatie voor te schrijven.

5.7 Klachtonderdeel 3a: het rondom de tweede operatie onzorgvuldig handelen door niet de hematoloog te raadplegen of anderszins informatie in te winnen over de zojuist bij klaagster geconstateerde ziekte PV in relatie tot de voorgenomen operatie

5.7.1 Verweerder heeft verklaard niet te hebben geweten van de bij klaagster geconstateerde bloedziekte.

5.7.2 Het College overweegt dat uit het dossier in elk geval niet blijkt dat die omstandigheid aan verweerder ter kennis is gebracht. In het dossier bevindt zich geen melding aan verweerder van de huisarts, die naar zeggen van klaagster in december 2009 door de internist over de aandoening zou zijn geïnformeerd. Verweerder betwist dat klaagster zelf hem over dit onderwerp heeft geïnformeerd en het tegendeel blijkt niet uit het dossier. Wie hier ook het gelijk aan zijn kant heeft: feitelijk heeft verweerder, wiens taak het was een oplossing te zoeken voor de door klaagster ervaren knieklachten, daarvoor een behandeling bepaald en gecheckt of het medisch verantwoord was klaagster die behandeling te laten ondergaan. Verweerders expertise is niet de interne geneeskunde of hematologie. Dat hij op de hoogte was van het feit dat klaagster onder behandeling

*was bij een hematoloog staat vast en zou hij het standpunt in deze van de hematoloog niet hebben gekend, dan had het op zijn weg gelegen bij deze te informeren over de mogelijkheden tot het laten ondergaan door klaagster van de operatie. Verweerder kende echter wel het standpunt van de hematoloog; hem was bekend dat deze van de voorgenomen operatie op de hoogte was en met die operatie akkoord was. Hij wist ook dat de hematoloog zich bereid had verklaard klaagster voorafgaand aan die operatie een aderlating te laten ondergaan. Onder die omstandigheden was er voor verweerder geen reden om nader overleg te zoeken. De ten aanzien van het bij klaagster geconstateerde bloedbeeld deskundig te achten behandelaar – de hematoloog – had immers geen bezwaar en voor verweerder was in zijn rol als orthopedisch chirurg en vanuit zijn expertise geen aanleiding verder onderzoek in te stellen. Aldus kan niet worden vastgesteld dat verweerder onzorgvuldig heeft gehandeld.*

*5.8 Klachtonderdeel 3b: het rondom de tweede operatie onzorgvuldig handelen door onjuiste informatie te verstrekken*

*5.8.1 Verweerder heeft verklaard dat hij zich niet kan herinneren te hebben gezegd dat verweerder in aanmerking kwam voor een halve knieprothese. Hij betwist in elk geval te hebben gezegd – zoals klaagster heeft gesteld – dat het, alvorens een knieprothese gerealiseerd kon worden, noodzakelijk was om eerst een standscorrectie uit te voeren (waarbij het kuitbeen moest worden doorgezaagd) omdat anders de te plaatsen knieprothese te snel kapot zou gaan.*

*5.8.2 Het College leidt uit het medisch dossier af dat het onderwerp halve knieprothese ter gelegenheid van het eerste consult van klaagster bij de poli, in juli 2008, aan de orde is geweest. Dit consult vond echter niet bij verweerder plaats, zodat hetgeen toen besproken is niet aan hem kan worden toegerekend. In het dossier valt voorts te lezen dat verweerder naar aanleiding van de kijkoperatie op 2 oktober 2008 geconcludeerd heeft dat er nog geen prothese-indicatie was. Vervolgens is, naar aanleiding van de door klaagster in april 2009 gerapporteerde klachten en de hierna uitgevoerde MRI-scan, op 14 mei 2009 in overleg met klaagster besloten tot een standscorrigerende operatie. Elke verwijzing naar een mogelijke prothese ontbreekt.*

*Al met al is ten aanzien van dit onderdeel van de klacht de juistheid van de weergave van klaagster van de door verweerder verstrekte informatie niet komen vast te staan.*

*5.9 Klachtonderdelen 3c en 3g: rondom de tweede operatie onzorgvuldig handelen door klaagster niet over alternatieve operatietechnieken en complicaties te informeren en postoperatief onvoldoende onderzoek te verrichten*

*5.9.1 Deze klachtonderdelen lenen zich voor gezamenlijk bespreking.*

*Verweerder heeft aangevoerd naar aanleiding van de lichamelijke klachten van klaagster en de bevindingen bij de kijkoperatie verschillende scenario's te hebben overwogen c.q. gevolgd. Het eerste scenario, de situatie aanzien, bleek niet succesvol, getuige het feit dat klaagster later meldde dat de klachten toenamen of in ieder geval niet afnamen. Verweerder zag geen indicatie voor een prothese, zodat dit onderwerp niet zal zijn besproken. Hetgeen resteerde was de standscorrectie, waarbij gekozen kon worden voor de zogenaamde open-wig-, respectievelijk gesloten-wigtibiakoposteotomie. Verweerder heeft toegelicht dat de open-wigvariant op dat moment nog in een redelijk experimenteel stadium verkeerde, zodat deze voor hem geen optie was. Hij wijst er ook op dat in de algemene orthopedische literatuur bekend is dat een gesloten-wigosteotomie beter consolideert dan een open-wigosteotomie. Hij heeft voorts verwezen naar andere literatuur op dit onderwerp, die naar zijn zeggen zijn keuze ondersteunt. Hij heeft derhalve de gesloten-wigoperatie geadviseerd. Nu het dossier niet anders te zien geeft, zal hij klaagster op de wijze zoals hij gebruikelijk was te doen voorgelicht hebben over*

wat deze operatie inhield en welke consequenties en risico's deze mogelijk zou behelzen, aldus verweerder.

5.9.2 Op het moment van de operatie was uitgangspunt – overigens niet anders dan heden ten dage – dat bij een patiënt van de leeftijd van klaagster toen, met de klachten die zij had, indien mogelijk behandeling met behoud van eigen weefsel de voorkeur had. Een prothese, geheel of gedeeltelijk, lag dus niet voor de hand. Wat betreft de keuze tussen de mogelijkheden die er waren voor een ingrijpen met behoud van eigen weefsel, was die van de gesloten-wigoperatie een toentertijd alom geaccepteerde en in de medische literatuur en praktijk onderschreven aanpak. Er is dan ook geen reden te oordelen dat verweerder deze keuze niet heeft mogen maken in het geval van klaagster. Het artikel waarnaar klaagster ter toelichting van deze deelklacht heeft verwezen doet hier onvoldoende aan af. De mening dat de gesloten-wigvariant een grotere kans op complicaties met zich meebracht werd in die tijd in de beroepsgroep zeker niet algemeen gedeeld, omdat – zoals verweerder heeft aangevoerd – bekend was en is dat een gesloten-wigosteotomie beter consolideert dan een open-wigosteotomie.

Nu sprake was van een beproefde methode, terwijl de techniek van de open-wigvariant nog in opkomst was en er voor verweerder – op grond van hetgeen hiervoor onder 5.5 tot en met 5.7 is overwogen – geen aanleiding bestond om te veronderstellen dat klaagster een verhoogd risico liep op de mogelijke complicaties bij een gesloten-wigosteotomie, is het niet tuchtrechtelijk verwijtbaar dat verweerder klaagster niet omtrent de open-wigvariant heeft geïnformeerd.

5.9.3 Klaagster heeft gesteld dat zij na de tibiakoposteotomie extreme pijn in haar voet heeft gekregen, waar zij ook nadien klachten aan heeft overgehouden, en dat verweerder daarnaar onvoldoende onderzoek heeft gedaan om een compartimentsyndroom, trombose of een zenuwbeknelling uit te sluiten. Verweerder zou zijn geschrokken toen het drukverband van het been af ging en heeft opdracht gegeven haar voet met een band naar voren te trekken. Ook is er een kussen achter haar voet gezet. Verweerder heeft aangevoerd dat hij zich niet kan herinneren dat dergelijke klachten van klaagster hem hebben bereikt en dat hij er op grond van het medische dossier vanuit gaat dat klaagster steeds door ter zake kundige arts(-assistent)en is beoordeeld, die geen aanleiding hebben gezien voor verdere diagnostiek.

5.9.4 Het College overweegt dat er in het medische dossier geen bevestiging kan worden gevonden voor de door klaagster omschreven hevige pijn in haar voet. De door haar beschreven werkwijze van het naar voren trekken van de voet met een band kan geadviseerd worden om een spitsvoet na een knie-operatie te voorkomen. Aldus is naar het oordeel van het College niet voldoende gebleken van (ernstige) complicaties zoals beschreven in het door klaagster overgelegde artikel bij of na de door verweerder verrichte operatie.

5.10 Klachtonderdeel 3d: rondom de tweede operatie onzorgvuldig handelen door voorafgaand aan de operatie geen zogenaamde lange staande beenopname te maken

5.10.1 Verweerder heeft betoogd dat in zijn ziekenhuis ten tijde van de operaties de mogelijkheid tot het maken van een lange staande beenopname niet bestond; de daarvoor benodigde apparatuur was niet in het E. aanwezig. Hij heeft derhalve gewerkt met de mogelijkheden die er wel waren, namelijk het maken van deelopnamen en die in onderlinge samenhang duiden. Hij heeft een strategie bepaald aan de hand van hetgeen die foto's te zien gaven en wist dus welke hoek de wig moest hebben. Zo is hij te werk gegaan. Het uitblijven van lange staande beenopnames heeft de aanpak en

het resultaat niet negatief beïnvloed en klagsters belangen zijn dan ook niet geschaad doordat het ziekenhuis van verweerder destijds technisch tot het vervaardigen van zulke foto's (nog) niet in staat was.

5.10.2 Nu klagster niet heeft weersproken dat het E. destijds de technische mogelijkheden miste om bedoelde lange staande beenopnames te maken, gaat het College daarvan uit en is het van oordeel dat verweerder niet kan worden verweten dat hij dergelijke opnames niet heeft gemaakt. Van hem mocht wel worden verwacht dat hij voldoende informatie vergaarde om een goede operatiestrategie te bepalen voordat hij daadwerkelijk met de ingreep begon. Oordelend naar hetgeen verweerder hierop heeft toegelicht is er geen aanleiding aan te nemen dat hij hierin tekort is geschoten.

5.11 Klachtonderdeel 3e: rondom de tweede operatie onzorgvuldig handelen door geen beeldopnames te maken tijdens de operatie

5.11.1 Er is geen zorgvuldigheidsnorm die meebrengt dat tijdens operaties altijd beeldopnames zouden moeten worden gemaakt. Verder heeft klagster niet nader onderbouwd op welke wijze zij is benadeeld doordat er geen beelden bestaan van de operatie.

5.12 Klachtonderdeel 3f: rondom de tweede operatie onzorgvuldig handelen door de operatie technisch onjuist uit te voeren door het kuitbeen onnodig en op een verkeerde plek door te zagen en het scheenbeen onvoldoende te corrigeren

5.12.1 Verweerder heeft dit verwijt weersproken en klagster heeft ook niet verder onderbouwd waar zij dit verwijt op baseert. Weliswaar verwijst zij naar de bevindingen van de orthopeed in de F., maar uit diens rapportages kan het College niet opmaken dat deze zich in de door klagster gestelde zin heeft uitgelaten. Die orthopeed constateert een bepaalde toestand bij klagster die naar zijn oordeel tot een bepaald ingrijpen noopt, maar zegt niet dat die toestand toe te schrijven is aan tekortschietend handelen van een arts, laat staan verweerder, in het verleden.

Het College kan dan ook niet uitgaan van de feitelijke juistheid van de stellingen van klagster op dit punt.

5.13 Klachtonderdeel 4: onvoldoende dossiervorming door de in december 2009 bij klagster ontdekte beenmergaandoening niet in het dossier te vermelden.

5.13.1 Verweerder betwist van de beenmergaandoening als zodanig af te hebben geweten. Klagster heeft bevestigd dat de aandoening na een beenmergpunctie in april 2010 officieel is vastgesteld. Dit was na de tweede operatie door verweerder. Deze informatie kan verweerder dus ook eerst daarna ter ore zijn gekomen. Uit het dossier blijkt niet dat collega-specialisten of de huisarts van klagster hem hieromtrent hebben ingelicht. Ook kan niet worden vastgesteld dat de aandoening tussen verweerder en klagster onderwerp van gesprek is geweest op een van de consulten, nu dit niet blijkt uit het medische dossier. Dat de beenmergaandoening niet in het medisch dossier is genoteerd wijst, zoals verweerder heeft aangevoerd, niet zonder meer op slechte dossiervoering, maar kan ook betekenen dat deze niet ter sprake is gekomen. Op slechts de mededeling van klagster dat dit wel het geval is geweest kan niet het oordeel worden gebaseerd dat verweerder tekort is geschoten.

5.13.2 Overigens speelt ook wat betreft dit aspect de vraag in welk belang klagster meent te zijn benadeeld als haar lezing van het voorgevallene juist zou zijn. De verantwoordelijkheid van verweerder lag erin de klachten waarvoor klagster naar hem werd verwezen te behandelen. Gegevens afkomstig uit onderzoek door andere disciplines konden hierbij een rol spelen, maar op verweerder rustte geen zelfstandige verantwoordelijkheid deze te registreren, anders dan om de door hem voorgenomen behandelingen zo goed mogelijk uit te kunnen voeren. Voor zover de informatie over de beenmergaan-



*doening dus al van belang was voor de laatste operatie, waarbij het osteosynthesemateriaal werd verwijderd (bij de eerdere operatieve ingrepen was de diagnose nog niet officieel gesteld), en voor zover verweerder hiervan wist en deze desondanks niet heeft genoteerd, heeft dit geen negatieve gevolgen gehad voor de ingreep op 21 februari 2011. Die is onweersproken goed verlopen.*

*5.14 Concluderend kan geen van de klachtonderdelen gegrond worden verklaard, zodat de klacht moet worden afgewezen.*

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 Klaagster beoogt met haar beroep de zaak in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege voor te leggen en concludeert tot gegrondverklaring van het beroep.

4.2 De chirurg voert hiertegen verweer en concludeert tot verwerping van het beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege stelt voorop dat het bij de tuchtrechtelijke beoordeling van beroepsmatig handelen niet gaat om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om de vraag of de aangeklaagde beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijke bekwame beroepsuitoefening is gebleven. Daarbij moet rekening worden gehouden met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard.

*Klachtonderdelen 1, 3a en 4*

4.4 Klachtonderdelen 1, 3a en 4 lenen zich voor gezamenlijke bespreking. Het verwijt dat klaagster de chirurg met deze klachtonderdelen maakt komt er in de kern op neer dat hij onvoldoende kennis had van het medisch dossier van klaagster en onzorgvuldig heeft gehandeld door de uitslagen van diverse preoperatieve bloedonderzoeken niet te beoordelen en naar aanleiding van deze uitslagen geen nadere actie te ondernemen. Klaagster meent – zakelijk weergegeven – dat de chirurg, als operateur, de plicht had om te onderzoeken of een operatie, gelet op haar gezondheidstoestand, verantwoord was en dat hij hierin tekort is geschoten.

4.5 Ter terechtzitting heeft de chirurg onweersproken verklaard dat het destijds, in de kliniek waar hij werkzaam was, gebruikelijk was dat, wanneer de chirurg de indicatie voor de operatie had gesteld, de polimedewerkers vervolgens feitelijk de aanvraag voor het preoperatief bloedonderzoek deden. Dit gebeurde aan de hand van lijsten met richtsnoeren die per type operatie konden verschillen. De aanvraag voor het bloedonderzoek werd op naam van de chirurg gedaan.

4.6 Volgens de chirurg bestond voorts binnen de kliniek de werkafpraak dat de uitslagen van het preoperatief bloedonderzoek door de anesthesist werden beoordeeld. Deze laatste zag de betrokken patiënt en gaf op grond van zijn beoordeling groen dan wel rood licht voor de operatie. Indien de anesthesist oordeelde dat de uitslag van het bloedonderzoek een contra-indicatie vormde voor de uit te voeren operatie, werd contact opgenomen met de operateur. Bestond geen contra-indicatie voor een operatie en of anderszins aanleiding voor overleg met de operateur, dan werden de bloeduitslagen niet ook nog door de operateur zelf beoordeeld. In het geval van klaagster heeft de anesthesist geen enkele keer aanleiding gezien voor nader overleg en geen rood licht voor de operatie gegeven, aldus de chirurg.

4.7 Het Centraal Tuchtcollege acht aannemelijk dat de hiervoor beschreven werkwijze voor het aanvragen van preoperatief bloedonderzoek en de taakverdeling tussen anesthesist en chirurg destijds in de kliniek waar de chirurg werkzaam was bestond. Deze werkwijze en taakverdeling waren toen niet ongebruikelijk en niet strijdig met wat

destijds van een redelijk bekwame orthopedisch chirurg mocht worden verwacht. De door klaagster aangehaalde conceptrichtlijn Het preoperatieve traject (CBO, september 2009) leidt niet tot een ander oordeel. De chirurg kan dan ook niet worden verweten dat hij de uitslagen van het bloedonderzoek niet zelf heeft beoordeeld.

4.8 Zoals het Regionaal Tuchtcollege heeft overwogen, waren er bij de eerste operatie in oktober 2008 geen aanwijzingen die voor de chirurg aanleiding hadden moeten zijn, ondanks het groene licht van de anesthesist, nader onderzoek te doen naar de gezondheidstoestand van klaagster.

4.9 De tweede operatie, die aanvankelijk in juli 2009 zou worden uitgevoerd, werd uitgesteld tot januari 2010, omdat de cardioloog bij wie klaagster onder behandeling was (in een ander ziekenhuis) had aangegeven dat klaagster tot eind 2009 niet mocht stoppen met het gebruik van bloedverdunners. Gebleken is dat de hematoloog, bij wie klaagster sinds december 2009 onder behandeling was, van de voorgenomen operatie op de hoogte was en klaagster daaraan voorafgaand een aderlating heeft laten ondergaan. Voorts is gebleken dat de hematoloog bij brief van 8 januari 2010 aan de huisarts van klaagster heeft meegedeeld dat bij klaagster de voorlopige diagnose polycythemia vera was gesteld. De anesthesist beschikte eveneens over deze informatie. Uit het medisch dossier kan echter niet worden afgeleid dat de chirurg door de huisarts of door andere specialisten in het ziekenhuis ook over deze diagnose was ingelicht. Voorts is niet gebleken dat de hematoloog tegenover de chirurg bezwaren heeft geuit tegen de voorgenomen operatie. De chirurg zelf betwist dat hij bekend was met de voorlopige diagnose polycythemia vera. Volgens klaagster heeft zij hem hierover indertijd zelf mondeling ingelicht, maar zij heeft dit niet nader onderbouwd.

4.10 Onder deze omstandigheden kan de chirurg niet worden verweten dat hij, ondanks het groene licht van de anesthesist voor de tweede operatie, toen geen nader onderzoek heeft gedaan naar de gezondheidstoestand van klaagster en de hematoloog niet heeft geraadpleegd. Gezien voormelde omstandigheden, bestaat voorts onvoldoende grond voor het verwijt dat de chirurg in het medisch dossier de aandoening polycythemia vera niet heeft vermeld.

4.11 Het Centraal Tuchtcollege komt tot de slotsom dat, gelet op hetgeen destijds in de beroepsgroep als norm was aanvaard, de klachtonderdelen 1, 3a en 4 terecht ongegrond zijn geacht. Dat naar huidige maatstaven de hiervoor geschetste taakverdeling tussen chirurg en anesthesist wellicht anders wordt beoordeeld doet daar niet aan af.

#### *Klachtonderdeel 2*

4.12 Volgens verweerder werd in het ziekenhuis waar hij werkzaam was patiënten bij kijkoperaties standaard preoperatief eenmalig profylactische medicatie tegen trombose gegeven. Uit het medisch dossier van klaagster kan niet worden afgeleid dat dat in dit geval bij de eerste operatie in oktober 2008 ook daadwerkelijk is gebeurd. Ter terechtzitting heeft verweerder ter zake onweersproken gesteld dat indertijd de toediening van deze medicatie tot de werkzaamheden van arts-assistenten behoorde en dat hij hier feitelijk geen bemoeienis mee had. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege was deze handelwijze niet ongebruikelijk. Alleen in bijzondere omstandigheden kon van de chirurg worden verlangd dat hij controleerde of de profylactische medicatie daadwerkelijk was gegeven. Niet gebleken is dat ten tijde van de eerste operatie van dergelijke omstandigheden sprake was. Dit betekent dat de chirurg de toediening van de medicatie aan de arts-assistenten mocht overlaten en geen persoonlijk verwijt kan worden gemaakt van het feit dat mogelijk deze medicatie destijds niet aan klaagster is gegeven.

4.13 Gezien het feit dat na de kijkoperatie geen sprake was van immobilisatie (klaagster kon en mocht haar been meteen weer belasten) en in aanmerking nemend dat een kijkoperatie van de knie een lage kans geeft op trombose, kan voorts niet worden gesteld dat de chirurg postoperatief profylactische medicatie tegen trombose had moeten voorschrijven.

*Klachtonderdelen 3b en 3c*

4.14 Klaagster betoogt dat de chirurg haar informatie heeft onthouden over de mogelijkheid om meteen voor een halve knieprothese te kiezen, over het bestaan van een alternatieve operatietechniek, te weten de open-wig-osteotomie, en over eventuele complicaties van de gesloten-wig-osteotomie. Deze klachtonderdelen zien beide op de informatieverstrekking door de chirurg aan klaagster rond de tweede operatie en lenen zich voor gezamenlijke bespreking.

4.15 De schriftelijke en mondelinge behandeling van de zaak geeft geen aanleiding tot andere overwegingen en oordelen ter zake dan die van het Regionaal Tuchtcollege. Het Centraal Tuchtcollege neemt de overwegingen 5.8.1 tot en met 5.9.2 van de bestreden beslissing over. Gezien de stand van de wetenschap in 2009/2010 en de toenmalige orthopedische praktijk, bestaat onvoldoende grond voor het oordeel dat de twee operatietechnieken destijds zodanig vergelijkbaar waren, dat de chirurg klaagster over de open-wigvariant had moeten informeren. Voorts ziet het Centraal Tuchtcollege in hetgeen klaagster in beroep naar voren heeft gebracht onvoldoende aanleiding om aan te nemen dat de chirurg klaagster niet over eventuele complicaties van de uit te voeren gesloten gesloten-wig-osteotomie heeft geïnformeerd.

*Klachtonderdeel 3d*

4.16 Aannemelijk is dat in het ziekenhuis waar de chirurg werkzaam was ten tijde van de tweede operatie niet de mogelijkheid bestond tot het maken van een lange staande beenopname, omdat de hiervoor benodigde apparatuur niet aanwezig was. Ter terechtzitting heeft de chirurg verklaard dat hij, bij operaties als de gesloten-wigvariant, preoperatief en tijdens de operatie op het oog bepaalde hoeveel graden hij moest corrigeren en hoe groot derhalve de wig diende te zijn. Gelet op de door hem gegeven toelichting, acht het Centraal Tuchtcollege een dergelijke werkwijze naar de maatstaven die toen golden voldoende zorgvuldig en niet in strijd met wat destijds van een redelijk bekwaam orthopedisch chirurg mocht worden verwacht. Voor het oordeel dat, zoals klaagster stelt, in verband met het ontbreken van de apparatuur voor lange staande beenopname, wellicht de bewuste operatie niet in dit ziekenhuis had mogen worden uitgevoerd, bestaat dan ook geen grond.

*Klachtonderdeel 3e*

4.17 Zoals het Regionaal Tuchtcollege terecht heeft overwogen, bestond (en bestaat) er geen zorgvuldigheidsnorm die meebrengt dat een chirurg tijdens operaties altijd beeldopnamen moet maken.

*Klachtonderdeel 3f*

4.18 Volgens klaagster is de gesloten-wig-osteotomie technisch onjuist uitgevoerd, omdat het kuitbeen onnodig en op een verkeerde plek is doorgenomen en het scheenbeen onvoldoende is gecorrigeerd. Ervan uitgaande dat de operatie is uitgevoerd zoals in het operatieverslag van de chirurg is beschreven, ziet het Centraal Tuchtcollege voor dat standpunt van klaagster onvoldoende aanknopingspunten. Daarbij wordt overwogen dat bij deze operatietechniek – die destijds alom was geaccepteerd – het kuitbeen standaard wordt doorgezaagd. Voorts is in aanmerking genomen de toelichting ter terechtzitting van de chirurg, waaruit blijkt dat hij bij de keuze van de plaats om het kuitbeen door te nemen rekening heeft gehouden met de ligging van de zenuw die de voetheffers aanstuurt, juist om letsel aan deze zenuw te voorkomen. Tot slot maakt het

enkele feit dat het resultaat van de correctie van de stand van het onderbeen door de chirurg mogelijk uiteindelijk niet optimaal was, nog niet dat de chirurg hier tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. De door klaagster overgelegde brief van orthopedisch chirurg G. is voor die conclusie onvoldoende.

#### *Klachtonderdeel 3g*

4.19 Klaagster stelt dat zij na de tweede operatie in januari 2010 extreme pijn in haar voet heeft gekregen en dat ook andere klachten optraden. Volgens haar heeft de chirurg daarnaar onvoldoende onderzoek gedaan om een compartimentsyndroom, trombose, een zenuwbeknelling of een infectie uit te sluiten. De chirurg kan zich niet herinneren dat deze klachten hem hebben bereikt en gaat er op grond van het medische dossier van uit dat klaagster steeds door ter zake kundige arts(-assistent)en is beoordeeld, die geen aanleiding hebben gezien voor verdere diagnostiek.

4.20 Het Centraal Tuchtcollege stelt vast dat uit het medisch dossier kan worden afgeleid dat klaagster postoperatief pijn en andere klachten heeft aangegeven. Het dossier biedt echter onvoldoende aanknopingspunten voor het oordeel dat deze klachten het gevolg waren van onvoldoende nazorg door de chirurg of dat deze onvoldoende onderzoek naar deze klachten heeft gedaan.

4.21 Uit al het voorgaande volgt dat het Regionaal Tuchtcollege de klacht terecht heeft afgewezen. Het beroep moet worden verworpen.

#### 5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:  
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: A.D.R.M. Boumans, voorzitter, Y. Buruma en J. Legemaate, leden-juristen en G.J. Clevers en W.J. Rijnberg, leden-beroepsgenoten en E.D. Boer, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 14 februari 2019.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.