

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 184/2015

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 18 november 2016 naar aanleiding van de op 9 september 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
bijgestaan door J, adviseur,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, orthopeed, werkzaam te D,
bijgestaan door mw. mr. J.S.M. Brouwer, verbonden aan DAS rechtsbijstand te Amsterdam,

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 aanvullende klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek met de bijlagen;
- het medisch dossier;
- de brief van 12 februari 2016 waarin mr. Brouwer laat weten af te zien van dupliek;
- de brief van klaagster gedateerd 29 juli 2016.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 7 oktober 2016, alwaar zijn verschenen klaagster en verweerder, bijgestaan door hun gemachtigden.

Klaagster heeft gelet op de aan de klacht ten grondslag liggende feiten tevens klachten ingediend tegen de artsen E (zaaknr. 183/2015) en F (zaaknr. 185/2015). De klachten zijn ter zitting van 7 oktober 2016 gelijktijdig, niet gevoegd behandeld. In de zaken 183/2015 en 185/2015 wordt op dezelfde datum bij separate beslissing uitspraak gedaan.

Tevens zijn verschenen G en H, beide operatie-assistenten.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch dossier) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klaagster, geboren in 1940, is op 1 mei 2013 verwezen naar de afdeling Orthopedie van het I (hierna: het ziekenhuis).

De huisarts meldde in de verwijsbrief dat klaagster een toename van klachten in de linker knie ervoer. Er waren meerdere kenacort-injecties gegeven, die tijdelijk effect hadden gesorteerd. De diagnose gonarthrosis is door de huisarts vermeld en verzocht werd om een oordeel dan wel therapievoorstel.

Op 6 juni 2013 kwam klaagster bij orthopedisch chirurg E. E noteerde in haar brief aan de huisarts van klaagster, voor zover thans van belang:

“Reden van verwijzen: knie: pijn/dysfunctie links.

Anamnese: tevreden over rechts. Nu meer last van links. Veel pijn. Lopen bijna niet meer, voornamelijk binnenshuis. Geen hulpmiddelen. Neemt pcm tegen de pijn.

Medicatie: losanox, tambocor, cabapentine, sintrom, pantazol, metoprolol, protagens, symbicort.

Overig: cardiaal belast

Lichamelijk onderzoek: normaal postuur. neutrale, lichte valgus as. f/e 100/5/0. pijn mediaal. geen laagstand patella. Gekromde incisie over tibia naar lateraal.

rechts 110/0/0, laxiteit mediaal en lateraal zonder pijn.

Aanvullend onderzoek: x-knie: mediale en patellofemorale arthrosis bij status na gesloten wig osteotomie links

Conclusie: invaliderende gonarthrosis links.

Behandelpunten: indicatie voor TKP links.

Beleid: uitleg over de operatie, de mogelijke complicaties en het te verwachten beloop is gegeven.

Op wachtlijst gezet.”

Klaagster werd op 16 juli 2013 door E en F geopereerd. Het OK-verslag luidde:

“Gebruikte materialen:

- NG LPS flex 10mm Fem E,F-Tib 3,4 articular surface

- NG Tibial Plate size 4

- LPS-FLEX GSF OPTION SIZE F-L.

Perioperatief antibioticabeleid: 24 uren profylaxe: 3 maal 1 g Kefzol i.v.

Eerste gift 30 min voor begin operatie.

Verslag

Patiënte in rugligging, spinaal anaesthesie met femoralis. Flexie/extensie 130/5/0 Aftekenen voorgenomen incisie met medenemen van het oude litteken van de osteotomie. Aanleggen bloedleegte, joderen en steriel afdekken. Mediane incisie waarna mediale artrotomie. Inspectie intra-articulair: mediale compartiment kaal bot, lateral compartiment mild, patellofemoraal goed. Weke delen release mediaal waarna verwijderen voorste en achterste kruisband, vetlichaam van Hoffa en menisci. Instellen proximale tibia met Hohmannen en Blountse hevel waarna intramedullair uitlijnen met extramedullaire controle en met richtinstrumentarium resectie van proximale tibia 2mm onder laagste niveau. Intramedullaire toegang distale femur. Met richtinstrumentarium resectie distale femur in 5 graden valgus. Bepalen maat femurcomponent waarna met het 5 in 1 zaagblok resectie distale femur in 3 graden exorotatie met posterieure condyl als uitgangspunt. Voorbereiden van distale femur voor de box. Uitnemen rest achterste kruisband en release posterieure kapsel mediaal en lateraal waarna proefpassing met spacer in 90 graden flexie en extensie. Symmetrische flexie- en extensiegap. Instellen proximale tibia en bepalen maat en orientatie van de proefcomponent. Tijdelijke fixatie proefplateau. Plaatsen proefcomponent femur waarna inbrengen proefinsert. Goede flexie en extensie met adequate weken delen spanning zowel mediaal als lateraal. Geen midflexie instabiliteit. Goede sporing van de patella met de 'no thumb' techniek.

Controle rotatie tibiacomponent en markeren met diathermie. Verder voorbereiden proximale tibia. Uitgebied spoelen, drogen en incementeren van tibia en femurcomponent, uitharden in extensie met definitieve insert. Bij testen in extensie milde mediale laxiteit.

Nettoyage patella met denerveren patella met diathermie. Uitgebied spoelen van de knie. Sluiten van de arthrotomie met geknoopte vicryl over een redonse drain in 30 graden flexie. Flexie/extensie 140/0/0. Sluiten subcutis met geknoopt vicryl, de huid met staples met gebogen knie. Aanleggen licht drukkend verband. Beeindigen bloedleegte.

Nabehandeling: belast mobiliseren met 2 elleboogskrukken, ontslag naar huis bij rustige wond en flexie minimaal 90 graden

Antistolling: 4 weken 1dd fraxiparine 0,3ml sc

Poliklinische controle: na 2 weken hechtingen verwijderen bij orthopedische verpleegkundig consulent, na 8 weken poliklinische controle met rontgenfoto knie AP en lateraal".

Postoperatief was sprake van een mediale instabiliteit.

Verweerder is vervolgens met E en F naar klaagster gegaan en heeft klinisch onderzoek verricht.

Diezelfde dag vond een revisieoperatie plaats door E, verweerder en F. In het OK-verslag is het navolgende opgenomen:

"Gebruikte materialen:

- NG LPS flex 10mm Fem E,F-Tib 3,4 articular surface

- NG Tibial Plato size 4

- LPS-FLEX GSF OPTION SIZE F-L

- Bupivacaïne 0.5% 3 x 10 ml

- Handschoen MT 8.5 Protegrity I-01

- Handschoen M 8.0 Protegrity F-02

- Handschoen M 7.5 Protegrity F-01

- Handschoen MT 7.0 Protegrity D-02

- Pulse Lavage Knie
 - Cement Mengsysteem 1215 Enkel
 - Donor Vacuumsysteem
 - Zaagblad 116/95 nex gen
 - Knie/schouder pakket
 - Palacos R40+gentamicine0,5gPdr V Cement+sv 20
 - Natriumchloride0,9% 3000ml splvlst ecobag
- Perioperatief antibioticabeleid: 24 uurs profylaxe: 3 maal 1 g Kefzol i.v.
Eerste gift 30 min voor begin operatie.

Verslag

Vanmiddag TKP links. Enige laxiteit mediaal peroperatief geaccepteerd. Op X echter vlagus-stand met mediaal spouwen vd TKP. Flinke mediale instabiliteit. Er wordt gekozen voor een directe insert-wissel. Spinaalanesthesie. Aanleggen bloedleegte. Joderen en steriel afdekken. Verwijderen agraves. Verwijderen subcutis-hechtingen en arthrotomie-hechtingen. Testen vd stabiliteit. Flinke laxiteit mediaal en flexie en extensie. Lateraal ook genoeg ruimte voor dikkere insert. Verwijderen insert. Proef pas met 14, nog enige laxiteit mediaal. Proefpas 17 mm, goede stabiliteit mediaal en lateraal in flexie en extensie. Totale extensie goed mogelijk. Plaatsen 17 mm insert na uitgebreid spoelen met pulse-lavage. De patella spoort door de dikkere insert niet meer goed. Release van het laterale retinaculum, hierdoor weer goede sporing vd patella. Hechten vd arthrotomie over 1 drain. F/E 140/0/0. Hechten vd subcutis. Sluiten vd huid met agraves. Aanleggen drukverband.

Nabehandeling: als primaire TKP, extra letten op goede extensie. morgen X-co.”

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij:

1. zonder nader onderzoek, door middel van een scan, tot een tweede operatie heeft besloten;
2. met grote kracht het been van klaagster heeft gebogen daags na de operatie.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEEDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij het betreurt dat de knieoperatie klaagster niet heeft gebracht wat is nagestreefd. Verweerder voert aan dat gelet op de controlefoto na de eerste operatie en het klinisch onderzoek verweerder en E hebben besloten tot heroperatie.

Wat betreft het buigen van het been voert verweerder aan dat hij op 17 juli 2013 de hele dag op de operatiekamer heeft gestaan en klaagster niet heeft gezien. Indien klaagster het klinisch onderzoek op 16 juli 2013 bedoelt voert verweerder aan dat hij betwist dat hij het been met grote kracht heeft gebogen. Indien doorbewegen noodzakelijk is gebeurt dit onder anesthesie op de operatiekamer.

Zo nodig zal in de overwegingen nader worden ingegaan op het verweer.

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 is na de eerste operatie van klaagster op 16 juli 2013 aanwezig geweest bij de bespreking van de röntgenfoto die als afsluiting van de eerste operatie is gemaakt. Verweerder heeft vervolgens met E en F klaagster gezien en haar linkerknie klinisch onderzocht, terwijl klaagster nog een femurblok had, zodat dit onderzoek niet pijngevoelig kan zijn geweest. Namens klaagster is gesteld dat een echo of MRI-scan had moeten worden verricht alvorens te besluiten tot een tweede operatie. Die stelling volgt het college niet. Gelet op de röntgenfoto na de eerste operatie en de door verweerder geconstateerde speling aan de knie zowel aan de binnenzijde als aan de buitenzijde is naar het oordeel van het college op zorgvuldige wijze een indicatie gesteld voor de heroperatie die dezelfde dag heeft plaatsgevonden.

5.3

Wat betreft het verwijt dat verweerder daags na de operatie de knie van klaagster heeft doorgebogen stelt het college vast dat de feiten daaromtrent niet zijn komen vast te staan. Klaagster verklaarde ook ter zitting dat het doorbuigen de dag ná de operatie zou hebben plaatsgevonden en verweerder geeft aan dat hij klaagster die dag niet heeft gezien. Uit het verpleegkundig dossier blijkt niet van een bezoek van verweerder op 17 juli 2013. Dat brengt mee dat niet kan worden vastgesteld of verweerder klachtwaardig heeft gehandeld. Dit berust er niet op dat aan het woord van klaagster minder waarde wordt gehecht dan aan dat van verweerder, maar op het uitgangspunt dat het handelen dat door een klager ter toetsing aan het college wordt voorgelegd eerst met voldoende mate van zekerheid moet kunnen worden vastgesteld, alvorens kan worden beoordeeld of dit al dan niet tuchtrechtelijk door de beugel kan.

Zo klaagster, in tegenstelling tot hetgeen zij ter zitting verklaarde, 16 juli 2013 heeft bedoeld als de dag dat verweerder de knie heeft doorgebogen kan dit evenmin leiden tot een tuchtrechtelijk verwijt. Klaagster had op 16 juli 2013 nog een femurblok, waardoor de knie was verdoofd, en van pijngevoeligheid geen sprake kan zijn geweest. Daarenboven is van het doorbuigen van de knie op 16 juli 2013 geen sprake geweest blijkens het medisch dossier.

5.4

Het vorenstaande leidt tot de conclusie dat de klacht ongegrond is.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan door mr. F. van der Maden, voorzitter, mr. M. Willemse, lid-jurist, H.W.J. Koot, R.O. Rischen en dr. G.J.M. Akkersdijk, leden-artsen, in tegenwoordigheid van mr. J.W. Sijnstra-Meijer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 18 november 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.