

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2019/413

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 11 november 2019 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
klager,
gemachtigde: mr. B.M.E. Drykoningen, advocaat te Utrecht,

tegen

C,
arts,
werkzaam te B,
verweerder,
gemachtigde: mr. M.J.J. de Ridder, advocaat te Utrecht.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- het proces-verbaal van het op 6 maart 2020 gehouden vooronderzoek;
- de op 17 juli 2020 binnengekomen brief met bijlagen van de gemachtigde van verweerder.

De klacht is op een openbare zitting behandeld.

Klager werd vertegenwoordigd door mr. I.J. Penning, kantoorgenoot van en waarnemend voor mr. Drykoningen voornoemd. Verweerder was aanwezig en werd bijgestaan door mr. De Ridder voornoemd. Mr. De Ridder 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 gespecialiseerd in oncologische chirurgie en is werkzaam in het D te B.

2.2 In april 2014 is bij klager een myoxid liposarcoom in zijn rechterbovenbeen vastgesteld. De tumor is na bestraling op 13 oktober 2014 operatief verwijderd door verweerder.

2.3 In april 2015 is klager in het kader van de follow-up onderzocht en zijn een MRI ter plaatse van de verwijderde tumor en een X-thorax gemaakt. In de jaren daaropvolgend werd klager met enige regelmaat gecontroleerd waarbij een X-thorax werd gemaakt.

2.4 Op 3 oktober 2018 meldde klager zich met buik(pijn)klachten bij de eerste hulp van het D. Klager werd opgenomen en onderzocht. De CT-scan gemaakt op 5 oktober 2018 toonde een groot recidief in het abdomen en kleinere laesies rechts caudaal van het coecum. De PET-scan liet daarnaast activiteit zien in het linker bovenbeen, in het litteken in het rechterbovenbeen, nabij de anus en in de linkerschouder. Geconcludeerd werd dat sprake was van een recidief myoxid liposaroom, met verdenking op metastasen in het abdomen en in het beenmerg van het linker bovenbeen.

2.5 Tijdens het multidisciplinaire “wekeden tumor overleg” werd besproken dat een palliatieve resectie van de intra-abdominale laesie aangewezen was en dat voorafgaande radiotherapie niet geïndiceerd was. Radiotherapie of chemotherapie zouden eventueel na de operatie kunnen worden overwogen.

2.6 Op 22 oktober 2018 heeft verweerder samen met een collega, oncologisch chirurg A.J. Witkamp, de intra-abdominale recidieven operatief verwijderd.

2.7 Tijdens het multidisciplinaire overleg van 7 november 2018 werd besloten klager aanvullend radiotherapie te adviseren.

2.8 Ondanks de radiotherapie trad een verdere verslechtering op in de vorm van nieuwe metastasen retroperitoneaal, in de milt, ventrale buikwand, femur, bekken en wervels en mogelijk ook in het sternum. Hiervoor werd een chemotherapie gestart.

3. De klacht en het standpunt van klager

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat klager verweerder verwijt dat hij:

1. bij de follow-up na de operatie van 13 oktober 2014 heeft nagelaten regelmatig beeldvormend onderzoek te doen van het abdomen en het retroperitoneum;
2. heeft nagelaten om voorafgaand aan de operatie van 22 oktober 2018 radiotherapie te laten toepassen.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

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. In het tuchtrecht is persoonlijke verwijtbaarheid uitgangspunt; verweerder is alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk voor zijn eigen handelen.

5.2 Aan het eerste klachtonderdeel heeft klager ten grondslag gelegd dat verweerder in strijd met de Richtlijn Wekeden tumoren 2.0 van 1 november 2011 heeft gehandeld door in het kader van de follow-up geen beeldvormend onderzoek van het abdomen en het retroperitoneum te laten doen. In bijlage 7, pagina 84, van deze richtlijn staat het volgende: “Voor de follow-up van het myoxid/rondcel liposaroom is eenzelfde follow-up strategie met MRI geïndiceerd voor het detecteren van een lokaal recidief. Gezien

de frequente extrapulmonale metastasering moet regelmatig screening van de thorax en abdomen in de follow-up een rol hebben.” En op pagina 85: “De werkgroep is van mening dat bij het myoxid/rondcel liposaroom naast pulmonale controle ook CT-controle van het abdomen en retroperitoneum dient plaats te vinden.” Klager stelt dat als dat onderzoek wel was gedaan, er een gereede kans was geweest dat de metastasen eerder waren opgemerkt en dat ze kleiner waren ten tijde van de resectie en dat er een beter behandelresultaat was geweest. Er waren volgens hem geen redenen om dit onderzoek achterwege te laten.

Verweerder heeft aangevoerd dat binnen de beroepsgroep verschillende opvattingen bestaan over wat in de onderhavige situatie een juist follow-up beleid is. Er is weinig onderzoek beschikbaar. Verweerder heeft de richtlijn “Soft tissue sarcomas, Clinical Practice Guidelines for diagnoses, treatment and follow-up” uit 2010 van de European Society for Medical Oncology (ESMO) gevolgd. Het uitgevoerde follow-up beleid is ook in overeenstemming met de National Comprehensive Cancer Network Guidelines (NCCN) inzake weke delen tumoren, die terughoudend zijn met follow-up onderzoek en slechts periodiek “chest-imaging” adviseren. Achterliggende gedachte van beide richtlijnen is dat het vroegtijdig opsporen van longmetastasen zinvol kan zijn omdat die in principe nog curatief behandeld kunnen worden. Bij metastasen in andere delen van het lichaam, waaronder het abdomen, is curatieve behandeling in principe niet meer mogelijk. Bovendien ontstaan de klachten vaak eerder dan dat het beeldvormend onderzoek de metastasen aan het licht brengt. Voor het nut van standaard periodiek beeldvormend follow-up onderzoek van de buik na een myoxid liposaroom bestaat geen of onvoldoende wetenschappelijk bewijs.

Verweerder heeft het behandelbeleid steeds besproken in het multidisciplinaire wekedelentumoroverleg en overeenkomstig het besproken beleid de behandeling uitgevoerd. Ook heeft verweerder het behandelbeleid uitvoerig met klager besproken. Dat neemt niet weg dat verweerder het dramatische beloop voor klager ten zeerste betreurt, aldus verweerder.

Het college stelt vast dat verweerder zorgvuldig heeft gehandeld in de follow-up na de operatie van oktober 2014. Hem kan op dit punt geen verwijt worden gemaakt. Hij heeft gehandeld in overeenstemming met de Europese richtlijnen van ESMO, die, voor zover hier relevant, periodiek beeldvormend onderzoek van de thorax adviseren en voor het overige terughoudend zijn met standaard periodiek beeldvormend follow-up onderzoek. Verweerder heeft het behandelbeleid van klager steeds besproken in het multidisciplinaire team voor wekedelentumoren en heeft aldus van zorgvuldige besluitvorming blijk gegeven. Ook heeft hij het behandelbeleid met klager besproken.

Dat verweerder de door klager genoemde Nederlandse richtlijn niet heeft gevolgd, leidt niet tot de conclusie dat verweerder verwijtbaar heeft gehandeld. Daartoe overweegt het college als volgt. Tussen de richtlijnen bestaat geen hiërarchie. Beide richtlijnen zijn in Nederland van toepassing. Verweerder heeft in dit kader overtuigend toegelicht dat in Nederland verschillende “scholen” bestaan en dat binnen een team dan wel een regio wordt afgesproken welke richtlijn wordt gehanteerd. Verweerder heeft gehandeld naar de richtlijn die in zijn regio wordt gevolgd. Hij heeft verder afdoende toegelicht waarom hij met zijn collega’s in de regio kiezen voor behandeling aan de hand van de ESMO.

Dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

5.3 Klager heeft ook aan het tweede klachtonderdeel ten grondslag gelegd dat verweerder van de aanbevelingen in de Richtlijn Wekedelentumoren 2.0 is afgeweken zonder dat daar, voor zover klager bekend is, een goede verklaring voor is. Hij is van mening dat hij betere kansen had gehad als de metastasen in de buik eerst bestraald waren.

Verweerder heeft toegelicht dat gelet op de intra-abdominale lokalisatie van de metastasen en de ernst van de klachten waarmee klager zich presenteerde direct operatief ingrijpen duidelijk de voorkeur had boven radiotherapeutische behandeling voorafgaand aan de operatie. Verweerder heeft zijn beleid in het team en met de radiotherapeut besproken. Ook heeft hij uitvoerig met klager besproken dat er een acuut probleem was dat verholpen moest worden, ook om verdere behandeling mogelijk te maken. Verweerder heeft aangevoerd dat het een misvatting is dat bij een uitgezaaide sarcoom in de buik radiotherapie een betere genezingskans geeft. Dat is met name het geval bij primaire tumoren in de extremiteiten.

Het college stelt vast dat tussen de Richtlijn Wekedelentumoren 2.0 en de ESMO-richtlijnen op dit punt geen onderscheid bestaat. Het college is van oordeel dat verweerder blijk heeft gegeven van een zorgvuldige besluitvorming door steeds de casus te bespreken in het wekedelen tumoren team en met klager. Verder heeft hij overtuigend toegelicht dat de buikmetastasen en de daarmee gepaard gaande acute klachten geen indicatie gaven voor een pre-operatieve bestraling. Voor zover verweerder hiermee is afgeweken van de richtlijn heeft hij dat goed gemotiveerd en is hij naar het oordeel van het college binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening gebleven. Ook het tweede klachtonderdeel zal ongegrond worden verklaard.

5.4. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in haar beide 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.

6. De beslissing

Het college verklaart de klacht ongegrond.

Aldus beslist door:

J. Recourt, voorzitter,

J.W. de Fijter, W.F. van Tets en I. Dawson, leden-arts,

J.C.J. Dute, lid-jurist,

bijgestaan door S. Verdaasdonk, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 25 september 2020 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG
secretaris

WG
voorzitter

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 11 november 2019 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
klager,
gemachtigde: mr. B.M.E. Drykoningen, advocaat te Utrecht,

tegen

C,
arts,
werkzaam te B,
verweerder,
gemachtigde: mr. M.J.J. de Ridder, advocaat te Utrecht.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- het proces-verbaal van het op 6 maart 2020 gehouden vooronderzoek;
- de op 17 juli 2020 binnengekomen brief met bijlagen van de gemachtigde van verweerder.

De klacht is op een openbare zitting behandeld.

Klager werd vertegenwoordigd door mr. I.J. Penning, kantoorgenoot van en waarnemend voor mr. Drykoningen voornoemd. Verweerder was aanwezig en werd bijgestaan door mr. De Ridder voornoemd. Mr. De Ridder 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 gespecialiseerd in oncologische chirurgie en is werkzaam in het D te B.

2.2 In april 2014 is bij klager een myoxid liposarcoom in zijn rechterbovenbeen vastgesteld. De tumor is na bestraling op 13 oktober 2014 operatief verwijderd door verweerder.

2.3 In april 2015 is klager in het kader van de follow-up onderzocht en zijn een MRI ter plaatse van de verwijderde tumor en een X-thorax gemaakt. In de jaren daaropvolgend werd klager met enige regelmaat gecontroleerd waarbij een X-thorax werd gemaakt.

2.4 Op 3 oktober 2018 meldde klager zich met buik(pijn)klachten bij de eerste hulp van het D. Klager werd opgenomen en onderzocht. De CT-scan gemaakt op 5 oktober 2018 toonde een groot recidief in het abdomen en kleinere laesies rechts caudaal van het coecum. De PET-scan liet daarnaast activiteit zien in het linker bovenbeen, in het litteken in het rechterbovenbeen, nabij de anus en in de linkerschouder. Geconcludeerd

werd dat sprake was van een recidief myoxid liposarcoom, met verdenking op metastasen in het abdomen en in het beenmerg van het linker bovenbeen.

2.5 Tijdens het multidisciplinaire “wekedelen tumor overleg” werd besproken dat een palliatieve resectie van de intra-abdominale laesie aangewezen was en dat voorafgaande radiotherapie niet geïndiceerd was. Radiotherapie of chemotherapie zouden eventueel na de operatie kunnen worden overwogen.

2.6 Op 22 oktober 2018 heeft verweerder samen met een collega, oncologisch chirurg A.J. Witkamp, de intra-abdominale recidieven operatief verwijderd.

2.7 Tijdens het multidisciplinaire overleg van 7 november 2018 werd besloten klager aanvullend radiotherapie te adviseren.

2.8 Ondanks de radiotherapie trad een verdere verslechtering op in de vorm van nieuwe metastasen retroperitoneaal, in de milt, ventrale buikwand, femur, bekken en wervels en mogelijk ook in het sternum. Hiervoor werd een chemotherapie gestart.

3. De klacht en het standpunt van klager

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat klager verweerder verwijt dat hij:

1. bij de follow-up na de operatie van 13 oktober 2014 heeft nagelaten regelmatig beeldvormend onderzoek te doen van het abdomen en het retroperitoneum;
2. heeft nagelaten om voorafgaand aan de operatie van 22 oktober 2018 radiotherapie te laten toepassen.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

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. In het tuchtrecht is persoonlijke verwijtbaarheid uitgangspunt; verweerder is alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk voor zijn eigen handelen.

5.2 Aan het eerste klachtonderdeel heeft klager ten grondslag gelegd dat verweerder in strijd met de Richtlijn Wekedelentumoren 2.0 van 1 november 2011 heeft gehandeld door in het kader van de follow-up geen beeldvormend onderzoek van het abdomen en het retroperitoneum te laten doen. In bijlage 7, pagina 84, van deze richtlijn staat het volgende: “Voor de follow-up van het myoxid/rondcel liposarcoom is eenzelfde follow-up strategie met MRI geïndiceerd voor het detecteren van een lokaal recidief. Gezien de frequente extrapulmonale metastasering moet regelmatig screening van de thorax en abdomen in de follow-up een rol hebben.” En op pagina 85: “De werkgroep is van mening dat bij het myoxid/rondcel liposarcoom naast pulmonale controle ook CT-controle van het abdomen en retroperitoneum dient plaats te vinden.” Klager stelt dat als dat onderzoek wel was gedaan, er een gereede kans was geweest dat de metastasen eerder waren opgemerkt en dat ze kleiner waren ten tijde van de resectie en dat er een beter behandelresultaat was geweest. Er waren volgens hem geen redenen om dit onderzoek achterwege te laten.

Verweerder heeft aangevoerd dat binnen de beroepsgroep verschillende opvattingen bestaan over wat in de onderhavige situatie een juist follow-up beleid is. Er is weinig onderzoek beschikbaar. Verweerder heeft de richtlijn “Soft tissue sarcomas, Clinical Practice Guidelines for diagnoses, treatment and follow-up” uit 2010 van de European Society for Medical Oncology (ESMO) gevolgd. Het uitgevoerde follow-up beleid is ook in overeenstemming met de National Comprehensive Cancer Network Guidelines (NCCN) inzake weke delen tumoren, die terughoudend zijn met follow-up onderzoek en slechts periodiek “chest-imaging” adviseren. Achterliggende gedachte van beide richtlijnen is dat het vroegtijdig opsporen van longmetastasen zinvol kan zijn omdat die in principe nog curatief behandeld kunnen worden. Bij metastasen in andere delen van het lichaam, waaronder het abdomen, is curatieve behandeling in principe niet meer mogelijk. Bovendien ontstaan de klachten vaak eerder dan dat het beeldvormend onderzoek de metastasen aan het licht brengt. Voor het nut van standaard periodiek beeldvormend follow-up onderzoek van de buik na een myoxid liposarcoom bestaat geen of onvoldoende wetenschappelijk bewijs.

Verweerder heeft het behandelbeleid steeds besproken in het multidisciplinaire wekedelentumoroverleg en overeenkomstig het besproken beleid de behandeling uitgevoerd. Ook heeft verweerder het behandelbeleid uitvoerig met klager besproken. Dat neemt niet weg dat verweerder het dramatische beloop voor klager ten zeerste betreurt, aldus verweerder.

Het college stelt vast dat verweerder zorgvuldig heeft gehandeld in de follow-up na de operatie van oktober 2014. Hem kan op dit punt geen verwijt worden gemaakt. Hij heeft gehandeld in overeenstemming met de Europese richtlijnen van ESMO, die, voor zover hier relevant, periodiek beeldvormend onderzoek van de thorax adviseren en voor het overige terughoudend zijn met standaard periodiek beeldvormend follow-up onderzoek. Verweerder heeft het behandelbeleid van klager steeds besproken in het multidisciplinaire team voor wekedelentumoren en heeft aldus van zorgvuldige besluitvorming blijk gegeven. Ook heeft hij het behandelbeleid met klager besproken.

Dat verweerder de door klager genoemde Nederlandse richtlijn niet heeft gevolgd, leidt niet tot de conclusie dat verweerder verwijtbaar heeft gehandeld. Daartoe overweegt het college als volgt. Tussen de richtlijnen bestaat geen hiërarchie. Beide richtlijnen zijn in Nederland van toepassing. Verweerder heeft in dit kader overtuigend toegelicht dat in Nederland verschillende “scholen” bestaan en dat binnen een team dan wel een regio wordt afgesproken welke richtlijn wordt gehanteerd. Verweerder heeft gehandeld naar de richtlijn die in zijn regio wordt gevolgd. Hij heeft verder afdoende toegelicht waarom hij met zijn collega’s in de regio kiezen voor behandeling aan de hand van de ESMO.

Dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

5.3 Klager heeft ook aan het tweede klachtonderdeel ten grondslag gelegd dat verweerder van de aanbevelingen in de Richtlijn Wekedelentumoren 2.0 is afgeweken zonder dat daar, voor zover klager bekend is, een goede verklaring voor is. Hij is van mening dat hij betere kansen had gehad als de metastasen in de buik eerst bestraald waren.

Verweerder heeft toegelicht dat gelet op de intra-abdominale lokalisatie van de metastasen en de ernst van de klachten waarmee klager zich presenteerde direct operatief

ingrijpen duidelijk de voorkeur had boven radiotherapeutische behandeling voorafgaand aan de operatie. Verweerder heeft zijn beleid in het team en met de radiotherapeut besproken. Ook heeft hij uitvoerig met klager besproken dat er een acuut probleem was dat verholpen moest worden, ook om verdere behandeling mogelijk te maken. Verweerder heeft aangevoerd dat het een misvatting is dat bij een uitgezaaide sarcoom in de buik radiotherapie een betere genezingskans geeft. Dat is met name het geval bij primaire tumoren in de extremiteiten.

Het college stelt vast dat tussen de Richtlijn Wekedelentumoren 2.0 en de ESMO-richtlijnen op dit punt geen onderscheid bestaat. Het college is van oordeel dat verweerder blijkt heeft gegeven van een zorgvuldige besluitvorming door steeds de casus te bespreken in het wekedelen tumoren team en met klager. Verder heeft hij overtuigend toegelicht dat de buikmetastasen en de daarmee gepaard gaande acute klachten geen indicatie gaven voor een pre-operatieve bestraling. Voor zover verweerder hiermee is afgeweken van de richtlijn heeft hij dat goed gemotiveerd en is hij naar het oordeel van het college binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening gebleven. Ook het tweede klachtonderdeel zal ongegrond worden verklaard.

5.4. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in haar beide 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.

6. De beslissing

Het college verklaart de klacht ongegrond.

Aldus beslist door:

J. Recourt, voorzitter,

J.W. de Fijter, W.F. van Tets en I. Dawson, leden-arts,

J.C.J. Dute, lid-jurist,

bijgestaan door S. Verdaasdonk, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 25 september 2020 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG
secretaris

WG
voorzitter