

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2016.459

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE

voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2016.459 van:

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

gemachtigde: C.,

tegen

D., orthopeed, werkzaam te E., verweerster in beide instanties,

gemachtigde: mr. J.S.M. Brouwer, verbonden aan DAS Nederlandse Rechtsbijstand

Verzekeringmaatschappij N.V. te Amsterdam.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klaagster - heeft op 9 september 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen D. - hierna de orthopeed - een klacht ingediend. Bij beslissing van 18 november 2016, onder nummer 183/2015, heeft dat College de klacht afgewezen. Klaagster is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De orthopeed heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaak C2016.460 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 9 mei 2017, waar is verschenen de orthopeed, bijgestaan door mr. Brouwer voornoemd. Klaagster en haar gemachtigde, C. voornoemd, waren niet ter terechtzitting aanwezig. De heer C. heeft het Centraal Tuchtcollege kort voor de terechtzitting telefonisch laten weten dat beiden, hoewel reeds onderweg om de terechtzitting bij te wonen, om gezondheidsredenen klaagster betreffende rechtsomkeert hebben gemaakt.

De orthopeed en haar gemachtigde hebben hun respectieve standpunten ter terechtzitting nader toegelicht.

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 (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 F.-ziekenhuis (hierna: het ziekenhuis).

De huisarts meldde in de verwijfsbrief dat klaagster een toename van klachten in de linkerknie 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 verweerster. Verweerster 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.

Behandelplan: 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 verweester en G. 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. Uitmaken 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. Uitgebreid 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. Uitgebreid 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 werd een röntgenfoto gemaakt waaruit mediale instabiliteit bleek.

Orthopedisch chirurg H. is vervolgens met verweester en G. naar klaagster gegaan en heeft klinisch onderzoek verricht.

Diezelfde dag vond een revisieoperatie plaats door verweester, G. en orthopedisch chirurg H.. 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 uren 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.”

Zes dagen na de operatie is klaagster met ontslag gegaan.

Op 30 juli 2013 is klaagster gezien door I.. De hechtingen werden verwijderd en klaagster gaf een pijnscore 1 aan. Het wondaspect was fraai. Er was sprake van oedeem. I. noteerde als opmerking:

“tubi gripp om, zo doorgaan
been stand wat scheef, D. heeft meegekeken, mw had voordien ook een x been lijkt
ook nu

mw heeft het idee dat haar been langer is”

Op 11 september 2013 vond een controle plaats waarbij werd opgetekend:

“Verloop: gaat wel goed.

’s avonds wat dikker en warm
stabiliteit redelijk, net als rechts.”

Uit het verslag van het beeldvormend onderzoek van de linkerknie op 11 september 2013 bleek dat er een goede stand van de prothese was bij 17 mm insert. De conclusie was: “goede situatie 8 wk na TKP links”. Revisie zou na drie maanden plaatsvinden.

Op 4 februari 2014 heeft de fysiotherapeut navolgende brief geschreven, gericht aan verweester, geadresseerd aan klaagster, voor zover relevant voor de klacht inhoudende:

“Verloop

(...)

Sinds enkele weken hebben we de fysiotherapie weer opgepakt

Mobiliteit van de knie is goed.

De knie voelt nog wat instabiel en schiet zo nu en dan in hyperextensie bij het opstaan. Hiervoor tape ik haar met curetape (dus volledige beweging blijft hiermee mogelijk) om een veiliger gevoel te geven en de spieren te stimuleren om tijdig aan te spannen.

Onder en lateraal van de patella blijft mw. constante pijn houden. Hiervoor heb ik haar een aantal maal fors gemasseerd. Bij palpatie wordt het gebiedje wel wat minder hyper-
toon, maar de pijn blijft aanhouden

Verder werken we aan de kracht en stabiliteit van de knie dmv oefentherapie.

Wij horen graag uw mening over de knie en evt. over de prognose.”

Op 10 februari 2014 vond een controle plaats bij verweester. Daarvan staat in het medisch dossier opgetekend:

“echtgenoot overleden

fors afgevallen.

knie niet goed. knakt en bij stekking 2 keer naar achteren gezakt.

in flexie voor achterwaarts fors speling, in extensie stabiel.

beleid: nu training, co 3 maanden dan beoordeling over LCK nodig is...”

Op 12 mei 2014 sprak klaagster met verweester over een revisie-operatie toen klaagster nog ‘aan het kwakkelen’ was. Klaagster zag revisie niet zitten en wilde graag door met fysiotherapie en eventueel een brace. Een controle zou na zes maanden plaatsvinden.

Op 26 mei 2014 noteerde verweester naar aanleiding van een controle:

“J.: knie niet te brace, zakt steeds af. Er zou dan een brace gemaakt moeten worden op maat.

FT: kan er ook niet veel mee.

wil nog geen ok,

eerst nog maar brace

co zn”

Op 28 augustus 2014 zond K., werkzaam als orthopedisch chirurg in het LL.- Ziekenhuis, een brief aan verweester, met navolgende inhoud:

“Anamnese:

bovengenoemde patiënte zag ik voor second opinion van haar linkerknie.

In 2001 onderging zij een valgiserende tibiakop osteotomie links. In 2006 kreeg zij een totale knieprothese rechts, waarvan zij een prima functioneel resultaat heeft.

In juli 2013 kreeg zij een totale knieprothese links, Nog dezelfde dag moest ze opnieuw

geopereerd worden en werd er volgens haar beschrijving een dikkere buffer geplaatst. Alle operaties in het F.-ziekenhuis.

Van deze linkerknie heeft ze altijd last gehouden. Pijn bilateraal en regelmatig doorzakken.

Zij heeft een actieradius van hooguit 200 m en wordt nog steeds regelmatig wakker van de knie.

Na enkele maanden werd een nieuwe operatie voorgesteld (totale revisie? opnieuw dikkere insert?) maar daar zag patiënte toen voorlopig vanaf. In plaats daarvan heeft zij

een kniebrace (arthrosator) gekregen. Geen steviger brace, want die zou bij haar niet passen vanwege te dunne kuiten.

Lichamelijk onderzoek:

de rechterknie heeft een fysiologische beenas en een functietraject van 115 / 0/ 0 met intacte stabiliteit.

Links vind ik een milde valgus as. De knie is slank. Rustig litteken. Er is een milde tot matige quadriceps atrofie. Functietraject net als rechts 115/0/0, maar een uitgesproken collaterale laxiteit, vooral mediaal.

Aanvullend onderzoek:

x linkerknie: tibia component en femurcomponent in goede stand met goede aansluiting. Er is een behoorlijke dikke insert geplaatst van ik denk wel 20 tot 25 mm dik. Status na valgiserende tibiakop osteotomie.

Conclusie:

persisterende collaterale instabiliteit, met name mediaal, en secundaire pijnklachten Linkerknie na totale knieprothese in 2013. Ongetwijfeld is er een laesie van de mediale band geweest durante operationem. De oplossing door een dikkere insert te plaatsen heeft uiteindelijk niet het gewenste resultaat gehad.

Weer opnieuw een nog dikkere maat insert te plaatsen is ook niet de oplossing voor dit

probleem. Uiteindelijk zal de verlittekende mediale band toch weer gewoon uitlubberen. Bovendien geeft het geen goede collaterale balancerings. Reconstructie van de mediale band lijkt mij ook niet meer haalbaar.

Een operatieve oplossing zou moeten bestaan uit een totale prothese revisie, waarbij dan

een prothese moet worden geplaatst van een constrained type om de collaterale stabiliteit te zekeren.

Ik heb patiënte uitgelegd dat dit een grote operatie is, waarvan uiteindelijk ook een functioneel resultaat verwacht mag worden, die beduidend minder zal zijn dan die van de

rechterknie.

Patiënte gaat hierover nadenken. In de tussentijd zie ik haar binnenkort terug met onze eigen orthopedisch instrument maker om te zien of zij toch een scharnierbrace aangemeten kan krijgen.”

Op 12 november 2014 heeft klaagster een gesprek met verweerster. Daarvan is het navolgende genoteerd:

“komt praten.

“no hard feelings” maar baalt er erg van

heeft SO bij K. gedaan;

advies evt revisie.

zit dit nog steeds niet zitten.

zou wel nog eens ons oordeel willen weten.

SO bij van L. plannen dubbele tijd.
vindt ze fijn, accoord.”

Op 4 januari 2015 heeft klaagster verweerster een brief geschreven waarin zij gegevens opvraagt. Op de in het dossier bevindende kopie van deze brief is genoteerd:

“accoord
kopie - OK verslagen
- dossier
- Röntgen”

Op 23 maart 2015 heeft klaagster een consult gehad bij L., orthopedische chirurg in het F.-ziekenhuis. In zijn brief aan de huisarts naar aanleiding van dit consult nam hij het volgende op:

“Op 23-03-2015 zag ik bovengenoemde patiënte voor een medebeoordeling op verzoek van collega D..

Patiënte geeft aan recent een brace te hebben gekregen in M., het gaat daarmee eigenlijk heel redelijk.

Bij lichamelijk onderzoek een adequate brace, slanke knie, 4 cm quadriceps atrofie ten nadele van links. Soepele flexie en extensie. De knie is mediaal laks in flexie en in extensie en vanuit maximale flexie maakt de knie eerst een voorachterwaartse schuifbeweging waarna het been gestrekt wordt. Patellofemoraal stabiel.

Conclusie: instabiliteit na totale knie vervanging links.

Advies en beleid: gezien het resultaat van de conservatieve behandeling met een brace en de nadelen van een operatieve correctie adviseer ik nu geen revisie naar een constrained prothese.

Op verzoek van patiënte en begeleider heb ik de röntgenfoto's meegegeven.”

Op 14 juli 2015 heeft klaagster een brief aan verweerster gezonden waarin zij onder meer meedeelde dat zij daags daarvoor gezien was door N.. Verweerster en G. hebben bij brief van 21 juli 2015 gereageerd naar klaagster, voor zover thans relevant inhoudende:

“Hierbij wil ik, mede namens G., reageren op uw brief van 14 juli 2015 aan mij waarin u meerdere vragen stelt over het beloop van uw totale knieprothese van 16 juli 2013. In uw eerdere brief van 4 januari jl. heeft u mij ook gevraagd meer duidelijkheid te geven over “Wat er mis is gegaan bij de operatie”.

Ik kan u niet zeggen waarom de knie na de eerste operatie op 16 juli 2013 geen goede positie toonde. Er is tijdens de operatie mijns inziens niets anders gebeurd dan normaal. De uitslag van de operatie en de noodzaak tot heroperatie was niet door mij voorzien. De speling op de band kan tijdens de operatie zijn ontstaan, maar ik heb dit niet zien gebeuren en ook later tijdens de operatie niet opgemerkt.

Hierbij is belangrijk op te merken dat voor de operatie uw knie ook speling toonde over de binnenband, mogelijk heeft dit ook een rol gespeeld bij het uiteindelijke resultaat.

De tweede operatie op 16 juli 2013 werd verricht om de speling aan de binnenband te corrigeren met een dikkere “insert”. Hiermee was de knie goed stabiel, en heeft u in de eerste periode redelijk goed kunnen functioneren. Dit maakt het lastig om te bepalen waarom in een later stadium toch weer speling is opgetreden.

De totale knieprothese operatie is door mij samen met G. uitgevoerd waarbij delen van de operatie door G. onder mijn supervisie zijn verricht. Zoals gebruikelijk in een opleidingsziekenhuis, worden verrichtingen deels of geheel door de orthopeden in opleiding uitgevoerd. U was hiervan voor de operatie op de hoogte en dit staat genoteerd in het opnameformulier van 6 juni 2013.

Het verrichten van een ingreep door een orthopeed in opleiding gaat volgens een strikt

opleidingsplan waarbij de orthopeed in opleiding gezamenlijk met de opleider bepaalt welke ingreep hij kan uitvoeren (welke mate van supervisie of zelfstandig). G. was gezien zijn ervaring en zijn eerdere verrichtingen in staat de operatie onder supervisie uit te voeren.

Het is voor mij niet terug te halen welke exacte stappen van de operatie door mijzelf of door G. zijn verricht. Het feit dat G. en ik beide als operateur van de operatie staan opgesteld, betekent dat G. de operatie is gestart. Het is gebruikelijk dat de orthopeed in opleiding begint met de operatie, dat wil zeggen: het opdekken, aftekenen en maken van de incisie en vrijleggen van de knie. Na goed instellen van het richtapparaat is het maken van de zaagvlakken vaak een gezamenlijke handeling.

U vraagt om een kopie van het 3 maandelijks verslag over het functioneren van G.. Het opleidingsportfolio van G. is persoonlijk. In verband met het recht op privacy hebben anderen geen recht op inzage.

Zowel in het F.-ziekenhuis als in het O. bij professor P., zijn alle beoordelingen conform de richtlijnen geweest en als voldoende beoordeeld. Onze medische aansprakelijkheidsverzekeraar Q. heeft uw aansprakelijkstelling beoordeeld en ik adviseer u- indien u het niet eens bent met hun standpunt- om akkoord te gaan met het laten verrichten van een onafhankelijk orthopedisch expertise onderzoek. Dit is ook in lijn met artikel 18 van de Gedragscode openheid afwikkeling medische aansprakelijkheid (Goma) en komt ook overeen met de aanbeveling van N. tijdens het gesprek op 13 juli 2015. Op deze manier wordt er een objectieve en onafhankelijke beoordeling gegeven over uw operatie en of er medisch onzorgvuldig gehandeld is tijdens de operatie.

Zoals u aangeeft in uw brief ben ik zeer betrokken bij mijn patiënten en trek ik me ook uw probleem zeer aan. Ik wens u al het beste en veel sterkte met uw knie
Ik hoop dat ik u voldoende heb geïnformeerd.”

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerster -zakelijk weergegeven- :

1. *Dat zij in gezamenlijke handeling met G. op onjuiste wijze zaagvlakken heeft aangebracht tijdens de eerste operatie op 16 juli 2013. Verweerster heeft niet op adequate wijze vastgesteld wat de reden is geweest dat het onderbeen geen goede positie had. Verweerster heeft een verklaring afgelegd dat zij tezamen met G. heeft gezaagd terwijl maar één persoon het zaagapparaat kan hebben vastgehouden. Verweerster heeft G. de operatie mee laten uitvoeren terwijl hij daartoe nog niet bevoegd kan zijn geweest.*

2. *Er was geen indicatie tot het uitvoeren van de tweede operatie; Verweerster heeft geen scan laten maken; daarom was het zinloos over te gaan tot het plaatsen van dikkere inserts. Er is derhalve niet zorgvuldig en lege artis gehandeld. Verweerster heeft de vragen van klaagster omtrent hetgeen gebeurd is geweigerd te beantwoorden, dan wel bewust aantoonbaar onjuiste informatie aan de patiënt verstrekt.*

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

Verweerster voert -zakelijk weergegeven- aan dat zij het zeer betreurt dat het resultaat van de knieoperatie teleurstellend is te noemen. Verweerster voert aan dat zij met haar handelen binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven en haar geen gegronde tuchtrechtelijke verwijt kan worden gemaakt. 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 Ten aanzien van de het eerste klachtonderdeel, het verrichten van onjuiste handelingen met betrekking tot het zagen, overweegt het college allereerst dat de gevolgtrekking van klaagster is dat door dit foutief handelen tijdens de eerste operatie sprake is geweest van het doorzagen dan wel schade toebrengen aan de mediale band. Of dit al dan niet het geval is geweest kan achteraf niet meer vastgesteld worden. Verweerster acht het, gelet op de wijze waarop de operatie is verlopen, volgens protocol en zonder complicaties tijdens de operatie, zoals ook blijkt uit het OK-verslag, niet waarschijnlijk dat dit is gebeurd. De door klaagster hieromtrent in het geding gebrachte brieven van K. kunnen – het betreft bevindingen in het kader van een second opinion maar niet als deskundigenbericht – niet tot een ander oordeel leiden. De vraag die wel beantwoord kan worden is of er op grond van de stukken aanleiding is te veronderstellen dat er fouten zijn gemaakt tijdens de operatie onder leiding van verweerster die tuchtrechtelijk verwijtbaar zijn. Deze vraag beantwoordt het college ontkennend. Uit het operatieverslag alsmede de daarover door verweerster gedane uitlatingen in het verweerschrift en ter zitting blijkt dat de operatie zonder complicaties is verlopen. Het instellen van het zaagblok en het zagen is gebeurd in samenspraak tussen verweerster en G., die werkte onder verweersters supervisie, hetgeen verweerster, bij wie G. in opleiding was, op deze wijze zo mocht laten doen. Bij het testen aan het einde van de operatie werd een milde mediale laxiteit geconstateerd. Deze was aanvaardbaar. Verweerster heeft desgevraagd uitgelegd hoe het testen is verlopen. G., die, zo is ter zitting bevestigd, als operateur heeft opgetreden, heeft gelijkluidend verklaard over het ongecompliceerd verloop van de operatie. Dat, vervolgens, zo kan feitelijk vastgesteld worden, na de operatie een asymmetrie is geconstateerd van de gewrichtsspleet en (te grote) instabiliteit, is een gegeven. Of daar foutief handelen tijdens de operatie door verweerster aan ten grondslag ligt is echter niet vast te stellen. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.3 Het tweede klachtonderdeel behelst de vraag of de tweede operatie uitgevoerd had mogen worden. Dit klachtonderdeel is ongegrond. Verweerster heeft in het verweerschrift alsmede ter zitting gemotiveerd uiteengezet wat de reden was om over te gaan tot de tweede operatie. Na de eerste operatie is instabiliteit en asymmetrie van de zojuist geopereerde knie vastgesteld. Dit bleek uit de controlefoto op de uitslaapkamer (röntgenfoto) waarna het klinisch beeld bij onderzoek van de knie werd bevestigd in aanwezigheid van verweerster, G. en H.. Dit onderzoek leidde tot de bevindingen dat met een nadere ingreep en het plaatsen van dikkere inserts de geconstateerde instabiliteit kon worden verminderd. Op die grond is tot de heroperatie besloten. Het college acht deze werkwijze zorgvuldig. Daarbij betreft zij nog dat verweerster heeft uitgelegd wat de reden was om, niet nog een scan of echo te maken alvorens tot de ingreep over te gaan omdat “scattering” zou hebben verhinderd dat hieruit juiste conclusies zouden kunnen worden getrokken. De indicatie tot de tweede ingreep is aldus juist geweest. Dat er, zoals klaagster stelt, geen of onjuiste informatie is verstrekt door verweerster met betrekking tot de gang van zaken omtrent de twee operaties, vindt naar het oordeel van het college geen steun in de feiten. Uit de stukken, en met name de brief van 21 juli 2015 van verweerster aan klaagster blijkt dat zij openheid heeft willen betrachten omtrent de feiten betreffende de knieoperaties van klaagster. Hierin ziet het college geen tuchtrechtelijk verwijt.

5.4 *Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de klacht niet terecht is voorgesteld en dient te worden afgewezen. Verweerster is met haar handelen binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening gebleven.”*

3. Beoordeling van het beroep

3.1 Klaagster beoogt met haar beroep de zaak in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege ter beoordeling voor te leggen. Klaagster heeft daartoe met name aangevoerd dat het college de rapportage van K. ten onrechte niet als een deskundigenbericht heeft aangemerkt en voorts dat het college ten onrechte heeft geoordeeld dat tijdens de (eerste) operatie onder leiding van de orthopeed geen fouten zijn gemaakt. Het beroep strekt ertoe dat de klacht van klaagster alsnog gegrond wordt verklaard.

3.2 De orthopeed voert hiertegen verweer en concludeert tot verwerping van het beroep.

3.3 Met betrekking tot de stelling van klaagster dat het college in eerste aanleg de rapportage van K. ten onrechte niet als deskundigenbericht (maar als bevindingen in het kader van een second opinion) heeft aangemerkt overweegt het Centraal Tuchtcollege dat de door het Regionaal Tuchtcollege gebezigde kwalificatie van de rapportage van ondergeschikt belang is. Het Regionaal Tuchtcollege heeft immers, gelijk het Centraal Tuchtcollege, kennis genomen van de rapportage van K. en de inhoud daarvan bij zijn overwegingen betrokken.

3.4 In aanvulling op hetgeen met betrekking tot de feiten en omstandigheden is weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in beroep niet, althans onvoldoende is bestreden, gaat het Centraal Tuchtcollege voor de beoordeling van het beroep uit van het navolgende.

3.5 Op 16 juli 2013 is klaagster geopereerd door de orthopeed en haar collega G. samen. De laatste was in het vijfde jaar van zijn opleiding en had tot dat moment circa 45 totale knieprothesen onder supervisie geplaatst. De orthopeed trad bij de operatie op 16 juli 2013 op als supervisor. Ter terechtzitting in beroep hebben zowel de orthopeed als G. aangegeven geen specifieke herinneringen aan de operatie te hebben zodat ook in beroep onduidelijk blijft wie van beiden welk deel van de operatie heeft uitgevoerd.

3.6 Uit de stukken en hetgeen ter terechtzitting in beroep is besproken komt naar voren dat tijdens de operatie, zoals te doen gebruikelijk bij een dergelijke operatie, in ieder geval op twee momenten de laxiteit van het kniegewricht is getest. De eerste maal is dat gebeurd bij het plaatsen van het blok en vervolgens nogmaals bij het plaatsen van het proefplateau. In beide gevallen is de knie door de orthopeed en G. tezamen stabiel bevonden en op basis daarvan is gekozen voor een insert van 10mm.

3.7 Postoperatief is in de uitslaapkamer volgens protocol een röntgenfoto gemaakt. Deze foto gaf H., orthopeed en collega van de orthopeed en G., aanleiding klinisch onderzoek te verrichten bij klaagster, die zich op dat moment nog op de uitslaapkamer bevond. H. beoordeelde de knie als instabiel en besloten is diezelfde dag tot heroperatie over te gaan. Deze tweede operatie is verricht door de orthopeed en H., geassisteerd door G.. Bij deze operatie is de insert van 10mm verwijderd en vervangen door een insert van 17mm.

3.8 Het Centraal Tuchtcollege stelt het volgende voorop.

3.9 De linker knie van klaagster was, vanwege de eerder uitgevoerde osteotomie, te kwalificeren als een ‘moeilijke’ knie. G. heeft zichzelf bekwaam geacht de operatie onder supervisie uit te voeren. Gelet op hetgeen hiervoor onder 3.5 is gesteld met betrekking tot de ervaring van G. is ook het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat G. tot het onder supervisie uitvoeren van de operatie bekwaam moest worden geacht.

3.10 Tijdens de eerste operatie werd de laxiteit van het kniegewricht, met een insert van 10mm, goed (genoeg) bevonden. Toen de knie postoperatief instabiel werd bevonden is bij de tweede operatie gekozen voor een insert van 17mm. Niet valt in te zien hoe dit (relatief grote) verschil anders te verklaren valt dan door een verkeerde beoordeling van de laxiteit van het kniegewricht tijdens de eerste operatie. Deze beoordeling is verricht door de orthopeed als supervisor en G. gezamenlijk. Gelet op de ervaring van G. en de fase waarin zijn opleiding zich bevond houdt het Centraal Tuchtcollege de orthopeed en G. gezamenlijk verantwoordelijk voor deze beoordeling.

3.11 De vraag die vervolgens aan de orde komt is of deze verkeerde beoordeling te kwalificeren valt als tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen. Het Centraal Tuchtcollege beantwoordt die vraag in het onderhavige geval ontkennend en overweegt daaromtrent als volgt.

3.12 Voorop moet worden gesteld dat het de orthopeed valt aan te rekenen dat de laxiteit van het kniegewricht tijdens de eerste operatie niet juist is beoordeeld. Onduidelijk is echter gebleven waardoor de verkeerde beoordeling is ontstaan en welke factoren daarbij mogelijk van belang kunnen zijn geweest. Direct na de (eerste) operatie is, naar aanleiding van de conform protocol gemaakte röntgenfoto, de knie door een collega van de orthopeed klinisch onderzocht. De collega beoordeelde de knie als instabiel en na overleg tussen deze collega en de orthopeed is besloten tot onmiddellijke heroperatie van klaagster. Daarmee is het onbevredigende resultaat van de eerste operatie snel en adequaat gerepareerd. De orthopeed heeft derhalve niet geheel gehandeld zoals van hem had mogen worden verwacht tijdens de operatie, doch gelet op de omstandigheden van dit geval acht het Centraal Tuchtcollege het niet juist beoordelen van de laxiteit van de knie tijdens de operatie niet zodanig zwaarwegend dat haar daarvan een tuchtrechtelijk verwijt moet worden gemaakt.

3.13 Met betrekking tot de vraag of de tweede operatie geïndiceerd was sluit het Centraal Tuchtcollege zich aan bij de overwegingen en het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege onder 5.3 van de beslissing in eerste aanleg en neemt deze overwegingen en dit oordeel integraal over. Het Centraal Tuchtcollege hecht er voorts aan op te merken dat een juiste beoordeling van de stabiliteit van de knie tijdens de eerste operatie klaagster een tweede operatie had kunnen besparen, maar dat niet is gebleken dat het beloop van het herstel van klaagster nadien anders zou zijn geweest als de instabiliteit eerder was geconstateerd.

3.14 De conclusie van het voorgaande is dat het Centraal Tuchtcollege evenals het Regionaal Tuchtcollege de klacht ongegrond acht, zij het op andere gronden.

4. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. T.L. de Vries, voorzitter, mr. W.P.C.M. Bruinsma 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 terechtzitting van 6 juli 2017.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.