

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2023/6647

A2023/6647

Beslissing van 1 oktober 2024

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing van 1 oktober 2024 op de klacht van:

A,
wonende in B,
klager,

tegen

C,
plastisch chirurg,
destijds werkzaam in D,
verweerder,
gemachtigde: mr. E.E. Rippen werkzaam in Utrecht.

1. De zaak in het kort

1.1 Klager is (met tussenpozen vanaf 2003) onder behandeling geweest voor een zwelling op de rug. Verweerder is werkzaam als plastisch chirurg en heeft bij klager op 27 november 2013 de zwelling operatief verwijderd. Klager vindt dat verweerder geen goed onderzoek heeft verricht voordat hij overging tot de operatie en hij vindt ook dat verweerder niet heeft zorggedragen voor een goede/volledige overdracht aan de oncologisch chirurg.

1.2 Het college komt tot het oordeel dat een deel van de klacht die betrekking heeft op het handelen van verweerder vóór 21 november 2013 is verjaard. De overige

klachtonderdelen worden ongegrond verklaard. Hierna vermeldt het college eerst hoe de procedure is verlopen. Daarna licht het college de beslissing toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 21 november 2023;
- de brief van klager van 26 december 2023 met bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de brief van klager van 22 januari 2024 met bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 25 april 2024 gehouden mondelinge vooronderzoek;
- de brief van de gemachtigde van verweerder van 29 juli 2024, waarin wordt medegedeeld dat verweerder niet ter zitting zal verschijnen.

2.2 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 20 augustus 2024. Klager is verschenen. Verweerder is niet verschenen zoals toegelicht in de brief van 29 juli 2024; de gemachtigde van verweerder is wel verschenen. Klager en de gemachtigde van verweerder hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Klager heeft pleitnotities voorgelezen en aan het college en de gemachtigde van verweerder overhandigd. Op verzoek van het college heeft de gemachtigde van verweerder op 20 augustus 2024, na de zitting, een e-mail gestuurd met de antwoorden van verweerder op een tweetal vragen van het college.

3. De feiten

3.1 In augustus 2003 kwam klager op het spreekuur van verweerder, die als plastisch chirurg in het E werkzaam was. Klager had een zwelling op de rug die niet groeide en stabiel was. Een jaar eerder waren (op de afdeling chirurgie) weefselbiopten genomen van de zwelling met als conclusie in het PA-onderzoek: *“punctie onder het schouderblad rechts levert namelijk vetweefsel op. Dit steunt de klinische diagnose lipoom.”* Verweerder heeft toen (2003) de zwelling verwijderd. De uitslag van het PA-onderzoek was: *“(tumor rechter flank): spoelcellipoom. Geen aanwijzingen voor maligniteit.”*

3.2 Op 28 april 2008 kwam klager wederom op het spreekuur van verweerder. Er was sprake van een recidief zwelling van 4 x 1 cm, vlak naast de plek waar in 2003 het lipoom was verwijderd. Er was geen sprake van klachten. Er is vervolgens echo-onderzoek verricht en de conclusie luidde dat het waarschijnlijk een submusculair lipoom was onder het rechter schouderblad. Na overleg is besloten tot een afwachtend beleid

3.3 Op 4 november 2013 kwam klager terug op het spreekuur van verweerder. Er was nu sprake van een grotere zwelling met klachten. Besproken is toen dat de zwelling onder narcose verwijderd zou worden.

3.4 Op 27 november 2013 heeft verweerder de zwelling bij klager verwijderd.

3.5 De conclusie uit het PA-onderzoek van 2 december 2013 luidde: *“Recidief lipomateuze tumor van de rug toont het beeld van een pleiomorf lipoom. Aanvullend immunologisch en moleculair onderzoek volgt om een goed gedifferentieerd liposaroom uit te sluiten. (...)”* Op 6 januari 2014 kwam nog de volgende aanvulling op het PA-verslag: *“Bij aanvullend onderzoek en consult wordt deze lipomateuze tumor geclassificeerd als een atypisch lipoom/atypische lipomateuze tumor. Geen pleiomorf lipoom. Deze afwijkingen kunnen nogal eens lokaal recidiveren. Slechts zelden dedifferentiatie en daarmee ook zelden de mogelijkheid van metastasering.”*

3.6 Op 13 januari 2014 heeft verweerder klager verwezen naar de oncologisch chirurg voor verdere behandeling en beleid. Hierna heeft verweerder klager niet meer teruggezien voor behandeling. Verweerder heeft nog wel de huisarts (met cc aan de oncologisch chirurg) verslag gedaan van deze uitslag en de doorverwijzing (brief van 7 februari 2014).

3.7 Medio juli 2018 is klager na een polikliniekbezoek aan het ziekenhuis doorverwezen naar F in verband met een toegenomen zwelling. Op 28 november 2018 is de zwelling in het F verwijderd. In het PA-verslag is de conclusie/diagnose dat sprake is van een dedifferentiatie van de atypische lipomateuze tumor in een liposaroom.

3.8 Eind mei 2023 heeft klager een klacht ingediend bij het ziekenhuis over de behandeling van verweerder en de oncologisch chirurg G (verweerder in de zaak bij dit college aanhangig onder zaaknummer A2023/6648). Verweerder heeft hierop uitvoerig gereageerd in zijn bericht van 1 september 2023. Klager is aangeboden om een mondelinge toelichting te geven op de quickscan (en de klacht). Van dit aanbod heeft klager geen gebruik gemaakt. Daarna is de klachtenprocedure geëindigd.

3.9 Vervolgens heeft klager de onderhavige klacht bij dit college ingediend.

4. De klacht en de reactie van verweerder

4.1 De klachten van klager zijn in vier onderdelen samengevat (met deze indeling is klager akkoord gegaan tijdens het mondeling vooronderzoek). Het gaat om de volgende klachtonderdelen:

- a) Er is voorafgaand aan de resectie van de tumor in november 2013 geen onderzoek, zoals een MRI, punctie of biopsie naar de aard van de tumor verricht.
- b) Verweerder heeft klager na de operatie in november 2013 niet ingelicht over de aard van de tumor.
- c) Verweerder is onvolledig geweest in de overdracht aan de oncologische chirurg G door onder meer niet de juiste classificatie van de tumor weer te geven zoals die vermeld staat in het PA-rapport.
- d) Verweerder heeft na de overdracht van klagers behandeling aan de oncologisch chirurg G niet meer naar de situatie van klager omgekeken, terwijl hij wist of redelijkerwijs moest weten dat er bij het verwijderen van de tumor geen resectiemarges in acht zijn genomen.

Klager geeft aan dat sprake is geweest van een fysieke en mentale belasting door de operatie in het F toen bij hem de levensbedreigende variant (de gedifferentieerde liposaroom) werd verwijderd. Hij verwijt verweerder dat zijn gezondheid door het nalaten van verweerder en het onjuist en ondeskundig handelen ernstige schade heeft opgelopen.

4.2 Verweerder heeft primair aangevoerd dat klager niet-ontvankelijk is in zijn klacht voor zover het handelen betreft dat heeft plaatsgevonden vóór 21 november 2013 gelet op de verjaringstermijn van tien jaar (in artikel 65 lid 5 Wet BIG). Wat betreft de verwijten die zien op de periode ná 21 november 2013 heeft verweerder inhoudelijk verweer gevoerd en gemeend dat hij lege artis heeft gehandeld en dat hij niet is tekortgeschoten in de communicatie met klager.

4.3 Het college gaat hierna verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

Het beroep op de verjaringstermijn

5.1 Het beroep op verjaring slaagt. In artikel 65 lid 5 Wet BIG is opgenomen dat de bevoegdheid tot het indienen van een klaagschrift (een klacht) vervalt door verjaring na tien jaren. Deze termijn vangt aan op de dag na die waarop het desbetreffende handelen of nalaten is geschied. Het klaagschrift is bij het college binnengekomen op 21 november 2023, zodat het handelen of nalaten van verweerder vóór 21 november 2013 niet meer beoordeeld kan worden.

De criteria voor de beoordeling

5.2 De vraag is of verweerder als plastisch chirurg de zorg heeft verleend die van hem

verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende plastisch chirurg. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden ten tijde van het verweten handelen of nalaten.

5.3 In deze zaak is de richtlijn '*Diagnostiek bij wekedelentumoren en behandeling van wekedelensarcomen*' (2005, herziening in 2011) van toepassing. Het in deze zaak relevante deel is hieronder opgenomen: "anamnese en klinisch onderzoek
De werkgroep beveelt aan bij een wekedelenzwelling te letten op zogenaamde alarmsignalen die het vermoeden van een WDS versterken, zoals het ontbreken van relevant trauma op de plaats van de tumor, groei in een reeds relatief lang bestaande afwijking, het daarnaast tevens bestaan van algemene klachten, een positieve (familie)anamnese voor predisponerende factoren of voor schadelijke omgevingsfactoren. Andere signalen die het vermoeden van maligniteit versterken zijn: een zwelling van de weke delen met een diameter > 5 cm, een nieuwe massa die langer dan 4 weken bestaat, of een zwelling die niet in overeenstemming is met de te verwachten lokalisatie, dat wil zeggen op een ongebruikelijke plaats is gelegen, bijvoorbeeld een ganglion niet in de nabijheid van een gewricht.

Bij het klinisch onderzoek van een zwelling in de weke delen moet er daarnaast aandacht zijn voor: kenmerken van invasieve of destructieve groei; het gedrag van de zwelling ten opzichte van de spierfascie; palpabele lymfeklieren; en aanwijzingen voor metastasering. Het verdient aanbeveling om elke patiënt met een tumor die kan passen bij een WDS in een oncologiewerkgroep te bespreken voordat invasieve diagnostiek plaatsvindt, zodat het verdere traject multidisciplinair kan worden afgesproken.

beeldvormend onderzoek

Bij aanwijzingen voor een WDS dient alle beeldvormende diagnostiek plaats te vinden voorafgaande aan invasief onderzoek, om verstoring te voorkomen. Echografisch onderzoek van een wekedelentumor heeft géén beslissende bijdrage in het besluitvormingsproces, tenzij er op overtuigende wijze een benigne afwijking kan worden vastgesteld. Röntgenfoto's in twee richtingen, met een duidelijke vraagstelling, kunnen belangrijke informatie opleveren over de relatie van de zwelling met andere structuren en over mineralisatie. Bij wekedelentumoren van de extremiteiten en de romp wordt vervolgens MRI met gadolinium geadviseerd."

Klachtonderdeel a) er is voorafgaand aan de operatie van 27 november 2013 geen onderzoek naar de aard van de tumor verricht.

5.4 Verweerder heeft de zwelling behandeld als een lipoom en dat had niet zo moeten zonder eerst nader onderzoek te doen. In de hierboven genoemde richtlijn wordt een aantal alarmsignalen opgesomd, waarop verweerder alert had moeten zijn: een wekedelenzwelling groter dan 5 cm, een wekedelenzwelling die persisteert en/of toeneemt in grootte, een wekedelenzwelling die onder de oppervlakkige spierfascie is gelegen. Dit had moeten leiden tot een MRI-onderzoek om een wekedelensarcoom uit te sluiten. Dat heeft verweerder niet laten doen. Als de MRI verdenking op maligniteit had getoond, dan had de operatie niet zo uitgevoerd mogen worden. Wanneer de MRI het beeld van een lipoom dan wel atypisch lipomateuze tumor had laten zien, dan was

verwijdering met marginale grenzen zonder voorafgaande histologische biopsie juist geweest. Gezien de definitieve PA uitslag van 6 januari 2014 had de te verrichten MRI in deze casus dus geen beleidsconsequenties gehad. Het college wijst hierbij nog op een passage uit de richtlijn Wekedelentumoren (2.0) IKNL 09/17/12 pagina 81-82: *“Beleidsconsequenties: Aangezien er geen risico bestaat voor het ontstaan van metastasen kunnen atypische lipomateuze tumoren en lipomen na adequate beeldvorming zonder histologische biopsie worden verwijderd met marginale grenzen [Yang, 2001263].”*

5.5 Strikt genomen had verweerder het hierboven beschreven onderzoek (volgens de richtlijn) moeten doen bij het consult van 4 november 2013. Dit consult valt in de verjaringstermijn en kan in zoverre niet getoetst worden door het college, omdat klachten over handelingen vóór 21 november 2013 (10 jaar na datum ontvangst klaagschrift) zijn verjaard. De operatie is uitgevoerd op 27 november 2013 (is niet verjaard) en die kan wel beoordeeld worden. Medisch-inhoudelijk kan de operatie van 27 november 2013 echter niet los gezien worden van het consult van 4 november 2013, omdat toen is besloten tot deze uitvoering van de operatie die drie weken daarna plaatsvond en er toen geen beeldvormend onderzoek heeft plaatsgevonden.

5.6 Nu de verjaringstermijn in artikel 65 lid 5 Wet BIG een ‘harde’, juridische termijn is waarvan niet kan worden afgeweken¹ kan het verwijt alleen slagen voor zover de beslissing tot het uitvoeren van deze operatie is genomen ná 21 november 2013. Nu er geen aanwijzingen zijn dat verweerder ná 21 november 2013 en vóór 27 november 2013 nogmaals een onderzoek had moeten verrichten naar de aard van de zwelling, moet het college klager in dit klachtonderdeel niet-ontvankelijk verklaren. Klachtonderdeel b) klager is na de operatie van 27 november 2013 niet geïnformeerd over de aard van de tumor

¹ Zie uitspraak CTG van 3 november 2016; ECLI:NL:TGZCTG:2016:324

5.7 In de status (medisch dossier) van klager staat (handgeschreven) onder 13 januari 2014 dat de PA-uitslag met patiënt is besproken en verder staat er *“morgen bespreken met dr. G”*. Voor zover klager betoogt dat deze uitleg niet heeft plaatsgevonden, althans dat hij niet is geïnformeerd over de aard van de tumor, faalt dat betoog. Het gaat hier om het woord van de een tegen de ander en het college kan niet vaststellen wie van beide partijen ‘gelijk’ heeft, al heeft het college geen enkele reden om te twijfelen aan de juistheid van de aantekening in de status. De uitslagen van de PA-onderzoeken van 2 december 2013 en 6 januari 2014 waren tijdens het consult binnen, dus het ligt wel voor de hand dat verweerder die uitslagen met klager heeft besproken. Het betrof een atypisch lipoom/atypische lipomateuze tumor, waarover verweerder zegt dat hij geen oncologisch chirurg is en dat hij geen specifieke expertise heeft op het gebied van atypische lipomen. Op 13 januari 2014 heeft verweerder klager dan ook doorgestuurd naar de oncologisch chirurg G. Het klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

Klachtonderdeel c) verweerder is onvolledig geweest in zijn overdracht naar de oncologisch chirurg

5.8 Begrijpt het college dit klachtonderdeel goed, dan heeft klager bezwaar tegen de door verweerder gebruikte benaming van de diagnose 'lipoom'. In de brief aan de huisarts van 7 februari 2014 (die cc is gestuurd aan de oncologisch chirurg G) staat exact opgenomen wat de uitslag is van het aanvullend PA onderzoek (zie onder 3.5): het betreft een atypisch lipoom dat lokaal kan recidiveren en slechts zelden vindt dedifferentiatie plaats en daarmee ook zelden de mogelijkheid tot metastasering. Voor verdere behandeling verwijst hij klager door naar de oncologisch chirurg. Een en ander is dus correct weergegeven. Ten overvloede merkt het college op dat, zelfs al zou verweerder onvolledig zijn geweest in de overdracht, de oncologisch chirurg ook beschikte over het medisch dossier van klager, waaronder de PA-uitslagen, en bij zijn eigen anamnese had kunnen doorvragen op punten die nog onderbelicht zijn voor verdere behandeling; maar daar staat verweerder verder buiten. Dit klachtonderdeel is ook ongegrond.

Klachtonderdeel d) verweerder heeft niet meer naar de situatie van klager omgekeken na de overdracht terwijl hij wist/moest weten dat er geen resectiemarges in acht waren genomen

5.9 Uitgangspunt is dat met de overdracht van de behandeling van de patiënt naar een andere arts/specialist, de behandelingsovereenkomst tussen de doorverwijzer en de patiënt eindigt. In zoverre kan verweerder geen verwijt worden gemaakt dat hij niet naar de situatie van klager heeft omgekeken. Wat betreft het (indirecte) verwijt dat verweerder bij de verwijdering van de tumor op 27 november 2013 geen resectiemarges in acht heeft genomen, gaat dit verwijt niet op: uit het verslag van de patholoog blijkt dat sprake is van een "preparaat van 13 x 13 x 4 cm, omgeven door een grijsbruin glad kapsel". De tumor/het lipoom is daarmee in zijn geheel verwijderd. Na het PA-onderzoek werd de tumor/de zwelling gediagnosticeerd als een atypisch lipoom, waarmee oncologische marges niet geboden zijn. Gezien deze diagnostiek heeft verweerder klager wel verwezen naar de oncologisch chirurg. Het klachtonderdeel faalt.

Slotsom

5.10 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat klager niet-ontvankelijk is voor wat betreft klachtonderdeel a) en de overige onderdelen van de klacht ongegrond zijn.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart klager niet-ontvankelijk voor wat betreft klachtonderdeel a) voor zover het gaat om de beoordeling van het verweten handelen vóór 21 november 2013;
- verklaart de overige klachtonderdelen ongegrond.

Deze beslissing is gegeven door R.A Dozy, voorzitter, A.P. den Exter, lid-jurist, D.J.O. Ulrich, O.R.C. Busch en M.H.M. Bender, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door E.A. Weiland, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 1 oktober 2024.