

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2020/053

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 25 februari 2020 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
klager,
gemachtigde: mevrouw C en de heer D,

tegen

E,
orthopedisch chirurg
wonende te B,
verweerder,
gemachtigde: mr. A.W. Hielkema, verbonden aan VvAA Rechtsbijstand te Utrecht.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de Richtlijn hoofd- en medebehandelaarschap F;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- de correspondentie met betrekking tot het plannen van een spoedzitting.

De klacht is op de openbare zitting van 12 juni 2020 behandeld.

Klager was met bericht niet aanwezig maar werd (met schriftelijke machtiging) vertegenwoordigd door zijn zus C en zijn zwager de heer D.

Verweerder was aanwezig en werd bijgestaan door mr. A.W. Hielkema, advocaat te Utrecht. mr. Hielkema heeft een toelichting gegeven aan de hand van een pleitnota die aan het college en de wederpartij is overgelegd.

Van het verhandelde ter zitting is proces-verbaal opgemaakt.

2. De feiten

2.1. Tot 1 juli 2018 was verweerder werkzaam als orthopedisch chirurg in het F te B.

2.2. Op dinsdag 8 mei 2018 werd klager, geboren mei 1964, door de huisarts verwezen naar de spoedeisende hulp vanwege een zeer pijnlijke heup. Hij had al langer klachten van dat been, na een eerdere val. De dag ervoor was klager gestruikeld doordat hij onhandig liep. In maart 2018 was hij gevallen met schaatsen. Sindsdien had hij pijn aan de binnenzijde van zijn been.

2.3. Eveneens op dinsdag 8 mei 2018 werden op aanvraag van de SEH-arts röntgenfoto's gemaakt van het bekken en de thorax (borst) en aanvullend een computertomografie (CT-) scan van de bekken. In de specialistenbrief aan de huisarts staat hierover, voor zover van belang, het volgende:

“ Conclusie röntgenonderzoek; X-bekken:

Er is sprake van een subcapitale femurhalsfractuur met inclavatie en rotatie. Daarnaast iets wolkig aspect van beide fractuur rand, is sprake is van een adequaat trauma? Cave toch pathologische fractuur.

Als toevalsbevinding fijn gecalcificeerde laesie in de proximale femurschacht best passend bij een chondroïde laesie, let wel deze ligt wel in het traject van eventuele steel component of schroeffixatie traject, afhankelijk van behandeling.

CT bekken

Conclusie

Pathologische collumfractuur links met een chondroïde tumor danwel botinfarct in de femurschacht links. Hierbij enkele lytische laesies in het os ilium rechts cave ossale metastasen. Advies: Verdere evaluatie middels CT thorax abdomen.

X-thorax (doorgebeeld G):

bilaterale hilaire lymfeadenopathie

Laboratorium onderzoek: Hb 8.8

CRP 10, leuko's 11.4

LDH 258”

Ook werden de afdelingen interne geneeskunde, orthopedie en cardiologie in consult geroepen. In de specialistenbrief van de arts assistent chirurgie aan de huisarts staat over de consulten het volgende:

“ B/lom H:

-indien morgen OK, eerst PA afnemen uit laesie om te kijken of er sprake is van botmaligniteit

-Eerst CT skelet vervaardigen en BSE en M-proteïne (eiwitspectrum) bepalen

-Indien geen botmaligniteit uit PA pm thorax/abdomen

Samenvatting consult orthopedie: RvC/ mediale collumfractuur, mgl ikv pathologisch fractuur

lom (verweerder):

-overname pt door orthopedie wegens indicatie voor THP obv leeftijd en fractuur. Laesies in bekken geven verdenking op eventuele maligniteit als onderliggende oorzaak fractuur. Er zal per-operatief materiaal worden ingestuurd voor PA

(....)

Advies CAR;

Echo cor nog verrichten.

Aan het eind van de dag werd klager opgenomen op de afdeling orthopedie. Vanaf dat moment was verweerder de hoofdbehandelaar van klager.

2.4. Op woensdag 9 mei 2018 is klager besproken tijdens de ochtendoverdracht van de afdeling orthopedie. Verweerder is hier niet bij aanwezig geweest in verband met een roostervrije dag. Tijdens de bespreking werd uitgegaan van een gemetastaseerde ziekte op basis van meerdere afwijkingen in het femur (dijbeen) links en het bekken rechts. Het initiële plan, het plaatsen van een totale heupprothese werd naar aanleiding van de bespreking niet gewijzigd en klager werd op het spoedprogramma gezet. De arts-assistent orthopedie informeerde verweerder hier telefonisch over. Vanwege het drukke spoedprogramma werd aan het eind van de dag besloten om de operatie te verschuiven naar de volgende dag. In het medische dossier staat hierover, voor zover van belang, het volgende:

“ +2 ivm collumfractuur links met aanwijzingen maligniteit, THP op spoedprogramma door (verweerder)

Medicatie [AB, AS]: fraxi

(..)

Beleid:

vandaag nog X-femur @

aangemeld spoedprogramma; wordt ms morgen

nuchter tno

cardio cc @ ivm ecg afw (geen bezwaar OK, poli co)

onco icc @B/lom H: PA bij OK, CT skeletstatus (staat nu 06-06), BSE en Mprotein nabepaald @, PM CT thorax abdomen.

Ook vond er die dag overleg plaats tussen de arts-assistent orthopedie en de arts-assistent interne over de wachttijd van 6 weken voor het maken van een CT-skelet. De arts-assistent interne ging akkoord met de wachttijd, omdat deze ook geen eerdere datum voor de CT-skelet kon realiseren bij de radiologie.

2.5. Op donderdag 10 mei 2018 is klager door verweerder geopereerd. Het postoperatieve beloop verliep ongecompliceerd.

2.6. Op 15 mei 2018 is klager ontslagen uit het ziekenhuis.

2.7. Op 24 mei 2018 heeft klager een telefonisch consult met verweerder gehad.

In het medisch dossier staat hierover, voor zover van belang het volgende:

“Linker heupkop met fractuurzone: lokalisatie niet kleincellige maligniteit. Niet nader te duiden.

Bevindingen werden besproken.

Uitleg en advies gegeven, zijnde aanvullende CT-scan

Abdomen/thorax

Protocol/voorbereiding daartoe benoemde, zijnde 2 uur voor onderzoek nuchter

A/ CT abdomen/thorax op 25-05-2018”

2.8. Op 25 mei 2018 werden een CT-thorax/abdomen en CT-skelet gemaakt. De conclusie is volgens de Rapportage incidentenanalyse als volgt:

“Geen aanwijzingen voor tumorlokalisaties die bevindingen bij de fractuur die pathologisch is kan verklaren. Geen tweede lokalisatie aangetoond. Geen primaire tumor. Is een primaire tumor ter plaatse van de doorgemaakte femurfractuur een mogelijkheid?”

2.9. Op 31 mei 2018 heeft klager het spreekuur bezocht van verweerder. In het medisch dossier staat hierover het volgende:

“Vervolg nav CT abdomen/thorax op 25-05-2018

(..)

A/PET-scan op 4-6-18 Folder meer

B/TC 12-6-18.”

2.10. Op 12 juni 2018 heeft er een telefonisch consult plaatsgevonden tussen klager en verweerder. In het medisch dossier is hierover, voor zover van belang, het volgende opgetekend:

“Op de PET-scan geen focus primaire tumor aantoonbaar. Evenmin skeletmetastasen elders in het lichaam.

Bevindingen werden besproken. Uitleg en advies gegeven.”

2.11. Op 4 juni 2018 heeft klager de polikliniek interne geneeskunde bezocht en op 11 juni 2018 heeft er een telefonisch consult plaatsgevonden met de internist (oncoloog). Klager werd doorverwezen naar het I voor verdere diagnostiek. In het medisch dossier staat op 11 juni 2018 hierover genoteerd:

“PSA 4.0

Pleit erg tegen gemetastaseerd prostaatcarcinoom. Op de PET-CT ook prostaat niet actief. Weliswaar aan de bovengrens van normaal, maar gemet prostaatca geeft meestal veel hogere waarden, Gedediff ca kan dan wel weer lager zijn, maar dan verwacht je veel meer afwijkingen op de scan.

Kortom: ik weet nog steeds niet wat de diagnose is.

Hij vraagt wat er gebeurt als het I hem terugstuurt als het geen primaire bottumor is?

Dan hopelijk wel door beentumoren commissie een diagnose gesteld. Anders na langer interval PET-CT en lab herhalen, of evt 2e mening internist-oncoloog elders.

Verdenking primair osteosarcoom, chondrosarcoom,

Ewingsarcoom.

DD: metastase van elders, toch plasmacytoom.”

2.12. Op 5 juli 2018 werd verweerder, die dan sinds 1 juli 2018 niet meer werkzaam is in het F gebeld door collega J die is gebeld door prof. K, orthopedisch chirurg uit het I. Klager blijkt een primaire hooggradig sarcoom (waarschijnlijk osteosarcoom) te hebben. In het medisch dossier staat hierover, zover van belang, het volgende:

“Op 5-7-2018 ben ik gebeld dor dr J. Zij heeft prof K gesproken die mij zocht maar niet kon bereiken. Hij heeft aangegeven niet te kunnen begrijpen hoe deze situatie heeft kunnen ontstaan waarbij er een primaire heup operatie is uitgevoerd in wat (achteraf) een hooggradig osteosarcoom bleek te zijn. Dr J geeft aan dat patient met mij een afspraak wil plannen voor een gesprek, dat zij of een andere collega hierbij aanwezig zal zijn en of ik dit in het F wil plannen. Tevens heeft zij een melding bij RvB gedaan over mogelijke calamiteit daar patient nu nog grotere procedure en chemo tegemoet zal gaan.”

2.13. Op 5 juli 2018 is er telefonisch contact geweest tussen klager en verweerder.

2.14. Op 9 oktober 2018 was de rapportage van de incidentenanalyse klaar. De conclusie in dit rapport luidt:

“Na een zorgvuldige reconstructie van feiten en aanvullend onderzoek komt de commissie tot de conclusie dat er sprake is van een calamiteit volgens de wettelijke definitie. Er ontbreekt een protocol van pathologische (heup) fractuur en er heeft preoperatief geen multidisciplinair overleg plaats gevonden. Er is uiteindelijk een reguliere totale heupoperatie uitgevoerd bij een primaire bottumor, waardoor de morbiditeit van de heer A, naar alle waarschijnlijkheid is verslechterd. Door de operatie is de kans op verspreiding van de tumor vergroot en moet ook de totale heupprothese bij de oncologische operatie door het I als tumor worden beschouwd.”

3. De klacht en het standpunt van klager

Klager heeft in het klaagschrift 13 verwijten geformuleerd. Zijn klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder als hoofdbehandelaar onzorgvuldig en ondoordacht heeft gehandeld door:

1. een totale heupprothese te plaatsen op basis van onvolledige informatie en een onjuiste diagnose, alsmede dat hij niet op de hoogte was van de richtlijnen op zijn vakgebied.
2. onvoldoende te communiceren, klager is bijvoorbeeld niet over de risico's van de operatie geïnformeerd.

Naar aanleiding van het verhandelde ter zitting is het derde klachtonderdeel, waarin verweerder werd verweten geen excuses te hebben aangeboden, ingetrokken, zodat het college daarop niet meer hoeft te beslissen.

4. Het standpunt van verweerder

Het spijt verweerder bijzonder dat de gezondheidstoestand en de prognose van klager door de ingreep is verslechterd. Verweerder onderkent zijn verantwoordelijkheid als hoofdbehandelaar. Het advies van de radioloog voor een multidisciplinair overleg is

door de arts-assistent chirurgie niet overgedragen aan de assistent orthopedie. Het wijzigen van de CT-thorax/ abdomen naar een CT-skelet met een wachttijd van 6 weken is door de zaalarts niet overgedragen aan de arts-assistent orthopedie. Hierdoor was de informatie niet bekend bij de vakgroep orthopedie en verweerder. Verweerder meent dat hij als hoofdbehandelaar mag kunnen vertrouwen op werkafspraken binnen de vakgroep, op de deskundigheid van zijn medebehandelaars en op de volledigheid van de aan hem overgedragen informatie. De meest waarschijnlijke differentiaaldiagnose van de internist was volgens verweerder de ziekte van Kahler of metastasen, ook omdat op het CT-bekken metastasen te zien leken en de longfoto klierenactiviteit liet zien. Verweerder heeft op dat moment niet gedacht aan een primaire bottumor. Achteraf bezien was het beter geweest als verweerder op het moment dat hij vaststelde dat de aanvraag van een CT-thorax/abdomen was vervangen door de aanvraag van een CT-skelet, en er dus een discrepantie bestond tussen het advies van de radioloog en het beleid van de internist, bij de internist had nagevraagd of deze op de hoogte was van de delay. Verweerder kijkt niet weg van zijn verantwoordelijkheid. Alle omstandigheden tezamen hebben ertoe geleid dat verweerder niet op woensdag 9 mei 2018 heeft bijgestuurd en dat hij pas op de dag van de operatie het ontbreken van de aanvullende CT-scan heeft bemerkt. Verweerder heeft alle medewerking verleend aan het calamiteitenonderzoek en de afhandeling van de schadeclaim.

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. De toetsing van het handelen van verweerder moet plaatsvinden in het licht van wat hem op het moment van zijn handelen bekend was en bekend kon zijn. Daarbij gaat het erom of de wijze waarop hij tot zijn conclusies is gekomen en welke gevolgen hij daaraan heeft verbonden.

5.2. Klachtonderdeel I betreft het verwijt van klager dat verweerder de beeldvormende diagnostiek niet op waarde heeft geschat en geen overleg heeft gepleegd met de medebehandelaars waardoor hij bij klager een verkeerde ingreep heeft verricht op basis van onvolledige informatie en een onjuiste diagnose. Ter terechtzitting heeft verweerder verklaard dat hij dinsdag 8 mei 's avonds het medisch dossier van klager heeft bestudeerd en op basis hiervan het besluit heeft (over)genomen om een totale heuprothese te plaatsen. Verweerder ging daarbij vooral af op de CT-bekken waarop een verdenking op een metastase door de radioloog was aangegeven. De meest waarschijnlijke differentiaaldiagnose achtte verweerder de ziekte van Kahler. Verweerder heeft op dat moment niet gedacht aan een primaire bottumor.

5.3. Vast staat dat verweerder hoofdbehandelaar was van patiënt. Het Centraal Tuchtcollege heeft over de vraag wat de taken zijn van de hoofdbehandelaar overwogen dat de hoofdbehandelaar, naast de zorg die hij als zorgverlener ten opzichte van de patiënt en diens naaste betrekkingen heeft te betrachten, belast is met de regie van de behandeling van de patiënt. Daarnaast was verweerder operateur van klager. Een operateur heeft (ook los van eventueel hoofdbehandelaarschap) ook zelf de verantwoor-

delijkheid om zich ervan te vergewissen dat er geen contra-indicaties zijn voor een geplande operatie.

5.4. Het college is van oordeel dat op de spoedeisende hulp op basis van de beeldvorming correct is ingeschat dat het waarschijnlijk geen normale heupfractuur was, maar dat het hier een pathologische heupfractuur betrof. Bij pathologische heupfracturen mag volgens de professionele standaard nooit zonder meer worden aangenomen dat het gaat om een metastase of benigne tumor. Op grond (van het stroomschema) van de Oncoline richtlijn Botmetastasen, waar rechtstreeks naar wordt verwezen op de website van de beroepsvereniging, is bij verdenking van een pathologische heupfractuur zonder bekende primaire tumor aanvullend laboratoriumonderzoek, inclusief een CT-thorax/abdomen en MRI van de botlesie en een biopsie geïndiceerd. Volgens deze richtlijn dienen primaire bottumoren op oncologische wijze geopereerd te worden en is het direct plaatsen van een totale heupprothese gecontra-indiceerd. De atypische presentatie van een primaire tumor en de zeldzaamheid van de diagnose (zeker op de leeftijd van klager) zijn naar het oordeel van het college geen redenen om af te wijken van de richtlijn. Verweerder had als hoofdbehandelaar en operateur, na bestudering van het medische dossier, en alvorens te besluiten tot het plaatsen van een totale heupprothese, erop toe moeten zien dat nadere diagnostiek werd ingezet om een primaire bottumor uit te sluiten. Het lag ook op de weg van verweerder, zoals hij ook heeft erkend, om een collegiaal dan wel multidisciplinair overleg te organiseren naar aanleiding van de beeldvormende diagnostiek en de discrepantie in het medisch dossier tussen het advies van de radioloog: *'Verdere evaluatie middels CT thorax abdomen'* en de internist: *'Eerst CT skelet vervaardigen en BSE en M-proteïne (eiwitspectrum) bepalen -Indien geen botmaligniteit uit PA pm thorax/abdomen'*. Verweerder heeft ter terechtzitting en in het verweerschrift verklaard dat hij niet bekend was met het feit dat de internist de CT-thorax/abdomen had vervangen door een CT-skelet en dat deze CT-scan ten tijde van de operatie nog niet was gemaakt. Het college is het met verweerder eens dat een hoofdbehandelaar in beginsel mag afgaan op de werkafspraken, de volledigheid van de (mondelinge) informatie en de bevindingen van zijn ter zake kundige medebehandelaars. Dat is naar het oordeel van het college echter anders wanneer de uitslagen van de nadere diagnostiek kunnen nopen tot heroverweging van de door de hoofdbehandelaar geïndiceerde operatie, zoals in dit geval bij een solitaire lytische laesie van het bot. Bij vaststelling of verdenking van een primaire tumor, of een (blijvende) onzekere diagnose is immers verwijzing naar een expertisecentrum of consultatie van de commissie beentumoren geïndiceerd. Verweerder had er als hoofdbehandelaar maar ook enkel als operateur voor moeten waken dat hij geen informatie, uitslagen of handelingen van medebehandelaars zou missen voordat hij op 10 mei 2018 de heupprothese plaatste. Dit klachtonderdeel is dan ook gegrond.

5.5. Ten aanzien van het tweede klachtonderdeel dat ziet op de communicatie overweegt het college als volgt:

Klager en verweerder hebben elkaar pas voor het eerst ontmoet op de operatiekamer. De arts-assistent orthopedie heeft in overleg en na akkoord van verweerder klager geïnformeerd over de operatie. Uit de overgelegde stukken en hetgeen ter terechtzitting is komen vast te staan is niet gebleken dat klager in het algemeen onvoldoende is geïnformeerd over de risico's van de operatie. Weliswaar zou het wenselijk zijn geweest als verweerder zich na overdracht aan hem als hoofdbehandelaar aan klager zou hebben gepresenteerd, maar dat betekent op zichzelf beschouwd niet dat hij in strijd

met de jegens klager te betrachten zorg heeft gehandeld. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Conclusie

5.6. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens klager had behoren te betrachten. De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend.

5.7. Verweerder wordt aldus verweten dat hij in strijd met de professionele standaard een operatie heeft uitgevoerd, die mogelijk een risico op ernstige gezondheidsschade in het leven riep. Van een redelijk handelend redelijk bekaam vakgenoot mocht verlangd worden dat hij in de gegeven omstandigheden, gelet op de aan hem bekende informatie en gelet op de met de medebehandelaars gemaakte afspraken over nadere diagnostiek, deze operatie had uitgesteld totdat dit risico op bevredigende wijze was uitgesloten. Dit was op het moment van de operatie nog niet gebeurd en verweerder had er, gelet op de ernst van de mogelijke gevolgen, niet zonder meer op mogen vertrouwen dat dit wel het geval was. Alles in ogenschouw nemende is het college van oordeel dat de ernst van het verweerder verweten handelen zodanig is dat niet met een waarschuwing kan worden volstaan. Het college acht een berisping een passende maatregel.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart klachtonderdeel I gegrond;
- legt aan verweerder de maatregel van berisping op;
- wijst de klacht voor het overige af.

Aldus beslist door:

J.F. Aalders, voorzitter,

T.S. Oei, R.L. Diercks en E.P. van Heuzen, leden-arts,

R.E. van Hellemond, lid-jurist,

bijgestaan door C. Neve, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 7 juli 2020 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG secretaris

WG voorzitter