

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2016-058

Datum uitspraak: 27 december 2016

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

A,
wonende te B,
klagers,
tegen:
C, internist,
werkzaam te D,
verweerder,
gemachtigde: E, werkzaam te D.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit de volgende stukken:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 2 maart 2016, en aangevuld bij brief van 18 maart 2016 met bijlage;
- het verweerschrift met bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek.

1.2 Partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om in het vooronderzoek hun standpunten nader toe te lichten.

1.3 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 1 november 2016. Partijen zijn verschenen, verweerder met zijn gemachtigde, en hebben, mede naar aanleiding van vragen van de leden van het College, hun standpunten mondeling toegelicht. De gemachtigde van verweerder heeft pleitnotities voorgedragen en aan het College en klagers overgelegd.

2. De feiten

2.1 Verweerder is internist-oncoloog in het F te D en was ook in 2009/2010 als zodanig werkzaam.

Klagers zijn de weduwnaar en zoon van mevrouw G, geboren in 1950. Bij mevrouw G is eind 2009 in het F darmkanker (sigmoïd carcinoom) vastgesteld. Na uitstel van een eerder geplande operatie is zij op 30 december 2009 geopereerd (sigmoïd resectie) door H, oncologisch chirurg. Bij de operatie zijn uitzaaiingen op de lever geconstateerd.

2.2 In de periode van 15 januari 2010 tot eind juni 2010 heeft over de situatie van mevrouw

G een aantal malen een zogeheten “hepatobiliaire-tumorwerkgroepbespreking” (hierna: HPB) plaatsgevonden, een multidisciplinair overleg onder voorzitterschap van I, oncologisch chirurg.

2.3 In februari 2010 zijn bij radiologisch onderzoek bij mevrouw G nieuwe voor uitzaaiingen verdachte afwijkingen in de lever gezien en een kleine voor uitzaaiing verdachte lymfeklier in de leverhilus. Bij de HPB op 19 februari 2010, waaraan ook deelnam J, internist-oncoloog, is geconcludeerd dat er helaas sprake bleek te zijn van uitgezaaide ziekte en dat een palliatieve behandeling met chemotherapie de enige resterende en zinvolle optie was. Op 23 februari 2010 besprak de chirurg K met mevrouw en klagers dat chemotherapie gegeven zou gaan worden en dat daarna gekeken zou worden of mevrouw toch nog voor chirurgie of een andere lokale therapie in aanmerking zou komen. Zij is daarbij doorverwezen naar de afdeling interne oncologie.

2.4 Vanaf 1 maart 2010 tot eind juni 2010 is mevrouw G in behandeling geweest bij de afdeling interne oncologie van het F, alwaar zij in de periode van 8 maart 2010 tot eind april 2010 chemotherapie heeft ondergaan. Verweerder was haar hoofdbehandelaar. Hij was in de periode van begin mei tot medio juni afwezig om privéredenen; in het medisch dossier bevinden zich in de periode van 3 mei 2010 tot 14 juni 2010 geen aantekeningen van zijn hand. In die periode was L, eveneens internist-oncoloog, de hoofdbehandelaar.

2.5 Op 3 juni 2010 heeft mevrouw G in M een PET-scan laten maken, omdat het F op dat moment niet over de daarvoor vereiste apparatuur beschikte.

2.6 In de HPB van 11 juni 2010, waarbij naast I aanwezig waren J voornoemd en de chirurg K voornoemd, is besloten dat er geen zinvolle indicatie was voor leverchirurgie vanwege het feit dat de lymfeklieren in grootte waren afgenomen, hetgeen als evidente verdenking voor uitzaaiing werd geïdentificeerd.

2.7 Op 17 juni 2010 had mevrouw G een afspraak in het N voor een second opinion.

2.8 In een brief van verweerder aan de huisarts van 6 juli 2010 schrijft hij:

*“... Op dit moment wachten wij af wat het advies uit het ziekenhuis te M is. Mochten zij onze beslissing steunen om niet te opereren, dan zou ons verdere plan zijn vooralsnog expectatief te blijven. De reden hiervoor is dat de 1e lijns therapie patiënte zeer zwaar is gevallen en er nauwelijks een respons van de levermetastasen heeft plaatsgevonden. Er lijkt momenteel nog te weinig ziekte-activiteit te zijn om nu al met 2e lijns chemotherapie te starten. De keuze van patiënte zal hier echter zeker in mee worden gewogen.
...”*

2.9 Mevrouw G heeft zich na de second opinion in M aldaar onder behandeling gesteld en een gedeeltelijke leverresectie ondergaan. Uiteindelijk is zij in oktober 2014 overleden.

2.10 In mei 2015 heeft er naar aanleiding van een klacht bij het F een gesprek plaatsgevonden tussen klagers enerzijds en verweerder en I anderzijds, in aanwezigheid van de klachtenfunctionaris van het F. De klachtenfunctionaris heeft verweerder en I van dat gesprek in december 2015 per e-mail een concept-verslag ter beoordeling toegezonden. In reactie daarop heeft verweerder haar gemaild:

“(..)

Ik vraag me af of we dit nog wel moeten doen. Het gesprek is bijna zeven maanden geleden geweest. We kunnen hier m.i. nu niet meer mee aankomen.

(..)”

3. De klacht

De klacht luidt, waar het verweerder betreft en zakelijk weergegeven, thans als volgt. Verweerder heeft:

- (i) onvoldoende regie gevoerd op de zorg aan mevrouw G, mede rond de problemen die zij ervoer met betrekking tot brandwonden als gevolg van de chemo en een ernstige buikvliesontsteking in mei 2010;
- (ii) mevrouw G niet juist behandeld door:
 - a. haar geen Avastin toe te dienen naast het wel toegediende middel Oxaliplatin, en
 - b. te beslissen mevrouw niet aan haar lever te opereren zonder bij die beslissing behoorlijk de in M gemaakte PET-scan te betrekken;
- (iii) mevrouw en haar familieleden – klagers – onvoldoende serieus genomen en zich in een gesprek in mei 2010 hard jegens hen opgesteld door hen mee te delen dat mevrouw niet verder kon worden behandeld en dat zij terug kon komen als zij pijn zou krijgen;
- (iv) mevrouw geen nazorg te geven of een exitgesprek met haar te hebben na haar overstap naar M;
- (v) onzorgvuldig heeft gehandeld in de afwikkeling van het gesprek in mei 2015.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft betwist dat hem enig tuchtrechtelijk verwijt treft. Voor zover nodig zal hieronder op de verweren worden ingegaan.

5. De beoordeling

5.1 Met betrekking tot het eerste klachtonderdeel overweegt het College dat uit het medisch

dossier blijkt dat mevrouw G in maart, april en begin mei 2010 (vrijwel) uitsluitend door verweerder is gezien en gesproken. Toen verweerder daarna enige weken afwezig was, heeft hij de behandeling overgedragen aan zijn collega L. Na terugkomst heeft verweerder – vanaf medio juni 2010 – weer de zorg voor mevrouw op zich genomen. Het College is aldus niet van gebrek aan regievoering door verweerder gebleken. Dat neemt niet weg dat de genoemde wisseling door mevrouw G en haar familie, in samenhang met de betrokkenheid van andere artsen (I, J en K) wel als onaangenaam kan zijn ervaren, te meer nu vrij snel na terugkeer van verweerder de beslissing werd genomen mevrouw niet nogmaals te opereren. Van een tuchtrechtelijk verwijt aan verweerder kan in dit verband echter niet worden gesproken.

Wat betreft het verwijt van klagers dat verweerder mevrouw G voor brandwonden en ernstige buikklachten heeft terugverwezen naar haar huisarts, overweegt het College als volgt. Verweerder heeft gesteld dat dergelijke klachten van mevrouw hem niet hebben bereikt en hij heeft dit met stukken gestaafd: in het medisch dossier bevinden zich geen aantekeningen van zijn hand betreffende deze door klagers gestelde klachten van mevrouw G. Evenmin is er een aanwijzing dat verweerder haar tijdens een van de consulten naar de huisarts heeft verwezen. In het dossier bevinden zich wel aantekeningen van L, collega van verweerder, van een consult van mevrouw op 19 mei 2010. Toen zijn buikklachten en misselijkheid genoteerd. Nu aldus van een verwijzing door verweerder naar de huisarts in verband met brandwonden en ernstige buikklachten niet uit het medisch dossier blijkt, is van handelen van verweerder in dit verband in strijd met de zorg die hij behoorde te betrachten jegens mevrouw G of haar gezinsleden geen sprake. Dit oordeel berust niet op het uitgangspunt dat het woord van klagers minder geloof verdient dan dat van verweerder, maar op de omstandigheid dat onvoldoende aannemelijk is dat wat in het patiëntendossier staat vermeld een onjuiste weergave is van de medische consulten bij verweerder. Het klachtonderdeel is ongegrond.

5.2 Ten aanzien van het tweede klachtonderdeel heeft verweerder naar voren gebracht dat de

toegevoegde waarde van het middel bevacizumab (de werkzame stof in Avastin) ten opzichte van capecitabine en oxaliplatin zeer beperkt is, maar wel de nodige bijwerkingen kan geven. Daarom wordt dit middel in het F niet standaard naast de chemotherapie met capecitabine en oxaliplatin gegeven. Ter onderbouwing van dit beleid heeft verweerder een advies overgelegd van de Commissie Beoordeling Oncologische Middelen (BOM), gepubliceerd in december 2008.

Het College overweegt dat ter toetsing voorligt of verweerder bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Bij de tuchtrechtelijke beoordeling van beroepsmatig handelen gaat het dus niet om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de aangeklaagde beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in zijn beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard.

Naar het oordeel van het College kon verweerder, gelet op voormeld advies van de Commissie BOM, redelijkerwijze beslissen mevrouw G naast capecitabine en oxaliplatin geen Avastin (bevacizumab) toe te dienen. Een arts moet bij de beslissing om wel of niet bepaalde medicatie voor te schrijven een afweging maken tussen het verwachte positieve effect en de te verwachten (negatieve) bijwerkingen. In dit geval acht het College de beslissing van verweerder verdedigbaar. Dat mevrouw G in M wel Avastin kreeg, en dat deze toediening naar zeggen van klagers positief uitwerkte bij haar, is niet voldoende om anders te oordelen.

5.3 Voor wat betreft de PET-scan, die blijktens het medisch dossier op 3 juni 2010 in M is gemaakt, heeft verweerder erkend dat deze even zoek is geweest op de afdeling. Het College overweegt dat uit het dossier – aantekeningen van verweerder van 21 juni 2010 –

kan worden afgeleid dat de PET-scan inderdaad niet is betrokken in de HPB van 11 juni 2010,

waarin is besloten dat er geen zinvolle indicatie was voor leverchirurgie. Uit het dossier, met

name de aantekeningen van verweerder van 14 juni 2010, blijkt verder dat I hierover met de familie heeft gesproken en de PET-scan alsnog met de radioloog heeft besproken, hetgeen niet tot een andere uitkomst heeft geleid.

Het College acht het begrijpelijk dat door het feit dat de PET-scan op 11 juni 2010 niet aan de orde is geweest bij de belangrijke beslissing om niet te opereren, het vertrouwen van de familie A in de behandelaren is geschaad. Gelet op de aantekeningen in het dossier van 31 mei 2010, 1 juni 2010 en 11 juni 2010, die alle gemaakt zijn door anderen dan verweerder, bestaan echter onvoldoende aanwijzingen dat verweerder, die ook niet bij de bewuste bespreking aanwezig was, er persoonlijk verantwoordelijk voor is dat de PET-scan niet in deze bespreking aan de orde is geweest. Dat betekent dat verweerder hiervan geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt.

Ook klachtonderdeel (iii) is derhalve ongegrond.

5.3 Klachtonderdeel (iii) betreft de kern van de klacht, zoals klagers ter zitting hebben toegelicht. Zij zijn erg ontevreden over de algehele bejegening in het F. Het College kan deze bejegening uitsluitend beoordelen waar het gaat om verweerder, nu de klacht tegen hem is gericht.

Verweerder heeft betwist dat hij in de laatste gesprekken met mevrouw G en haar familieleden zou hebben gezegd dat er geen behandeling meer mogelijk was en dat zij terug

moest komen als zij pijn had. Uit het dossier en de toelichting van verweerder ter zitting komt echter naar voren dat verweerder en/of het behandelend team in ieder geval op dat moment herhaalde chemotherapie niet aangewezen vonden en dat een afwachtend beleid zou worden gevolgd. Dit blijkt uit de aantekeningen van verweerder van 14 juni 2010, laatste alinea, en van 21 juni 2010, waarin weergegeven de mail van J, en laatste alinea, alsmede uit de hiervoor onder 2.8 aangehaalde brief van verweerder aan de huisarts van 6 juli 2010. Dit past naar het oordeel van het College bij wat klagers omtrent de inhoud van deze gesprekken hebben opgemerkt. Het College acht op zichzelf aannemelijk dat er wel degelijk nog (palliatieve) therapie mogelijk was, zoals verweerder heeft verklaard, maar ook ter zitting is niet duidelijk geworden over welke behandeling verweerder dan eind juni 2010 concreet met mevrouw G en klagers zou hebben gesproken. In ieder geval is de beschikbaarheid van eventuele (palliatieve) behandelopties op dat moment kennelijk niet bij de familie A overgekomen.

Naar het oordeel van het College was de betreffende mededeling van verweerder inhoudelijk, gelet op het hiervoor onder 5.2 genoemde criterium, niet in strijd met een redelijk bekwame beroepsuitoefening; de beslissing om mevrouw G **op dat moment** niet verder te behandelen met chemotherapie was – gelet op het feit dat de eerdere chemotherapie haar zeer zwaar was gevallen en tweedelijns chemo pas zinvol zou zijn bij voortschrijding van de ziekte – verdedigbaar. Dat deze mededeling bij mevrouw G en klagers als hard en onmenselijk is aangekomen en dat zij onvoldoende begrip voor hun situatie hebben ervaren, is te betreuren. Ter zitting is gebleken dat verweerder niet voldoende effectief heeft gecommuniceerd met betrekking tot de gevoelens van mevrouw G in relatie tot de behandelkeuzes. Het is echter niet voldoende voor een tuchtrechtelijk verwijt aan verweerder.

5.4 Klachtonderdeel (iv) kan evenmin slagen. Uit het dossier blijkt voldoende dat verweerder

op 14 juni 2010 en op 21 juni 2010 uitgebreid met mevrouw G en haar gezinsleden heeft gesproken en dat hij op 15 juni 2010 en 30 juni 2010 uitvoerig telefonisch contact heeft gehad met haar echtgenoot, mede naar aanleiding van de second opinion in M. Er werd vooralsnog geen nieuwe afspraak op de polikliniek gemaakt en afgesproken werd dat de familie contact zou opnemen als zij dat wensten. Ook uit de hiervoor onder 2.8 aangehaalde brief van verweerder aan de huisarts blijkt dat de second opinion in M werd afgewacht. Het lag op de weg van mevrouw G en/of haar gezinsleden om vervolgens, desgewenst, weer contact op te nemen met het F. Dit is echter niet meer gebeurd. Het College heeft er begrip voor dat klagers het op prijs zouden hebben gesteld als er door verweerder nog geïnformeerd zou zijn hoe het met mevrouw G ging. Dat hij dit niet heeft gedaan, kan echter niet beschouwd worden als een nalaten in strijd met de zorg die hij behoorde te betrachten jegens mevrouw G of haar gezinsleden. Verweerder heeft bovendien aangevoerd dat dit binnen de praktijk van het F ook niet gebruikelijk is als een patiënt naar een ander ziekenhuis vertrekt en geen vervolgspraak heeft.

5.5 Met betrekking tot het vijfde klachtonderdeel merkt het College op dat klagers erg ontdaan zijn over de hierboven onder 2.8 aangehaalde e-mail van verweerder. Het College volgt verweerder in zijn gegeven toelichting over de inhoud van deze mail, namelijk dat de betreffende vraag aan de klachtenfunctionaris niet van disrespect of gevoelloosheid van verweerder jegens klagers getuigt, maar van gepaste gêne tegenover klagers, omdat het verslag pas zo laat na het gesprek was opgesteld. Het is aannemelijk dat verweerder er niet van op de hoogte was dat klagers om het verslag hadden gevraagd. Daarbij komt dat sprake was van een interne mededeling, waarvan verweerder er geen rekening mee behoefde te houden dat die naar buiten zou komen en anders

kon worden geïnterpreteerd. De late afhandeling van het verslag moet tot de verantwoordelijkheid van de klachtenfunctionaris worden gerekend en behoort niet tot de verantwoordelijkheid van verweerder. Dit klachtonderdeel faalt.

5.6 Uit het voorgaande volgt dat verweerder geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. De klacht zal daarom worden afgewezen.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg beslist als volgt:
wijst de klacht tegen verweerder af.

Deze beslissing is gegeven door mr. N.B. Verkleij, voorzitter, mr. H.A.B. van Dorst-Tatomir, lid-jurist, H.C. Baak, prof. dr. J.W. de Fijter en H.L. de Boer, leden-artsen, bijgestaan door mr. S.R.M.I. Roos-Bollen, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 27 december 2016.

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 het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem 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

Den Haag, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.