

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 013/2016

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 11 oktober 2016 naar aanleiding van de op 25 januari 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

**C**, orthopedisch chirurg, werkzaam te D,

v e r w e e r d e r

### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het medisch dossier betreffende klaagster;
- het proces-verbaal van het op 25 augustus 2016 gehouden mondeling vooronderzoek.

Klaagster heeft in verband met de aan deze zaak ten grondslag liggende feiten eveneens een klacht ingediend tegen E, reumatoloog (014/2016). Op die klacht zal bij afzonderlijke beslissing worden beslist.

### 2. 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.

Klaagster, geboren in 1963, meldde zich in het najaar van 2010 bij haar huisarts met knieklachten. Op verzoek van de huisarts, die dacht aan een bursitis prepatellaris, zijn er op 22 oktober 2010 röntgenfoto's en een echografie gemaakt van klagsters rechter knie. De radioloog concludeerde naar aanleiding van de echografie "*lateraal en mediaal van de patella een vochtcollectie aanwezig*".

Tussen 22 oktober 2010 en december 2010 is klagster een aantal malen bij reumatoloog E geweest die in verband met een mono-arthritis klagster heeft behandeld met Triamcinolon injectie.

Op 11 februari 2011 zag verweerder klagster. Verweerder concludeerde dat mogelijk sprake was van een degeneratieve laterale meniscuslaesie in de rechter knie. Het beleid bestond uit nadere analyse door middel van een MRI-scan en revisie nadien.

Op 4 maart 2011 berichtte verweerder de reumatoloog dat uit de MRI-scan bleek dat er ten aanzien van de laterale zijde geen afwijkingen waren, maar wel sprake was van een scheur in de achterhoorn van de mediale meniscus, bij ook wel enige degeneratieve afwijkingen. Klagster meldde ook pijnklachten aan het mediale compartiment. Er werd besloten tot het verrichten van een arthroscopie van de rechterknie met handelen naar bevinden/partiële mediale meniscectomie en eventueel aanvullend nettoyage.

De arthroscopie vond plaats op 13 april 2011. Het operatieverslag hield, voor zover thans van belang, in:

*"Anterolaterale incisie t.b.v. de scoop.*

*Recessus suprapatellaris: gb.*

*Patella femoraal: geen afwijkingen; gaaf kraakbeen.*

*Mediale compartiment: diffuus graad III chondromalacie femurcondyl en lokaal ook graad III op tibiaplateau. Eén en ander wordt genettoyeerd. Er is een vrij geringe degeneratieve achterhoornlaesie van de mediale meniscus, waarvoor partiële mediale meniscectomie piece meals gewijs met bijwerken met de shaver. Stabiele restant verkregen. Intercondylair: gb. Intacte kruisbanden.*

*Lateraal: verder vrij forse spouw mogelijkheid zoals eerder ook bij lichamelijk onderzoek geconstateerd maar wel is er een gespaard lateraal gewrichtsdeel met gaaf kraakbeen op femurcondyl en tibiaplateau en intacte laterale meniscus. Lokaal hooguit geringe chondromalacie graad I.*

*Aanleggen van licht drukkend verband waarna de bloedleegte af gaat.*

*Na spoelen van de knie via de shaver wordt de arthroscopie beëindigd.*

*Nabehandeling: 50% belast mobiliseren met twee elleboogkrukken gedurende 3 dagen.*

*Daarna uitbreiden naar 100% belast. Functioneel. Revisie 6 weken postoperatief."*

Op 23 mei 2011 werd klagster gezien op de spoedeisende hulp. Klagster had klachten van een dikke pijnlijke knie, waarbij de pijn doortrok in het onderbeen. De conclusie op de spoedeisende hulp was: "*forse hydrops van de knie bij status na arthroscopie 10 dgn geleden*". In overleg met verweerder werd het advies gegeven om het wat rustiger aan te doen. Tevens werd een recept Movicox meegegeven voor veertien dagen. Als de klachten niet zouden afnemen in de week erna zou klagster haar controleafspraak van

9 juni 2011 vervroegen.

Klagster kwam op 1 juni 2011 wederom op het spreekuur van verweerder en kreeg een intra-articulaire infiltratie met Kenocort.

Op 29 juni 2011 werd klaagster door verweerder verwezen naar de reumatoloog. Verweerder meldde het navolgende:

*“(...) zal patiënte zich opnieuw bij u melden met bekende knieklachten rechts. Er is een zeer diffuse pijn in de rechterknie, waarbij reeds een status is na arthroscopie met partiële mediale meniscectomie en nettoyage graad III chondromalacie van het mediale compartiment. Behoudens deze afwijkingen in het mediale compartiment was er verder sprake van een gave knie.*

*Heden bij controle is er echter een diffuus pasteuze knie, waarbij lateraal veel pijn wordt aangegeven. Dit vermoedelijk toch op basis van de diffuse synovitis; e.e.a. past niet bij de uitsluitend mediaal gelokaliseerde chondromalacie.*

*Ik heb haar op dit moment vanuit orthopedisch chirurgisch oogpunt niets te bieden. Wel heb ik haar nog een NSAID voorgeschreven. Gaarne dus uw oordeel in deze. Ik zie uw voorstel en beleid met belangstelling tegemoet.”*

Op 28 november 2011 werden op verzoek van de huisarts wederom röntgenfoto's gemaakt van de rechterknie van klaagster.

Klaagster is in november 2011 door orthopeed F gezien in het G. Besproken is met klaagster dat gonarthrose tot op heden niet genezen kan worden en dat er problemen in de knie zouden blijven. In verband met het op de MRI-scan gebleken corpus liberum zou klaagster contact opnemen met verweerder met een verzoek tot het laten verrichten van een scopie. Klaagster werd in het G verteld dat wellicht ook een volledige knieprothese niet een bevredigende oplossing voor klaagster zou kunnen gaan inhouden.

Op 12 december 2011 werd klaagster wederom door verweerder gezien op het spreekuur. De conclusie was dat sprake was van een lastig probleem met een patiënte die hevige pijnklachten in de rechterknie had, waarbij er een lichte discrepantie was met de eerdere bevindingen. Na uitvoerige bespreking werd besloten tot een ré-arthroscopie met handelen naar bevinden.

Op 5 januari 2012 vond de ré-arthroscopie plaats. Verweerder noteerde in de decursus: *“scopie re knie: progressieve chondromalacie mediaal: graad 3, delen nu graad 4. LTP tot gr. 2; vrij veel spouw lateraal. Dubieuze Oxford indicatie.”*

Het peroperatieve beloop was ongecompliceerd. Controle zou plaatsvinden na zes weken. Bij persisterend veel pijnklachten zou alsnog prothesiologie moeten worden overwogen.

In verband met de aanhoudende klachten werd op 6 februari 2012 toch besloten tot een totale kniearthroplastiek rechts. Klaagster heeft uitleg over de procedure, de nabehandeling en over de keerzijde van een totale knieprothese gekregen.

Op 22 februari 2012 werd de totale kniearthroplastiek verricht. Het peroperatieve en direct-postoperatieve beloop was ongecompliceerd. Een standaard nabehandeling met fysiotherapie werd opgestart. Op 14 maart 2012 werd onder epiduraal anesthesie de rechter knie doorbewogen met aansluitend intensieve oefentherapie met CPM.

Zes weken na de operatie, op 4 april 2012, was sprake van een zeer moeizaam postoperatief beloop met veel pijn en matige kniefunctie. Voor de zekerheid liet verweerder de ontstekingsparameters nog een keer bepalen. Verder diende klaagster onder leiding van een fysiotherapeut intensief te oefenen en het gebruik van elleboogkrukken af te bouwen. De fysiotherapeut meldde aan verweerder dat sprake was van langzame vooruitgang, de kracht nam toe en klaagster liep met één kruk. Klaagster had nog veel pijn tijdens en na de fysiotherapie en de knie werd tussen de behandelingen weer stijf

ondanks veel oefenen. De fysiotherapie werd voortgezet om de mobiliteit en de kracht verder op te bouwen. Verweerder werd verzocht om zijn beleid bekend te maken. Verweerder stuurde op 23 april 2012 een brief naar de revalidatiearts, voor zover thans van belang, inhoudende:

*“mijnsinziens is er bij patiënte sprake van een afwijkende pijnbeleving, waarbij zij hierdoor in een soort negatieve spiraal beland. Op dit moment gebruikt patiënte nog maximale pijnmedicatie. Desondanks zie ik ook nu weer dat de functie in de rechterknie weer aan het afnemen is. Mijnsinziens is patiënte gebaat bij verdere begeleiding vanuit meerdere opzichten. Ik zie uw oordeel en verdere beleid met belangstelling tegemoet.”*

Op 22 augustus 2012 werd klaagster door een collega orthopedisch chirurg van verweerder gezien. Klaagster had een volledig ingetaped bovenbeen. Als beleid werd afgesproken dat een botscan zou worden verricht. Bij geen afwijkingen in de botscan zou klaagster geadviseerd worden om naar de pijnpoli te gaan.

Verweerder heeft vervolgens op 13 september 2012 klaagster verwezen naar de pijnpoli van het ziekenhuis te D. Op de botscan was wel enige activiteit passende bij de recente plaatsing te zien, maar was geen sprake van afwijkingen. Ook de revalidatie-geneeskunde had klaagster tot dan toe niet afdoende kunnen helpen. Verweerder verzocht om een oordeel en zo mogelijk verdere pijnbehandeling.

Klaagster is op 9 juli 2012 in verband met een second opinion gezien in H te I. Geconcludeerd werd dat sprake was van traag herstel na plaatsing van de knieprothese. Er werden geen specifieke beperkingen geconstateerd en het normale beloop diende te worden afgewacht. Op 6 september 2012 vond een Technetiumscan plaats. Op 30 oktober werd een kniepunctie verricht die geen bacteriën opleverde.

Op 18 februari 2013 werd door de H aan de huisarts van klaagster bericht dat de meest waarschijnlijke diagnose een achterste kruisbandinsufficiëntie met overbelasting van het strekapparaat ter plaatse van de patella was. Klaagster werd op de wachtlijst geplaatst voor een revisie van een totale knieprothese rechts met het plaatsen van een achterste kruisbandvervangende totale knieprothese inclusief patella button.

Klaagster werd tussen 22 en 27 maart 2013 opgenomen in de H in verband een volledige revisie TKP rechts vanwege AKB instabiliteit na TKP rechts. Het klinisch beloop was opgestoord. Een röntgencontrolefoto toonde een goede stand van de prothese en de peroperatieve kweken waren allen negatief.

Nadien hebben nog meerdere operaties plaatsgevonden in de H in verband met aanhoudende klachten.

Bij brief van 18 juni 2013 heeft orthopedische chirurg J van H aan de secretaris van de klachtencommissie van het ziekenhuis gemeld dat er geen aanwijzingen waren gevonden voor malpositie of loslating van de door verweerder geplaatste knieprothese.

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

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij na een onjuiste diagnose een verkeerde behandeling heeft verricht door een te grote knieprothese scheef te plaatsen bij klaagster in 2012. Daarnaast heeft verweerder haar te lang door laten lopen

met de prothese nadat zij daar klachten van ondervond en deze in verweerders richting heeft geuit.

#### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat de diagnose gonarthrose door diverse collega's van verweerders is bevestigd. Terecht is een knieprothese geplaatst en de conclusie van collega Wymenga onderstreept verweerders stelling dat geen sprake is geweest van een onjuiste plaatsing van die prothese. Verweerder heeft klaagsters klachten serieus genomen en klaagster is met enige regelmaat door verweerder, en zijn collega's gezien op het spreekuur. Verweerder heeft voorgesteld tot medebehandeling door een revalidatiearts en heeft aandacht gehad voor de psychische kant van de klachten van klaagster. Verweerder heeft klaagster duidelijk willen maken dat hij haar geen goede oplossing meer kon bieden gelet op haar klachten en haar in die zin de woorden gezegd: "ik ben uitgedokterd". Verweerder concludeert dat hij klaagster wellicht in voor haar harde bewoordingen heeft verteld dat hij geen verdere behandel-mogelijkheden zag, en heeft daarvoor tijdens de klachtbehandeling in het ziekenhuis excuses aangeboden, maar is met zijn handelen binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening gebleven.

#### 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

Verweerder zag klaagster nadat zij door haar huisarts in verband met een vermoedelijke bursitis prepatellaris was verwezen naar de reumatoloog. De reumatoloog heeft klaagster een aantal injecties Triamcinolon gegeven in verband met mono-arthritis, mogelijk bij een beginnend arthrotisch proces, die in het begin positief effect hadden. Verweerder heeft vervolgens, mede gelet op de bevindingen die onder andere bleken uit de gemaakte

MRI-scan, een arthroscopie voorgesteld. Deze indicatie is als stap in het diagnostisch traject te verdedigen.

Verweerder heeft in de daarna volgende negen maanden kunnen constateren dat de chondromalacie duidelijk verslechterde op basis van de MRI-scan en de arthroscopie in januari 2012.

De indicatiestelling voor het plaatsen van de knieprothese kan gelet op het voorgaande de tuchtrechtelijke toets doorstaan.

##### 5.3

Wat betreft de plaatsing van de knieprothese overweegt het college het volgende. Uit het operatieverslag volgt dat verweerder volgens de gebruikelijke methode de knieprothese heeft geplaatst. Niet gebleken is dat verweerder een te grote prothese zou hebben geplaatst. Uit de postoperatieve gemaakte röntgenfoto's blijkt een goede stand van de knieprothese. Verweerder is derhalve geen gegrond tuchtrechtelijk verwijt te maken. Na een TKA komt vaker een lager staande patella voor ten gevolge van bindweefselvorming in het gereseceerde vetlichaam van Hoffa. Dat in de H een revisie heeft plaatsgevonden kan derhalve niet tot het een ander oordeel leiden. De brief van 18 juni 2013 van

J bevestigt juist dat de knieprothese niet verkeerd geplaatst was.

#### 5.4

Verweerder heeft klaagster veelvuldig gezien naar aanleiding van de aanhoudende klachten die zij ervoer. Klaagster kon vaak snel gezien worden en er zijn geïndiceerde onderzoeken gedaan. Verweerder heeft klaagster naar de revalidatie-arts en de pijnpoli verwezen in verband met haar pijnklachten. Dat de begeleiding door verweerder niet tot een voor klaagster bevredigend resultaat heeft geleid kan daaraan niet afdoen. Verweerder heeft uiteindelijk aangegeven dat hij klaagster niet verder kon helpen. De door verweerder gebruikte bewoordingen dat 'hij uitgedokterd was' zijn kennelijk op klaagster overgekomen als dat zij in de steek werd gelaten. Verweerder heeft daarmee aan willen geven dat hij orthopedisch gezien klaagster niets meer kon bieden. Het college is van oordeel dat daarmee niet gebleken is dat klaagster door verweerder 'aan het lijntje werd gehouden'. Hoewel niet door verweerder zelf geïnitieerd heeft hij vervolgens meegewerkt aan de second opinion die klaagster wenste in de H. Verweerder is naar het oordeel van het college met zijn handelen binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening gebleven.

#### 5.5

Gelet op het voorgaande is de klacht kennelijk ongegrond en dient als volgt te worden beslist.

## 6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. A.L. Smit, voorzitter, dr. ir. J.G. Konings en A.M.V. Dommissie, leden-artsen, in tegenwoordigheid van mr. J.W. Sijnstra-Meijer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 11 oktober 2016 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, 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 aan-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.