

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 126-2012

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 5 juli 2013 naar aanleiding van de op 30 mei 2012 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, en **B**, wonende respectievelijk te C en D,  
bijgestaan door: mr. S. Zuidam, verbonden aan DAS-rechtsbijstand te Amsterdam,

k l a g e r s

-tegen-

**E**, neuroloog, werkzaam te F,  
bijgestaan door mr. K. Mous, advocaat te Nijmegen,

v e r w e e r d e r

#### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek met de bijlage;
- de dupliek;
- de brief van mr. S. Zuidam d.d. 8 mei 2013 voorzien van een bijlage.

Partijen hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 24 mei 2013, alwaar partijen zijn verschenen vergezeld door hun raadslieden.

#### 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.

De klacht betreft de behandeling door verweerder van G, geboren op 21 augustus 1960 en overleden op 25 mei 2011, verder patiënte te noemen. Zij is respectievelijk de dochter en de echtgenote van klagers.

Verweerder is als neuroloog, met als aandachtsgebied onder meer de behandeling van multipale sclerose (MS), verbonden aan het H te F.

In het H waren destijds ongeveer tien patiënten die werden behandeld met Tysabri. De behandeling van deze patiënten was destijds bij één neuroloog neergelegd, en wel bij verweerder.

In 1995 is bij patiënte de diagnose relapsing remitting multipale sclerose (RR MS) gesteld. Klaagster werd in eerste instantie behandeld in het Multipale Sclerose Centrum in F. Zij kreeg verschillende keren per jaar methylprednisolonkuren. Verweerder zag patiënte op 26 juni 2008 voor de eerste keer op zijn spreekuur omdat zij was verwezen met de vraag of zij in aanmerking kwam voor behandeling met Tysabri. De voornaamste klachten van patiënte waren wisselende visus, rechts slechter dan links, een drukkend gevoel in het hoofd, klachten van een vertigo en golvende bewegingen van de omgeving. De fijne motoriek in de rechterhand was verminderd en patiënte had af en toe last van een intentietremor. Bij lopen had patiënte geen beperkingen. Zij volgde fysiotherapie. Patiënte kwam in aanmerking voor behandeling met Tysabri (natalizumab). Verweerder schrijft verder in zijn brief van 30 juni 2008:

“Voor- en nadelen van deze behandeling, evenals mogelijke risico’s t.a.v. het ontwikkelen van PML (*progressieve multifocale leukencefalopathie, RTC*) werden met patiënte besproken. Ze ontving schriftelijke informatie. Ze wil graag starten met deze behandeling. Aanvullend zal een MRI hersenen gepland worden waarna patiënte opgeroepen zal worden voor de eerste kuur Tysabri.”

Patiënte is op 25 en 26 juli 2008 op de afdeling neurologie van het H opgenomen voor de eerste toediening van natalizumab. Deze behandeling, bestaande uit een maandelijkse toediening per infuus op de afdeling neurologie, is tot augustus 2010 probleemloos verlopen.

Op 14 september 2009 is een MRI gemaakt van de hersenen. Als klinische gegevens werd aangegeven:

“MS-patiënte. Aanwijzingen voor PML?”

Op deze MRI waren, volgens de uitslag, geen aanwijzingen voor PML te zien.

De MS-verpleegkundige, I, noteerde op 11 februari 2010 in het dossier;

“toename van klachten sinds enkele dagen:

Vermoeidheid ↑

Duizeligheidsklachten ↑

Visus klachten (wazigzien) ↑

Overleg op C14 12-2 Tysabri/solumedrol?”

Op 12 februari 2010 is patiënte gezien door de arts-assistent J en de neuroloog K.

In het dossier is genoteerd:

“A/ onzeker lopen ↓kleuren zien aan rechteroog & toename vermoeidheid.

Kan niet goed met ogen dicht lopen

Heeft deze klachten al eens eerder gehad toen goede reactie op solumedrol 5x500

Pulm: VAG zonder bijgeleiden

Lab: gb

Iom K Solumedrolkuur 5 dagen 500 mg.”

Op 10 augustus 2010 nam patiënte telefonisch contact op met de afdeling neurologie van het H en had contact met de neuroloog L. Patiënte vertelde erg moe en duizelig te zijn en zich na de laatste toediening van natalizumab 'erg opgejaagd' te voelen.

Patiënte werd dezelfde dag opgenomen in het H voor een vijfdaagse Solumedrolkuur. Op 14 augustus 2010 werd patiënte uit het H ontslagen.

Op 24 augustus 2010 bezocht patiënte de polikliniek van het H en werd gezien door de arts-assistent M onder supervisie van de neuroloog N.

In de brief van 14 september 2010 schrijven zij als conclusie:

“De klachten van patiënte worden zeer waarschijnlijk veroorzaakt door een exacerbatie van de relapsing remitting multipele sclerose met een localisatie zeer waarschijnlijk in de postcentrale gyrus ter hoogte van de rechter hemisfeer. Aangezien patiënte geen motore uitval heeft en de klachten niet beiderzijds aanwezig zijn, lijkt een myelumlokalisatie dan ook minder waarschijnlijk.”

Afgesproken wordt de Solumedrolkuur niet te herhalen en een MRI van de hersenen te laten maken.

Op 26 augustus 2010 nam patiënte contact op met de MS-verpleegkundige. Zij noteerde in het medisch dossier dat de sensibele stoornissen in het linkerbeen vanaf 25 augustus 2010 waren toegenomen en dat er pijnklachten waren ontstaan. Omdat de volgende dag een opname gepland stond voor een behandeling met natalizumab noteerde de verpleegkundige dat de klachten tijdens die opname beoordeeld zouden worden.

Dat gebeurde op 27 augustus 2010 door de arts-assistent J. Zij constateerde dat patiënte stabiel was; de klachten waren sinds de dag ervoor niet veranderd. Het gedrag en de cognitie van patiënte waren onveranderd en er was geen sprake van ziekte, koorts of benauwdheid. Patiënte is vervolgens met natalizumab behandeld.

Op 1 september 2010 werd patiënte weer opgenomen op de afdeling neurologie van het H omdat klachten en gevoelstoornissen aanhielden en waren uitgebreid naar de rechtervoet. Hoewel de kracht in beide benen goed was, liep patiënte nog steeds erg slecht door de gevoelsstoornissen. Patiënte werd drie dagen lang gedurende de dag opgenomen om nogmaals met Solumedrol te worden behandeld. Tijdens de opname op 2 september 2010 wordt de MRI gemaakt zoals tijdens het consult op 24 augustus 2010 afgesproken.

De aanvragende arts was de neuroloog L. De aanvraag luidde:

“MS, nu exacerbatie met hypesthesie linkerbeen, tysabri Aanwijzing voor PML? Actieve demyeliniserende laesies?”

De uitslag was:

“protocollair onderzoek.

Vergeleken wordt met 09/09/2009. Bekende witte stofafwijkingen zowel rechts temporaal, periventriculair en t.h.v. het corpus calossum waarbij er rechts frontaal naast de voorhoorn (aangegeven met een pijl) transversaal alsmede hoogfrontaal (eveneens aangegeven met een pijl) er nieuwe laesies zichtbaar zijn waarbij de laesie hoogfrontaal rechts volledig nieuw is en deels conflueert, PML is hierbij niet uitgesloten. De overige laesies zijn verder conform. Na toediening van contrast is er geen evidente aankleuring zichtbaar. Verder geen nieuwe bevindingen.”

De MRI en het verslag zijn besproken tijdens de ochtendradiologiebespreking.

Verweerder was die ochtend niet bij die bespreking aanwezig. Van deze besprekingen worden geen verslagen gemaakt. Deze bespreking heeft niet tot aanpassing van het verslag en/of het beleid geleid.

Op 14 september 2010 nam patiënte contact op met de MS-verpleegkundige O. De verpleegkundige noteerde:

“klachten toename.

li-lichaamshelft sensible st + pijn in bil  
coördinatie li- arm/hand been hoofdpijn  
re+li trillende armen?

Re-voet sensible st geen verergering

Mictie:gb (movicolon) geen koorts.”

O heeft naar aanleiding van dit contact een consult met verweerder op de polikliniek laten inplannen. Het consult is geagendeerd voor 17 september 2010.

Verweerder had op 17 september 2010 een vrije dag maar kwam toevallig langs en heeft patiënte en haar echtgenoot te woord gestaan. Verweerder beschikte tijdens dit consult niet over het dossier van patiënte. In het dossier zijn van dit contact geen gegevens aanwezig. Verweerder heeft de MRI van 2 september 2010 ter plekke wel geraadpleegd.

Er is op enig moment een MRI van de wervelkolom aangevraagd. Op 30 september 2010 noteerde de dienstdoende arts P in het dossier:

“MRI-We / geen afwijkingen, geen aanw. voor PML.”

Op 18 oktober 2010 vond het volgende poliklinische consult plaats van patiënte bij verweerder. Patiënte gaf aan dat zij neurologische uitvalverschijnselen had in haar linkerbeen en dat ook de functie van de linkerhand was verminderd. Verweerder heeft naar aanleiding van dit consult geen aantekeningen in het dossier gemaakt maar wel een brief aan de huisarts van patiënte geschreven waarin hij schrijft dat een MRI-cerebraal een laesie rechts frontaal liet zien die verantwoordelijk is voor de klinische achteruitgang en dat mogelijk de Solumedrolkuur nog effect zal sorteren. Hij schrijft dat er een indicatie is voor een revalidatiebehandeling. Verder vermeldt hij dat patiënte een euthanasiewens heeft geuit maar dat deze vanuit neurologische optiek niet zomaar gehonoreerd kan worden. Aan de medicatie voegt verweerder Vesicare toe en hij meldt tot slot dat het wellicht zinvol is de MRI over drie maanden te herhalen met contrast voor het geval het beeld dan niet is veranderd.

Verweerder verwijst patiënte naar de polikliniek revalidatie van de Q in F.

Op 22 oktober 2010 werd patiënte opgenomen op de afdeling neurologie van het H voor behandeling met natalizumab. Arts-assistent J noteerde in het dossier:

“ziek- koort- N- V- dyspneu –  
Geheugen/gedrag onveranderd.”

De MS-verpleegkundige I noteerde op 23 oktober 2010 in het dossier naar aanleiding van een telefonisch consult:

“uitval linker lichaamshelft li been li arm

f.t. thuis thuiszorg

mictieklachten vesicare

huisarts bezoekt regelmatig

thuissituatie volstaat nog in hulp bieden

z.n. kl opname C14

Mw wil dit echter niet

Wacht op kl revalidatie Q.”

Op 18 november 2010 nam patiënte weer contact op met I. I noteerde:

“22-11-2010 klinische opname Q

Tysabri 19-11-2010 gaat niet door ivm bezoek AA. vesicare

Cognitie gb geen gedragsveranderingen”

Op 3 december 2010 heeft de neuroloog L een aanvraag voor het maken van een MRI ingediend. Het MRI onderzoek is vervolgens gepland voor 17 januari 2011.

Op verzoek van patiënte had verweerder op 16 december 2011 een gesprek met haar in de Q. Afgesproken werd dat antilichamen zouden worden bepaald en dat verweerder zou proberen de MRI te bespoedigen. Verweerder noteerde op het consultformulier ondermeer:

“PML onwaarschijnlijk

Rebound na overslaan Tysabri”

De volgende dag ging patiënte naar het H voor een Tysabri kuur.

De uitslag van het onderzoek naar antilichamen was negatief.

Op 10 januari 2011 is patiënte door de huisarts per ambulance ingestuurd naar de eerste hulp van het H. Naar aanleiding van het lichamelijk onderzoek noteerde de neuroloog R:

“Pate was reeds bekend met een hemibeeld links waarvoor revalidatie in de Q.

Nu sedert 1 week ook progressief klachten in de re-lichaamshelt met coord.st. (...)

Pijn + rug en nek, brandende pijn, niet radiculair. Zit in een rolstoel trauma-

(...) Traag, apart affect

HZ: volgt moeizaam, kan wel volgen bij meerdere keren proberen. NVII tnv links, Oogtak lijkt ook iets mee te doen.

Mot: kan volgens eigen zeggen li-lichaamshelt niet bewegen, hypertoon.

Re lichaamshelt intermitterend aanspannen, been zakt uit. MI discrepantie tussen wat patiënte kan en laat zien.

Coord: links niet mogelijk, re-paretisch gestoord + mgl. Ook milde ataxi, echter ook hierbij bijzondere prestatie.

Refl: symm. levendig (...)

Sens: tactiel neglect links (...)”

Patiënte werd opgenomen op de afdeling neurologie van het H. Verweerder ging die dag met vakantie. De geplande MRI werd vervroegd naar 14 januari 2011. Op 13 januari 2011 werd in het dossier genoteerd dat patiënte veel last had van spasmen.

Op 14 januari 2011 noteerde de arts-assistent S dat de MRI zeer suspect was voor PML. En verder:

“io K en T nu geen acute behandelconsequentie geen indicatie plasmaferese.

B/ ma gesprek io E met patiënte voor uitleg.”

Op 15 januari 2011 was het beeld nog altijd suspect voor PML. Er is overlegd met de neuroloog U verbonden aan het V te W. Besloten werd te onderzoeken of het JC virus was geactiveerd en er werd gestart met plasmaferese.

Op 17 januari 2010 was verweerder terug van vakantie. In overleg met hem werd op 17 januari 2011 besloten de MRI te herhalen.

Op 19 januari 2011 werd patiënte overgeplaatst naar het V in verband met IRIS-risico waarop het H minder was toegerust.

In het V werd de diagnose PML op 25 januari 2011 definitief gesteld. Patiënte is in het V en later in het X in Y behandeld. Op 25 mei 2011 is patiënte in het X overleden.

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAGERS EN DE KLACHT

Klagers verwijten verweerder -zakelijk weergegeven-: dat hij een onjuiste diagnose heeft gesteld door vanaf september 2010 te oordelen dat sprake was van een schub in plaats van PML; hij heeft onvoldoende onderzoek gedaan naar de mogelijkheid van PML; dat hij cruciale informatie aan patiënte heeft onthouden; dat hij toch weer Tysabri heeft toegediend; dat de gang van zaken rond de behandeling van patiënte onzorgvuldig is geweest in die zin dat zij de polikliniek slecht kon bereiken, het lang geduurd heeft voordat een MRI gemaakt werd en het moeilijk was een afspraak met verweerder te maken.

### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij van oordeel is dat hij niet verwijtbaar heeft gehandeld en dat de klacht als ongegrond dient te worden afgewezen.

Voor zover nodig wordt hieronder specifiek op het verweer ingegaan.

### 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. In dit verband heeft te gelden dat het missen van de juiste diagnose op zichzelf geen klacht is, die tuchtrechtelijke relevantie behoeft te hebben. Alleen indien zou komen vast te staan, dat de wijze waarop de aangeklaagde arts tot zijn, naderhand onjuist gebleken, diagnose is gekomen in strijd is met de zorgvuldigheid, die van een redelijk bekwame beroepsgenoot mag worden verwacht - rekening houdende weer met het hierboven weergegeven toetsingscriterium - kan een dergelijke klacht doel treffen. Tot slot wijst het college er op dat de afloop van het ziekteproces weliswaar buitengewoon tragisch is maar dat de toetsing van het handelen van verweerder moet plaatsvinden in het licht van wat hem op dat moment bekend was en bekend kon zijn.

#### 5.2

Uit het feitenrelaas en het verhandelde ter zitting leidt het college af dat vanaf het moment dat de klachten van patiënte in augustus 2010 waren verergerd, verweerder voor het eerst bij de behandeling van patiënte is betrokken op 17 september 2010. De op

de vrije dag van verweerder geplande afspraak overviel verweerder. Hij heeft zich niet voorbereid op het gesprek met patiënte en haar echtgenoot. Hij heeft op dat moment kennisgenomen van de MRI en de overwegingen van de radioloog, maar besloten eerst uit te zoeken welke vervolgstappen zijn collega's hadden ondernomen naar aanleiding van de uitslag van de MRI alvorens een beleid met patiënte af te spreken. Op dat moment heeft verweerder wel begrepen dat patiënte in dat jaar reeds driemaal een Solu-medrolkuur had ondergaan, de laatste twee in augustus en september. Een lichamelijk onderzoek heeft tijdens dat consult kennelijk niet plaatsgevonden. Ter zitting heeft verweerder medegedeeld dat hij het nodig vond een MRI van de wervelkolom te laten maken omdat dat nog niet was gebeurd.

### 5.3

Na 17 september 2010 is verweerder gebleken dat de MRI besproken was op het radiologenoverleg en dat de aanwezigen hadden vastgesteld dat de MRI onvoldoende aanwijzingen bood voor PML zodat vervolgacties niet nodig waren. Het college begrijpt dat verweerder zich daar toen aan heeft gecommitteerd.

### 5.4

De tweede keer dat verweerder patiënte in deze episode zag, was op 18 oktober 2010. Volgens verweerder was er geen verschil met het klinisch beeld van september. Hij heeft geen klinische aanwijzingen gevonden die wezen op een verdenking van PML. Tijdens het consult is verder de euthanasiewens van patiënte aan de orde geweest. Onduidelijk is of lichamelijk onderzoek heeft plaatsgevonden.

### 5.5

Gelet op de gang van zaken op en na 17 september 2010 en de bevindingen van verweerder op 18 oktober 2010 is de keuze van verweerder niet aan patiënte mee te delen dat de radioloog naar aanleiding van de MRI van 2 september 2010 "PML niet uitgesloten" heeft genoteerd, te billijken. Dat verweerder ook een andere keuze had kunnen maken, brengt niet mee dat hem op dit onderdeel een tuchtrechtelijk verwijt treft. Het tweede klachtonderdeel is daarom ongegrond.

### 5.6

Anders oordeelt het college over de klachtonderdelen 1, 3 en 4. Omdat enerzijds de organisatie van de zorg, in het bijzonder de overdracht en controle van behandelinitiatieven, tekort is geschoten en anderzijds verweerder naar het oordeel van het college het klinisch beeld en de andere bekende gegevens onvoldoende zorgvuldig heeft onderzocht en geëvalueerd, heeft verweerder ten onrechte geen verdenking van PML onderkend en de behandeling met Tysabri voortgezet. Het college overweegt daartoe als volgt.

### 5.7

Tijdens de vakantieafwezigheid van verweerder in de periode augustus/september 2010 hebben zijn collega's patiënte behandeld. Behoudens hun aantekeningen in het dossier, heeft er geen terugkoppeling plaatsgevonden met verweerder, ook niet over de uitslag van de MRI van 2 september 2010 en het daarop gevolgde radiologenoverleg. Het college is daarnaast niet gebleken dat bijvoorbeeld de aanvragend behandelaar naar aanleiding van de MRI van 2 september 2010 een afspraak met patiënte heeft gemaakt om de uitslag te bespreken. Zij heeft die dan ook niet vernomen. Omdat het volgens patiënte steeds slechter ging, heeft zij op 14 september 2010 zelf contact op-

genomen met de MS-verpleegkundige. Ongelukkig genoeg heeft de polikliniek vervolgens een afspraak gepland op de vrije dag van verweerder. Hoe dat heeft kunnen gebeuren, is ter zitting niet duidelijk geworden. Op het consult van 17 september 2010, dat dus min of meer toevallig tot stand is gekomen omdat verweerder even langskwam, is de MRI aan de orde geweest maar de uitslag niet volledig doorgesproken omdat het verweerder aan informatie van zijn collega's ontbrak. Dat verweerder op dat moment een grondige evaluatie heeft gemaakt van de toestand van patiënte, de ingezette behandelinitiatieven (Solumedrolkuren) en de mogelijkheid dat een en ander zou kunnen wijzen op PML, is niet gebleken.

#### 5.8

Eerst op 18 oktober 2010 ziet verweerder patiënte weer. Dan heeft hij het dossier voorhanden. Ondanks het feit dat verweerder zich niet kan herinneren hoe patiënte er in september aan toe was, concludeert hij dat het klinisch beeld in oktober niet verschilt van dat in september. Het dossier wijst echter op verslechtingen (vgl. de aantekeningen van 26/8, 1/9, 14/9), met uitzondering van de cognitie en het gedrag. Volgens klagers was de lichamelijke toestand aanmerkelijk verslechterd. Kon patiënte in augustus nog met hulp zelfstandig lopen, in september heeft zij zich op krukken naar verweerder begeven en in oktober kwam zij binnen in een rolstoel, aldus klagers. Verweerder heeft dit niet betwist. Uit de aantekeningen van met name de MS-verpleegkundige, maar ook van L volgt dat het klinisch beeld progressief aan het verslechteren was. Bovendien had patiënte in augustus en september 2010 al twee kortdurende Solumedrolkuren ondergaan die geen effect hadden gehad. Tot slot is er de MRI van 2 september 2010. Op die MRI is een afwijkende laesie te zien (hoogfrontaal rechts, deels confluërend, geen evidente aankleuring). Hoewel deze laesie ook naar het oordeel van het college visueel niet bijzonder PML specifiek is, is het ook niet een typische MS-laesie. Volgens de radioloog kon wat deze laesie betreft, PML niet worden uitgesloten. Dit oordeel is bevestigd door de deskundige die dezelfde MRI heeft beoordeeld in het kader van de klachtenprocedure die aan deze procedure is voorafgegaan.

#### 5.9

Verweerder heeft bij het verweerschrift overgelegd de richtlijn *"Informatie voor artsen\* en richtlijnen voor de behandeling van patiënten met Multiple Sclerose die met Tysabri® worden behandeld"*. Uit het schema Klinische beoordeling (figuur 1) dat is gebaseerd op deze richtlijn blijkt het volgende. Indien er bij de klinische presentatie kenmerken zijn die duiden op MS - in dit geval dacht verweerder aan een Schub - kan worden doorgegaan met Tysabri en dienen steroïden te worden toegediend (in dit geval is gekozen voor Solumedrol). Het uitblijven van een reactie op steroïden moet echter een trigger zijn voor nader onderzoek. Indien de toestand klinisch stabiel is of verbeterd, kan worden volstaan met routine controles. Indien de klinische toestand niet stabiel is of niet verbeterd, dan moet het toedienen van Tysabri worden opgeschort en een MRI/Lumbaalpunctie worden ingezet. Verweerder had naar het oordeel van het college op 18 oktober 2010 dan ook de mogelijkheid van PML onder ogen moeten zien en de verdenking actief moeten onderzoeken met een lumbaal punctie om PML definitief uit te sluiten of te bevestigen.

#### 5.10

Voor zover verweerder al niet op 18 oktober 2010 een verdenking op PML had moeten hebben, dan had dat op 16 december 2010 naar het oordeel van het college zeker in overweging moeten worden genomen. Op het consult van 16 december 2010 is volgens



verweerder echter vooral onvrede besproken; lichamelijk onderzoek heeft niet plaatsgevonden. Vanwege het feit dat patiënte niet verbeterde, heeft verweerder besloten een onderzoek naar antilichamen te doen en de voor 17 januari 2011 geplande MRI naar voren te halen. In de tussentijd had patiënte evenwel wederom een aantal keren contact opgenomen over toename van klachten, onder meer op 3 december 2010. Een collega van verweerder (L) heeft toen een MRI aangevraagd; overigens bleek toen dat de MRI waartoe op het consult op 18 oktober 2010 was besloten, niet was gepland. Volgens verweerder had patiënte dat zelf moeten doen. Controle of dat ook was gebeurd, heeft kennelijk ontbroken, terwijl verweerder naar zijn zeggen op 18 oktober 2010 aanleiding zag om binnen drie maanden een MRI te maken.

#### 5.11

Ook naar aanleiding van het contact op 16 december 2010 heeft verweerder in weerwil van de toen bestaande aanwijzingen geen aanleiding gezien om onderzoek te doen om PML uit te sluiten. Hoewel verweerder en zijn collega's op grond van de symptomen aanvankelijk op het spoor konden zitten van een exacerbatie van de MS (een Schub), had het beloop verweerder eerder op het spoor moeten zetten van PML. Een en ander klemt temeer omdat de collega's van verweerder, die verschillende behandelingsinitiatieven hebben genomen (aanvragen MRI's, Solumedrolkuren), geen overdracht hebben verricht anders dan via het dossier - dat op wezenlijke onderdelen lacuneus is - en verweerder patiënte in de onderhavige episode pas op 18 oktober 2010 voor het eerst uitgebreid (en voorbereid) als hoofdbehandelaar zag. Verweerder was bovendien de hoofdbehandelaar die binnen de kliniek het aandachtspunt MS had en in zoverre bij uitstek degene die de behandeling, voortgang en de risico's van patiënte diende te bewaken en monitoren. Het hoofdbehandelaarschap van verweerder heeft naar het oordeel van het college te weinig inhoud gekregen. Coördinatie ontbrak alsmede een visie op het totale beloop. Het college benadrukt in dit verband dat het in een ziekenhuis uit oogpunt van continuïteit van de zorg en van duidelijkheid voor de patiënt en diens naaste verwanten noodzakelijk is dat er een hoofdbehandelaar is, belast met de regie van de behandeling van de patiënte door hemzelf en andere specialisten en zorgverleners tijdens het gehele behandelingstraject. Daaraan heeft het in deze zaak ontbroken. Weliswaar is altijd een van de aanwezige specialisten verantwoordelijk geweest voor de zorg op dat moment, maar onvoldoende is gebleken dat verweerder de regie over die zorgverlening heeft gevoerd. Patiënte heeft tot slot herhaaldelijk zelf om aandacht voor de toenemende klachten gevraagd (en de onvolkomenheden van de organisatie van de kliniek), en aangedrongen op een contact met de verweerder op 16 december 2010. Dat de contacten meestal via de MS verpleegkundige liepen, maakt niet dat die signalen niet serieus genomen zouden moeten worden. De conclusie van verweerder op 16 december 2010 dat PML 'onwaarschijnlijk' was, kan het college dan ook niet plaatsen. Het is onduidelijk op grond van welke onderzoeken en bevindingen de verweerder tot die conclusie is gekomen, temeer omdat andere onderzoeken om het beloop te verklaren (antilichamenonderzoek) nog niet waren verricht en niet is gebleken dat verweerder steeds uitgebreid (lichamelijk) onderzoek heeft gedaan om het beloop vast te stellen.

#### 5.12

Bij zijn oordeel betreft het college de volgende omstandigheden. Neurologen als verweerder waren destijds zeer doordrongen van het gevaar van PML. Zoals verweerder ter zitting heeft verklaard, werd elk consult stilgestaan bij de behandeling met Tysabri en het risico op PML. Verweerder had in het najaar van 2010 geen klinische ervaring

met PML. Patiënte was in Nederland immers de tweede MS-patiënte die PML ontwikkelde na gebruik van Tysabri. Bovendien ontbraken in het klinische beeld van patiënte typische symptomen van PML. Zo bleven de cognitieve functies van patiënte intact tot in januari 2011 en het gedrag stabiel, terwijl cognitieve detoriatie en gedragsveranderingen bij PML vaak voorkomen. De MRI van 2 september 2010 was a-specifiek voor PML en MS maar PML kon niet worden uitgesloten. In de nazomer van 2010 was tot slot nog niet algemeen bekend dat de risico's op PML aanzienlijk toenemen na gebruik van Tysabri gedurende twee jaar. In augustus 2010 gebruikte patiënte het middel inmiddels twee jaren.

#### 5.13

Op grond van al het voorgaande oordeelt het college dat verweerder onvoldoende alert is geweest op symptomen voor PML en de MRI te lichtvaardig heeft geïnterpreteerd; in zoverre heeft hij de zorgen van patiënte en haar echtgenoot onvoldoende serieus heeft genomen. De organisatiezwakte is mede aan verweerder, die destijds opleider was en nog steeds is, te wijten. Aan zijn hoofdbehandelaarschap heeft verweerder tot slot te weinig invulling gegeven. Het college heeft vernomen dat inmiddels een aantal aspecten is gewijzigd. Zo werkt men tegenwoordig met elektronische telefoonnotities, worden bevindingen van het radiologenoverleg als addendum aangetekend op de bevindingen van de radioloog, is in het onderwijs meer aandacht voor alertheid op PML en is naast verweerder nog een andere neuroloog belast met het aandachtsgebied MS. Alle MRI's die twijfel oproepen worden inmiddels bovendien besproken met de MS-experts in het V.

#### 5.14

De conclusie luidt dat het klachtonderdeel 2 ongegrond is de klachtonderdelen 1, 3 en 4 (deels) gegrond. Al het voorgaande afwegende, oordeelt het college dat de maatregel van waarschuwing in dit geval passend is.

## 6. DE BESLISSING

Het college waarschuwt verweerder.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. Th.C.M. Willemse, voorzitter, mr. J.W. IJssink, lid-jurist, prof. dr. R.G. Pöll en M. Scheuer en dr. R.B. van Leeuwen, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 5 juli 2013 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

voorzitter

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 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.