

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 038/2016

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 14 april 2017 naar aanleiding van de op 26 februari 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
bijgestaan door mr. M.M. Veldhuysen, advocaat te Zwolle,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, chirurg, (destijds) werkzaam te B,
bijgestaan door mr. W.R. Kastelein, advocaat te Zwolle,

v e r w e e r s t e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift;
- de nadere aanvulling op het klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid mondeling te worden gehoord in vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 3 maart 2017, alwaar partijen zijn verschenen bijgestaan door hun raadslieden.

Ter zitting zijn tevens gelijktijdig maar niet gevoegd de klachten behandeld tegen de chirurg C (039/2016) en de verpleegkundig specialist E (040/2016). In de drie zaken wordt gelijktijdig uitspraak gedaan.

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 1962, werd op 3 mei 2012 door de huisarts verwezen naar de afdeling chirurgie in verband met donkerbruine afscheiding uit de rechtertepel sinds een week of drie. De huisarts maakte in zijn verwijsbrief verder melding van een grotere zachte zwelling onder de tepel en op negen uur.

Op de mammapoli werden op 10 mei 2012 een mammografie en echografie verricht. De cytologische punctie werd door klaagster als zodanig pijnlijk ervaren dat deze niet goed mogelijk bleek. Het verslag van de radioloog vermeldt onder meer:

“X-mammografie.

Symmetrisch iets rommelig beeld van het klierweefsel beiderzijds met rechts een iets rommeliger beeld dan links, met name op de oblique opname ook iets polycyclisch.

Geen duidelijke voor maligniteit verdachte densiteiten of suspecte micro calcificaties.

Echo rechtermamma.

Echografisch is er het beeld van zeer uitgebreide ductectasieën aan de rechterzijde.

Daarbij vullen enkele van de ductectasieën zich met débris. Daarnaast is er de suggestie van een solide laesie in een verwijde ductus met een doorsnede van 1 cm waarin ook vascularisatie zichtbaar is. Beeld kan in die zin goed passen bij dat van een papilloom. Tevens is er echografisch verder naar lateraal in het laterale bovenkwadrant een gebied zichtbaar, ook echoarm, wat niet verder te duiden is. iets atypisch van aspect. Het zouden nog ductectasieën kunnen betreffen.

(...)

Conclusie.

Uitgebreide ductectasieën rechtermamma. Solide laesie in een van de verwijde ducti, classificatie BIRADS IV. Rechts axillair geen pathologische klieren. Cytologische en histologische biopsie niet toegestaan. Eventueel kan worden overwogen voorafgaand aan eventuele verdere diagnostiek nog eerst een MRI te verrichten.”

In de status is door verweerster, destijds chef de clinique op de mammapoli bij Lichamelijk onderzoek opgeschreven:

“mamma lateraal en craniaal voller, voelt vaster aan, klierschijf?/zwelling?”

Bij Conclusie/diagnose schreef zij:

“Afwijking re mamma, waarvoor nadere diagnostische ingreep.”

Bij Beleid werd door een (andere dan de aangeklaagde) verpleegkundig specialist genoteerd:

“Na onderzoek met uitslag retour spreekuur, Ductectasieën besproken, tevens wens afwijking net onder tepel verder te diagnosticeren. Plannen voor draadgeleid roll excisie biopt, zie decurus C.”

Het voorstel om in het gebied met de solide laesie, classificatie BIRADS IV, een draadgeleide excisiebiopsie onder algehele narcose op de OK uit te voeren werd met klaagster besproken door de verpleegkundig specialist. De excisie werd zonder complicaties uitgevoerd op 29 mei 2012. Na PA-onderzoek bleek het een papilloom te betreffen,

geen maligniteit. Aanvankelijk ging het goed met klaagster na de ingreep. Zij werd (terug) verwezen naar het bevolkingsonderzoek.

In juli 2012 begon het bloedverlies uit de rechters tepel opnieuw. Op 11 juli 2012 werd klaagster gezien door E. Zij noteerde dat het wondgebied pijnlijk bleef en dat er af en toe wat vocht was; verder rechts een soepele mamma, onverdacht, locoregionale klierstations geen afwijkingen. Klaagster werd voor verdere controle verwezen naar het reguliere bevolkingsonderzoek.

Op 14 september 2012 zag verweerster klaagster wegens aanhoudende klachten van tepelvloed. Zij noteerde dat zij inderdaad een donkerbruin drupje zag uit de rechtermamma bij geringe manipulatie maar dat zij geen palpabele afwijkingen voelde. Een echo leverde geen bijzonderheden op. Verweerster sprak daarna telefonisch met klaagster een expectatief beleid af en gaf aan dat een conusexcisie kon worden overwogen als over drie tot vier maanden nog steeds sprake zou zijn van tepelvloed. Op 29 december 2012 is klaagster weer gezien door verweerster, klaagster had geen klachten, lichamelijk onderzoek leverde geen bijzonderheden op en klaagster werd ontslagen uit controle.

Hierna is verweerster vertrokken naar een ander ziekenhuis en opgevolgd door D.

Op 26 februari 2013 werd klaagster weer gezien door een (niet in deze zaak betrokken) chirurg op de polikliniek in verband met toenemende pijn en roodheid van de rechterborst. Met als diagnose mastitis kreeg klaagster Augmentin voorgeschreven. Bij poliklinische controle op 29 maart 2013 door D was de borst tot rust gekomen en had klaagster geen pijn meer. D legde uit dat een conusexcisie een mogelijke therapie voor de problemen van klaagster zou zijn. Ter controle werd een echo afgesproken. De radioloog noteerde:

“Men ziet wederom forse ductectasieën met hier melkdébris in. Een duidelijk papilloom zien we niet. De breedte van de ducti zijn wel veel minder.”

Dit werd met klaagster besproken door D bij een poliklinisch consult op 3 mei 2013.

Op 5 juli 2013 kwam klaagster weer ter controle bij E. Klaagster had veel last van een gespannen rechterborst met bruinige tepeluitvloed. Verder bij lichamelijk onderzoek geen bijzonderheden, behalve een pijnlijke borst bij aanraking. Klaagster vroeg of een MRI een goed idee was, waarop E liet weten dat een MRI niet nodig was omdat er bij lichamelijk onderzoek en bij aanvullend beeldvormend onderzoek geen verdenking was.

De controle bij E op 22 juli 2013 leverde geen nieuwe gezichtspunten op, wel sprak zij een mammografie en een echo af. Deze leverden geen wijzigingen op ten opzichte van het laatste radiologisch onderzoek. E besprak dit op 30 augustus 2013 met klaagster en sprak een herhaalde controle met een mammografie af over een jaar, waarna bij geen afwijkingen verdere controle via het reguliere bevolkingsonderzoek kon verlopen.

Op 4 oktober 2013 belde klaagster met de oncologieverpleegkundige dat er heldere druppeltjes uit haar tepel kwamen. Op 10 oktober 2013 sprak E een echo af. Het verslag van de echo van 16 oktober 2013 vermeldde onder meer:

“Op twaalf uur is een wat grillig gebied zichtbaar met een doorsnee van ongeveer 2 x 1 cm, dat blijkens elastografie “hard” weefsel berust. De aard IS niet duidelijk, echter verdere analyse is wel aangewezen, in eerste instantie middels cytologische punctie (...).”

De uitslag van het PA-onderzoek na de punctie leverde verdenking op van maligne cellen met kenmerken van adenocarcinoom. Dit werd besproken in het MDO van 24 oktober 2013, waarna D het ongunstige bericht diezelfde dag besprak met klaagster. Er werd nader onderzoek verricht, waaronder een MRI op 28 oktober 2013 en een biopt onder narcose op 6 november 2013. Het PA-onderzoek leverde op een invasief ductaal carcinoom, graad 1. Oestrogeenreceptorbepaling en progesteronbepaling waren positief. Her2neu-bepaling was negatief. Op 17 december 2013 zijn een ablatio en sentinelprocedure met okseltoilet uitgevoerd door een andere chirurg.

Nadien hebben E en D de kwestie een aantal malen nabesproken met klaagster.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster meent dat door de late diagnose een volledige borstamputatie en okseltoilet met daarna chemotherapie en bestraling nodig waren en is voorts bang daardoor (eerder) uitzaaingen te krijgen. Haars inziens is er onvoldoende onderzoek gedaan. Met name is de door de radioloog aangereikte optie om een MRI-scan te laten maken niet aangegrepen noch is er een punctie (eventueel onder narcose) uitgevoerd. Bij het tweede aanvullend klaagschrift verwijt klaagster verweerster, zakelijk weergegeven, nog:

- a. dat zij in mei 2012 klaagster niet heeft geïnformeerd over het tweede atypische gebied op de echo en niet een MRI en/of een punctie heeft besproken en geadviseerd;
- b. dat zij evenmin nader onderzoek heeft uitgevoerd naar aanleiding van de recidiveklachten in juli 2012;
- c. dat zij in de periode van mei 2012 tot januari 2013 bleef vasthouden aan dezelfde diagnose en geen nader onderzoek in de zin van een MRI of punctie heeft uitgevoerd.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

Verweerster voert -zakelijk weergegeven- aan dat zij niet heeft gehandeld in strijd met de op haar rustende zorgplicht. De uitslag van het radiologisch onderzoek van 10 mei 2012 is besproken in het multidisciplinair overleg (MDO) met de radioloog, een verpleegkundig specialist en verweerster. Omdat er toch weefseldiagnose moest komen van de verdachte BIRADS IV-laesie, werd een aanvullende MRI-scan niet van aanvullende waarde geacht. Het tweede atypische echoarm gebiedje was in het MDO door de radioloog niet als dusdanig typisch of verdacht geïdentificeerd dat hiervoor aanvullende beeldvorming nodig zou zijn; hij heeft zijn aanvankelijke suggestie in het verslag dus laten varen. Het verwijt dat verweerster klaagster daarover niet heeft geïnformeerd is onterecht, verweerster heeft uitgelegd dat er een gebied was van mastopathie en ductectasieën. De (latere) tepelvloed kon goed passen bij de uit de echo gebleken ductectasieën. Totdat verweerster uit dienst ging, bleef de situatie van klaagster onveranderd goed.

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

In deze zaak is de diagnostiek op 10 mei 2012 op de mammapoli richtinggevend geweest voor de verdere behandeling. Hoewel de klachtonderdelen wat verwarrend zijn gepresenteerd, richt de klacht zich mede hierop, verweerster heeft hier verweer op gevoerd en de initiële diagnostiek is ter zitting uitgebreid besproken. Verweerster heeft ter zitting uitgelegd dat destijds de chirurg, de verpleegkundig specialist en de radioloog aan het eind van een dag op de mammapoli bij de radioloog bijeen kwamen voor bespreking van de nieuwe patiënten. Het college noemt dit het 'kleine MDO' ter onderscheiding van het grote MDO dat wekelijks bijeenkwam ter bespreking van de maligne gevallen, waar apart verslag van werd opgemaakt. Van het kleine MDO werd volgens verweerster ter plekke een notitie gemaakt die later in de status werd verwerkt. In concreto heeft verweerster ter zitting laten weten dat waarschijnlijk de verpleegkundig specialist in dit geval (onder "Beleid") de conclusie van dit kleine MDO heeft vastgelegd in de status.

5.3

Het verslag van de radioloog, waarvan verweerster naar eigen zeggen kennis nam voorafgaand aan het kleine MDO, roept thans vragen op en dat behoorde destijds voor verweerster ook zo te zijn. Er werd een gebied gezien in het laterale bovenkwadrant dat echoarm en iets atypisch was, waar zich nog ductectasieën *zouden kunnen* bevinden, kortom de diagnostiek was nog niet rond. Niet duidelijk is in dit verband in welk gebied de radioloog een punctie wilde uitvoeren, in het gebied van de solide laesie met classificatie BIARDS IV of in het gebied in het laterale bovenkwadrant, en evenmin staat vast voor welk gebied hij een MRI in overweging gaf. Daar komt bij dat zowel de huisarts als verweerster zelf bij lichamelijk onderzoek in de rechterborst in twee gebieden een afwijkende structuur voelden. Verweerster mocht aan deze onzekerheden niet voorbijgaan zonder ofwel nader onderzoek of een overtuigende onderbouwing waarom dit achterwege kon blijven. Nader onderzoek heeft niet plaatsgevonden en een overtuigende onderbouwing dienaangaande is niet genoteerd. Dat betekent in beginsel reeds dat er geen overtuigende onderbouwing is. Als het kleine MDO al tot een gemotiveerde verwerping van enige verdenking in het laterale bovenkwadrant had geleid en de radioloog op andere gedachten was gekomen, zoals verweerster in de stukken suggereert, had dit overigens expliciet in de status moeten zijn aangetekend en had de radioloog zijn verslag behoren te reviseren. Verweerster heeft, daar nadrukkelijk naar gevraagd, ook ter zitting geen verklaring kunnen geven voor het feit dat de focus in het kleine MDO aanstonds op het papilloom is komen te liggen. Het is verwijtbaar dat, zonder overtuigende onderbouwing, nader onderzoek achterwege is gebleven en in die zin is de klacht gegrond. Ook is gegrond het klachtonderdeel dat het tweede gebied en de mogelijkheid van nader onderzoek daarnaar zonder overtuigende motivering niet met klaagster zijn

besproken, doch het achterwege blijven daarvan vloeit logisch voort uit het feit dat, in de woorden van verweerster, dat gebied buiten beeld is geraakt.

5.4

De klacht is voor het overige ongegrond. In de periode waarin verweerster bij de zorg voor klaagster was betrokken, liet de recidiverende tepelvloed – ook al was deze bruin van kleur – zich bij ontbreken van afwijkingen bij lichamelijk en echografisch onderzoek afdoende verklaren door de ductectasieën en aannemelijk was zelfs dat de tepelvloed zou aanhouden zolang geen gevolg was gegeven aan de suggestie van verweerster om een conusexcisie uit te voeren.

5.5

Het college benadrukt dat niet vaststaat dat nader onderzoek naar het tweede gebied in de vorm van een MRI of een punctie tot een minder vergaande ingreep of een betere prognose zou hebben geleid. Ten eerste valt op dat bij latere echo's geen afwijkingen meer werden gezien en bij lichamelijk onderzoek evenmin werden gevoeld, terwijl voorts niet vaststaat dat bij een MRI (gezien de beperkte waarde daarvan bij bloederige tepelvloed) een maligniteit gezien zou zijn.

5.6

Gelet op het feit dat een deel van de klacht gegrond is dient een maatregel te volgen. Kennelijk is in het kleine MDO, met deelname van een radioloog en een verpleegkundig specialist, de aandacht meteen naar het gebied met het papilloom uitgegaan. Waarom verdere diagnostiek naar het andere gebied achterwege is gelaten is niet evident en ook niet meer te achterhalen. Verweerster heeft daar haar aandeel in gehad en is daar tuchtrechtelijk voor aansprakelijk te houden. Er is sprake van een verzuim dat naar zijn aard ernstige gevolgen kan hebben, los van de vraag of die zich hier hebben voorgedaan, maar dat is inherent aan de door verweerster te leveren geneeskundige zorg en maakt op zichzelf het verzuim niet ernstiger. Al met al is geen zwaardere maatregel dan een waarschuwing op zijn plaats. Het college tekent hierbij aan dat verweerster er blijk van heeft gegeven van het gebeuren te hebben geleerd en alerter te zijn op diagnoses die niet bovenaan staan in de differentiaaldiagnose. Deze tuchtklacht heeft daarmee de werking gehad waarvoor het tuchtrecht primair is bedoeld.

6. DE BESLISSING

Het college:

- verklaart de klacht gegrond zoals vermeld bij 5.3;
- verklaart de klacht voor het overige ongegrond en wijst deze af;
- legt verweerster de maatregel van waarschuwing op.

Aldus gedaan door mr. A.L. Smit, voorzitter, en dr. P.C.M. Verbeek en dr. G.J.M. Akkersdijk, leden-arts, in tegenwoordigheid van mr. J.W. Sijnstra-Meijer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 14 april 2017 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.