

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2018/220

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 12 juni 2018 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
klager,
tegen

C,
orthopedisch chirurg,
werkzaam te B,
gemachtigde: mr. C. Velink, advocaat te Amsterdam
verweerder,

1. De procedure

1.1. Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift, met bijlagen;
 - het op 13 juli mei 2018 binnengekomen verweerschrift met bijlage;
 - de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek en de zitting;
- het proces-verbaal van het op 22 augustus 2018 gehouden verhoor in het kader van het vooronderzoek;
- de op 26 september 2018 binnengekomen brief van verweerder, met bijlagen.

1.2. De klacht is op de openbare zitting van 2 november 2018 behandeld. Partijen waren aanwezig. Verweerder werd bijgestaan door mr. Velink. Laatstgenoemde heeft een toelichting gegeven aan de hand van een pleitnota die aan het college en de wederpartij is overgelegd.

2. De feiten

2.1. Verweerder is arts sinds 2004 en orthopedisch chirurg sinds 2011. Sinds 1 januari 2013 werkt hij in ziekenhuis D te B, waar hij zich in het bijzonder richt op schouder- en elleboogproblematiek.

2.2. In verband met pijn in de linkerschouder heeft klager in 2017 een fysiotherapeut bezocht. Deze schreef op 26 juni 2017 aan de huisarts:

“(..)

Betreft een langer bestaande klacht (...).

(...).

Conclusie onderzoek:

impingement RC en pijnlijke bicepspees

(..)

Na 4 behandelingen is er toename van de klacht, patiënt kan niet slapen door de pijn;

(..)

Gaarne hierbij met u overleg omtrent doorverwijzen voor nader onderzoek (echo?) en gerichte therapie (infiltraat).

(...).”

2.3. Vervolgens heeft de huisarts klager doorverwezen naar het D. Daar is klager op 5 juli 2017 gezien op de polikliniek orthopedie. Physician assistant F (hierna ook: de PA) heeft hierover in het medisch dossier vermeld:

“(..)

Anamnese: *Patiënt heeft sinds enkele maanden pijn in de linker schouder. De pijn is gelokaliseerd aan de anterolaterale zijde van de schouder. Patiënt ervaart geen krachtsverlies. (...)*

Lichamelijk onderzoek: *AROM: AF 150, AB 90, EXO 25, ENDO LWK. Rotator cuff weerstandtesten zijn krachtig, impingementen testen zijn positief. Biceps++. Speed+. Ter hoogte van de huid en neurovasculair geen bijzonderheden.*

Aanvullend onderzoek (DC kliniek): *X schouder: geen ossale afwijkingen.*

Echo: g.b.

Conclusie: *verdenking cuff tendinopathie links, DD bicepspees.*

Beleid: *gezien negatieve echo en toch kliniek passende bij tendinopathie en daarnaast is patiënt erg kritisch over echo in DC, hier geen vertrouwen in. Derhalve herhalen echo en handelen naar bevinden. Co nadien.*

2.4. Op 2 augustus 2017 is klager wederom gezien op de polikliniek orthopedie. De PA heeft hierover in het medisch dossier vermeld:

“Uitslag echo + infiltratie linker schouder 13-7;

Subluxatie van de bicepspees welke verdikt is met veel vocht rondom, passend bij tendinopathie. Verkalkingen insertie subscapularispees. Infiltratie lange bicepspees links.

A/ geen effect infiltratie.

LO/ toch duidelijk passende bij bicepspeesirritatie

C/ bicepspeestendinopathie links

B/(iom dr. G)

Nu expectatief.

Bij toename klachten infiltratie biceps herhalen.

PM. Scopische bicepspeestenotomie”.

2.5. Vervolgens heeft klager op 11 oktober 2017 de polikliniek bezocht. In het medisch dossier is vermeld bij contactdatum 11-10-2017:

“Herhaalconsult (...)

(...)

Aanvragende gebruiker: H 18-08-17 08:23 Geautoriseerd door: A

(...)

INFILTRATIE SCHOUDER SUBACROMIAAL/BICEPS (ECHO) L (...)
(...)

Aanvragende gebruiker: RLM F 11-10-17 13:27 Geautoriseerd door RML F
(...)

graag herhalen infiltratie
(...)

Injectie: anaesthesie
corticosteroïden

Voortgangsverslag door RLM F op 11-10-2017 13:29
(..)

Houdt veel klachten
LO/biceps ++

Voelt het klikken

B/herhalen infiltratie

Co 2-3 wk nadien”.

2.6. Op 16 oktober 2017 heeft klager een tweede injectie gekregen. De radioloog vermeldt daarover in het medisch dossier:

“INFILTRATIE SCHOUDER SUBACROMIAAL/BICEPS (ECHO) L (...) (vervolg)
(..)

Thans nog steeds een verdikt en inhomogeen aspect van de bicepspees. Licht toegenomen hoeveelheid vocht rondom.

Onder echogeleide en standaard steriele omstandigheden wordt 1 ml Depo-Medrol en 5 ml bupivacaine langs de bicepspees achtergelaten.”

2.7. Op 1 november 2017 is klager door verweerder gezien op de polikliniek orthopedie. Het medisch dossier vermeldt bij die contactdatum:

“(..)

Echo en biceps injectie: geen effect

Obv onderzoek en anamnese diagnose best passend bij cuff en biceps tendinopathie schouder links

Echo: geen afwijkingen aan cuff en biceps

Uitleg, geen injecties herhalen maar advies is gespecialiseerde fysiotherapeut opzoeken voor cuff en scapula training

Patiënt niet tevreden met advies wil 2de mening bij collega I.”

2.8. Klagers huisarts is over de verschillende consulten geïnformeerd. De brieven betreffende de consulten van 5 juli en 2 augustus 2017 aan de huisarts zijn ondertekend door verweerder en de PA. De brief betreffende het consult van 1 november 2017 aan de huisarts is ondertekend door alleen verweerder.

2.9. Klager is naar een tweede fysiotherapeut gegaan. Deze heeft klager na behandeling wegens aanhoudende klachten op 3 januari 2018 terugverwezen naar de huisarts voor verder specialistisch onderzoek en beleid.

2.10. Op 26 april 2018 is klager door orthopedisch chirurg J in het K geopereerd. Deze schrijft daarover aan de huisarts, dat is verricht een arthroscopische Y-shaped bicepstenotomie, nettoyage van de bursa en subacromiale decompressie schouder links. Verder schrijft hij:

“(…)

Biceps: partiele ruptuur waarbij de biceps dynamisch ook subluxeert in exorotatie met een ruim SGHL wv Y-shaped bicepstenotomie

“(…)

Subraspinatus: enige fraying thv de biceps, overig footprint intact

“(..)

veel capsulitis glenohumeraal.

3. De klacht en het standpunt van klager

3.1. De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

- a) niet de juiste diagnose heeft gesteld;
- b) ten onrechte geen MRI scan heeft laten maken; en
- c) klager twee overbodige injecties heeft laten geven.

3.2. Klager heeft dit als volgt toegelicht. Als verweerder direct de juiste diagnose had gesteld en hem had geopereerd, was klager maanden eerder van de pijn af geweest. Verder maakten de injecties de pijn alleen maar erger, terwijl zij waren bedoeld om de pijn te verminderen.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de ontvankelijkheid van de klacht betwist voor zover die ziet op de consulten van 5 juli en 2 augustus 2017. Ook overigens heeft verweerder de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

Ontvankelijkheid

5.1. Allereerst moet het college beoordelen of klager in zijn klacht ontvankelijk is voor zover die betrekking heeft op de consulten van 5 juli en 2 augustus 2017. Verweerder heeft aangevoerd dat dit niet het geval is, omdat klager toen gezien is door de physician assistant (PA), die zelf verantwoordelijk is. Verweerder was daarbij niet betrokken en kan dan ook niet tuchtrechtelijk aangesproken worden.

Volgens klager maakt verweerdens afwezigheid bij die consulten niet uit, omdat verweerder hoe dan ook eindverantwoordelijk is.

5.2. Het college stelt vast dat voor de ten tijde van het handelen waarover wordt geklaagd, een ander – beperkter - tuchtrechtelijk regime gold dan voor geregistreerden op grond van artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Uit artikel 36a lid 1 en 6 Wet BIG volgt immers dat dat handelen van een physician assistant door het tuchtcollege kan worden getoetst, uitsluitend voor zover het gaat om bij algemene maatregel van bestuur aangewezen handelingen.

5.3. Voor de PA zijn die zogenoemde voorbehouden handelingen neergelegd in 'Het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant' van 21 december 2011 (Stbl. 2011, nr. 658). Artikel 7 lid 1 van dat besluit (hierna: het Tijdelijk besluit) somt de voorbehouden handelingen op die de physician assistant, binnen de grenzen van lid 2 (o.a.: specifiek deskundigheidsgebied), mag uitvoeren:

- a. het verrichten van heelkundige handelingen;
- b. het verrichten van endoscopieën;
- c. het verrichten van catheterisaties;
- d. het geven van injecties;
- e. het verrichten van puncties;
- f. het verrichten van electieve cardioversie;
- g. het toepassen van defibrillatie;
- h. het voorschrijven van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel s, van de Geneesmiddelenwet.

5.4. De klacht betreft kort gezegd dat een onjuiste diagnose is gesteld, dat geen MRI-scan is gemaakt en dat zelfstandig is besloten een radiologische interventie (echogelegeide injectie) aan te vragen. Deze verwijten gaan niet over voorbehouden handelingen zoals hiervoor onder 5.3 bedoeld. Dit betekent dat de PA daarvoor zelf niet tuchtrechtelijk kan worden aangesproken.

Weliswaar mocht een PA op grond van artikel 6 van het Tijdelijk besluit op zijn deskundigheidsgebied bijvoorbeeld ook diagnoses stellen, maar daarvoor was hij volgens artikel 36a Wet BIG niet onderworpen aan tuchtrechtspraak. Met ingang van 1 september 2018 geldt overigens ook voor de PA het volledige tuchtrechtelijke regime, maar dat heeft geen terugwerkende kracht en is dus voor de nu voorliggende klacht niet relevant.

5.5. Het voorgaande brengt met zich dat, hoewel het hier gaat om beoordelingen die de PA volgens het besluit zelfstandig mocht verrichten, een PA daarvoor niet onder het tuchtrecht viel. De vraag die daarmee vervolgens voorligt is of dit met zich brengt dat verweerder als hoofdbehandelaar hier wél tuchtrechtelijk voor kan worden aangesproken.

5.6. Het college is van oordeel dat dit in het onderhavige geval het geval is. Verweerder heeft, zo heeft hij ter zitting aan het college duidelijk gemaakt, de brieven van de PA aan de huisarts betreffende de consulten van 5 juli en 2 augustus 2017, bestudeerd en akkoord bevonden alvorens deze (mede) te ondertekenen. Daarmee heeft verweerder naar het oordeel van het college duidelijk gemaakt achter de bevindingen te staan en daarvoor de verantwoordelijkheid te willen nemen.

5.7. De conclusie is dan ook dat verweerder als hoofdbehandelaar ook voor de consulten op 5 juli en 2 augustus 2017 tuchtrechtelijk kan worden aangesproken. De klacht is in zijn geheel ontvankelijk.

Inhoudelijke beoordeling

5.8. Bij de tuchtrechtelijke beoordeling van beroepsmatig handelen gaat het niet 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, 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 was aanvaard.

5.9. Het college zal de klachtonderdelen gezamenlijk behandelen, omdat ze alle voortvloeien uit het verwijt dat er een foute diagnose is gesteld. Klager bedoelt daarmee, begrijpt het college, dat hij eerder had moeten worden geopereerd. Hij heeft zijn klacht verder als volgt toegelicht. Als er meteen een MRI-scan was gemaakt, had men gezien dat er geopereerd moest worden. De operatie die uiteindelijk door een andere arts in een ander ziekenhuis in april 2018 is uitgevoerd heeft goed geholpen, klager heeft nu bijna geen pijn meer. De echo's en injecties hadden dus achterwege kunnen blijven, daardoor heeft klager alleen maar onnodig lang pijn gehad.

5.10. Verweerder meent dat de klachten ongegrond zijn en heeft dat als volgt gemotiveerd. Bij het type klachten van klager moet de behandelaar zich afvragen of er sprake is van structureel letsel of van alleen pijn. Structurele afwijkingen zijn goed te evalueren met echografisch onderzoek. Een echo is een dynamisch onderzoek en dat is een voordeel boven een MRI. Als uit de echo een rotator cuff scheur blijkt, heeft een MRI pas meerwaarde. Uit de echo bleek echter geen letsel. Op grond van de klachten van klager werd gedacht aan biceps tendinopathie en/of een rotator cuff tendinopathie. In zo'n geval is een injectie met een combinatie van pijnstilling en ontstekingsremmer aangewezen. Niet alleen om de pijn te bestrijden, maar ook als diagnostisch middel. Als namelijk de injectie tweemaal niet effectief blijkt, is de diagnose bicepsletsel minder waarschijnlijk en valt eerder te denken aan tendinopathie of een cuff probleem. In het laatste geval wordt gespecialiseerde fysiotherapie aangeraden. Als fysiotherapie na zes weken niet heeft geholpen kan een operatie voor de biceps worden overwogen. Daarbij moet men zich realiseren dat de pijn voortkomend uit de cuff waarschijnlijk door een operatie niet meer zal verminderen dan door fysiotherapie. Verweerder had dit op 1 november 2017 willen bespreken met klager, maar dat is niet gebeurd doordat klager verontwaardigd opstapte. Wellicht had verweerder na de zes weken fysiotherapie ook besloten tot operatie, maar dat is niet zeker. Aan een operatie zijn immers ook risico's verbonden die mede afhankelijk zijn van de algehele gezondheid van de patiënt. Verder moeten de nadelen en risico's van een operatie altijd afgewogen worden tegen de mogelijke voordelen. Volgens medisch wetenschappelijke inzichten moet er bij dit type klachten zeker niet primair voor een operatie worden gekozen, eerder integendeel. Dit alles aldus verweerder.

5.11. Het college stelt vast dat de richtlijn Subacromiaal Pijnsyndroom van de Schouder (SAPS) uit 2013 van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging onder meer het volgende vermeldt over beeldvormende diagnostiek:

“De werkgroep adviseert bij patiënten met kenmerken van SAPS, die niet of onvoldoende reageren op behandeling, aanvullende beeldvormende diagnostiek in de vorm van echografie van de schouder te doen, om een rotator cuff ruptuur uit te sluiten.

(...)

MRI van de schouder kan worden verricht bij patiënten met SAPS (die niet of onvoldoende reageren op behandeling), wanneer betrouwbaar echografisch onderzoek niet beschikbaar is.

MRI van de schouder (zonder intraveneus of intra-articulair contrast) kan (aanvullend) worden verricht bij inconclusief echografisch onderzoek of complexe(re) schouder problematiek.

(..)

Gerichte anamnese en lichamelijk onderzoek vormen de basis voor de diagnostiek van (peri-articulaire) schouder problematiek. In aanvulling hierop draagt beeldvormende

diagnostiek bij aan de keuze van het verder te voeren beleid. Met name het vaststellen en graderen van onvolledige of partiële rotator cuff scheuren (aan bursale of articulaire zijde), volledige dikte (full-thickness) rotator cuff scheuren en de uitbreiding hiervan bepalen mede of (het continueren van) conservatieve of operatieve behandeling is aangewezen.”

5.12. Over de vraag wanneer een operatie aangewezen is, staat in de richtlijn:
“De werkgroep beveelt aan om SAPS bij voorkeur conservatief te behandelen. Indien de patiënt niet of onvoldoende reageert op uitputtende conservatieve behandeling, valt operatieve behandeling (subacromiale decompressie of bursectomie) te overwegen. Operatieve behandeling van symptomatische rotator cuff scheuren valt te overwegen, waarbij leeftijd en activiteitsniveau van de patiënt een rol spelen bij de beslissing tot operatie.”

5.13. Over welke conservatieve behandeling het meest effectief is, zegt de richtlijn:
*“De werkgroep adviseert het volgende conservatieve behandelalgoritme voor SAPS: voorlichting, relatieve rust, gevolgd door geleidelijk opbouwen van de oefentherapie. (...)
De werkgroep adviseert injectie met corticosteroïden bij hevige pijn, met name in de eerste acht weken. De werkgroep geeft ter overweging deze injecties echogeleid uit te voeren vanwege de grotere zekerheid van injectie van het preparaat in de bursa subacromialis. (...)
De werkgroep geeft ter overweging voor de behandeling van aanhoudend SAPS:
- oefentherapie bestaande uit oefeningen specifiek gericht op rotator cuff en scapula stabilisatoren;
- behandeling van myofasciale triggerpoints (inclusief stretchen van de musculatuur).”*

5.14. Naar het oordeel van het college treft verweerder geen tuchtrechtelijk verwijt terzake van diagnose of behandeling. Op grond van de klachten van klager en de echo's werd terecht gedacht aan biceps tendinopathie en/of een rotator cuff tendinopathie. De stapsgewijze benadering van diagnose en behandeling (echo, twee injecties, het advies van gespecialiseerde fysiotherapie, waarna afgewogen zou worden of tot operatie zou worden overgegaan) is in overeenstemming met de professionele standaard zoals deze onder meer blijkt uit bovengenoemde richtlijn. Een MRI of een operatie lagen in dat eerdere stadium (nog) niet voor de hand, integendeel. En hoewel het spijtig is dat de twee injecties bij klager eerder meer dan minder pijn opleverden, was het op dat moment naar het oordeel van het college medisch verantwoord om deze te geven. Dat klager uiteindelijk in april 2018 elders met succes is geopereerd, betekent niet dat verweerder in 2017 op grond van de toen bekende gegevens medisch niet juist heeft gehandeld. Overigens is de diagnose van dr. J bij de operatie in april 2016, “Partiële ruptuur van de biceps met subluxatie en SAPS schouder links”, ook niet wezenlijk anders dan de door verweerder gestelde diagnose.

5.15. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in alle onderdelen ongegrond is. Verweerder kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.

5.16. Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekendgemaakt.

6. De beslissing

Het college:

- wijst de klacht af.

Bepaalt voorts dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG geanonimiseerd in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus beslist door:

A. van Maanen, voorzitter,

I. Boekhout, R.L. Diercks, A.M.J.S. Vervest, leden-arts,

M.A.H. Verburgh, lid-jurist,

bijgestaan door C. Neve, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter zitting van 14 december 2018 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG secretaris

WG voorzitter