

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 040/2016

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-

E, verpleegkundig specialist intensieve zorg bij somatische aandoeningen, (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 gelijktijdig maar niet gevoegd de klachten behandeld tegen de chirurgen C (038/2016) en D (039/2016). 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 C 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 verpleegkundig specialist (niet verweerster) 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 verweerster. 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 C 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. C 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 C, klaagster had geen klachten, lichamelijk onderzoek leverde geen bijzonderheden op en klaagster werd ontslagen uit controle.

Hierna is C is 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 verweerster. 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 verweerster liet weten dat een MRI niet nodig was omdat er bij lichamelijk onderzoek en bij aanvullend beeldvormend onderzoek geen verdenking was.

De controle bij verweerster 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. Verweerster 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 verweerster 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. Her2neubepaling was negatief. Op 17 december 2013 zijn een ablatio en sentinel procedure met okseltoilet uitgevoerd.

Nadien hebben verweerster 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) uitzaaiingen 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 en de borstontsteking in februari 2013 in combinatie met de aanhoudende bloederige tepelvloed;
- c. dat zij herhaaldelijk heeft aangegeven dat een MRI geen meerwaarde heeft, waarbij klaagster zich afvraagt of dit, nu niet is vermeld dat om een MRI is gevraagd, wel met achtereenvolgens C en D is besproken.
- d. dat zij steeds heeft vastgehouden aan dezelfde diagnose;
- e. dat zij niet is ingegaan op het verzoek van klaagster om een MRI-onderzoek te verrichten;
- f. dat zij evenmin een punctie heeft laten verrichten.

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. Verweerster was van dit MDO op de hoogte. De (latere) tepelvloed kon goed passen bij de uit de echo gebleken ductectasieën. Verweerster heeft klaagster niet gezien van 11 juli 2012 tot 5 juli 2013. Inmiddels uitgevoerde echo's leverden gaan aanwijzing voor maligniteit op. Zij heeft een echo- en mammografie afgesproken. Deze beeldvormende onderzoeken zijn volgens de richtlijn Mammacarcinoom eerste keus voor diagnostiek (de negatief voorspellende waarde voor een normaal mammogram en echogram bij een klinisch onverdachte palpabele afwijking is hoog, namelijk 97,3 – 100%). De uitslag hiervan was onveranderd goed, de tepelvloed was verklaarbaar vanwege de ductectasieën met hierin verdikt secreet. Overleg met de chirurg was in deze situatie niet nodig. Verweerster kan zich herinneren dat klaagster op 30 augustus 2013 om een MRI heeft gevraagd. Dat was op dat moment niet aangewezen, waarbij verweerster verwijst naar het NNvH-abstract van 30 mei 2013 van F e.a. "Geen MRI maken bij bloederige tepelvloed indien conventionele diagnostiek niet afwijkend is!" Afwachten verdient bij vrouwen jonger dan 60 jaar in een dergelijke situatie ook de voorkeur boven een biopsie. In het dossier viel te lezen dat de mogelijkheid van een therapeutische conusexcisie al meermalen met klaagster was besproken. Op 10 oktober 2013 waren er bij lichamelijk onderzoek geen suspecte afwijkingen, maar heeft verweerster wel een echo afgesproken. Deze leverde wel een afwijking op en dat heeft verweerster met klaagster besproken, waarna verder onderzoek heeft plaatsgevonden. Op 31 oktober 2013 heeft verweerster de follow up besproken met klaagster, waarna zij niet meer bij de behandeling is betrokken. Wel heeft verweerster op 28 februari 2014 een uitvoerig nagesprek gehad met klaagster en een vriendin, waarbij zij heeft uitgelegd dat een aanvullende MRI kan worden overwogen als de echo en het mammogram geen afwijkingen laten zien die de bloederige tepelvloed kunnen verklaren, maar bij klaagster was dat juist wel het geval.

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. C 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. Bij het kleine MDO is de focus komen te liggen op de solide laesie met classificatie BI-ARDS IV en is het atypische echoarme gebied in het laterale bovenkwadrant zonder (kenbare) onderbouwing uit beeld verdwenen. Het college acht dit verwijtbaar in de beslissing tegen de chirurg C.

5.3

Het feit dat op 10 mei 2012 het beleid uitsluitend was gefocust op de verwijdering van het papilloom en dat niet met klaagster is gesproken over het tweede gebied op de echo is verweerster echter niet te verwijten, reeds omdat zij op die dag niet betrokken was geweest bij klaagster en niet had deelgenomen aan het kleine MDO. In tegenstelling tot haar schriftelijk verweer heeft zij ter zitting te kennen gegeven dat zij ook geen weet had van hetgeen daar was besproken, en dus ook niet van het tweede gebied. Toen verweerster klaagster op 11 juli 2012 voor het eerst zag, was de excisie uitgevoerd zonder dat maligniteit was aangetroffen. De (helaas) teruggekeerde tepelvloed – ook al was deze bruin van kleur – liet zich goed verklaren door de ductectasieën en aanne-melijk was zelfs dat de tepelvloed zou aanhouden zolang geen conusexcisie was uitge-voerd. Lichamelijk onderzoek leverde geen bijzonderheden op en kort tevoren was nog een echo gemaakt. Tegen die achtergrond kon en mocht verweerster klaagster zonder aanvullend onderzoek geruststellen. Daarna heeft zij klaagster pas weer gezien op 5 juli 2013. Inmiddels had klaagster een mastitis gehad in de rechterborst, die op zichzelf met goed resultaat was behandeld, maar hield de bruine tepelvloed aan. Dit paste zoals gezegd bij de ductectasieën die, zo bleek uit echografisch onderzoek, nog steeds aanwezig waren. Bij ontbreken van verdenking bij lichamelijk onderzoek kon en mocht verweerster klaagster wederom geruststellen. Terecht heeft verweerster aangevoerd dat haar beleid paste binnen de Richtlijn mammacarcinoom en dat haar opvatting dat een MRI in de situatie van bloederige tepelvloed zonder afwijkende bevindingen geen meerwaarde heeft, steun vindt in de literatuur. Gelet op de eigen verantwoordelijkheid van verweerster als verpleegkundig specialist, was er geen aanleiding om overleg te hebben met een chirurg.

5.4

Op hetgeen hiervoor is overwogen stuit de klacht in alle onderdelen af. Deze dient dus te worden afgewezen.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan door mr. A.L. Smit, voorzitter, en M.E. Bil MANP en B.F.A. Goosselink MANP, leden-verpleegkundig specialisten, 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, secreta-ris.

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.