

## CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2017.034

### CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2017.034 van:

A., wonende te B., appellante, klaagster in eerste aanleg,  
gemachtigde: C., werkzaam bij D.,  
tegen

E., internist- oncoloog, werkzaam te B., verweerder in beide instanties, gemachtigde:  
mr. M.J. de Groot, advocaat te Utrecht.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klaagster - heeft op 22 april 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen E. - hierna de internist - een klacht ingediend. Bij beslissing van 1 november 2016, onder nummer 16/140, heeft dat College de klacht als kennelijk ongegrond afgewezen. Klaagster is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De internist heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 6 juni 2017, waar zijn verschenen klaagster, bijgestaan door C. voornoemd, en de internist, bijgestaan door mr. De Groot voornoemd.

Partijen hebben hun respectieve standpunten ter terechtzitting nader toegelicht.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

*“2. De feiten*

*Op grond van de stukken kan van het volgende worden uitgegaan:*

2.1. *Klaagster treedt op als gemachtigde van haar op 22 november 2014 overleden echtgenoot G. (hierna: patiënt).*

2.2. *Verweerder is als internist-oncoloog werkzaam in het H. in B..*

2.3. *Patiënt is bij verweerder onder behandeling geweest vanaf januari 2012 tot juli 2014 na constatering van een adenocarcinoom in de dikke darm. Patiënt onderging op 6 januari 2012 een resectie van de tumor en kreeg vervolgens tot en met augustus 2012 adjuvante chemotherapie om de genezingskans te vergroten.*

2.4. *In december 2012 werd beperkte uitzaaiingen vastgesteld. Wegens progressieve ziekte werd patiënt van medio december 2013 tot en met april 2014 behandeld met palliatieve chemotherapie in combinatie met een angiogenese-remming. Met deze chemotherapie werd gestopt wegens een stabilisering van het röntgenbeeld en het niet verder dalen van de tumormarker, afgezet tegen de belasting van de therapie voor patiënt.*

2.5. *Op 22 oktober 2013 schreef verweerder aan patiënt codeïne voor wegens regelmatige kriebelhoest. In mei 2014 constateerde verweerder bij patiënt een verhoogde sputumproductie in samenhang met voortdurende hoestklachten. Hij verwees patiënt door naar een longarts, waarbij uitzaaiingen in de longen werden geconstateerd.*

2.6. In juli 2014 werd vanwege progressie van de ziekte en toename van de klachten opnieuw gestart met palliatieve chemotherapie. Verweerder heeft patiënt voor het laatst gezien op 15 juli 2014, is daarop met vakantie gegaan en heeft de behandeling van patiënt overgedragen aan een collega. Eind juli 2014 werd patiënt opgenomen in de kliniek vanwege algehele malaise als gevolg van zijn ziekte en de chemotherapie. Hij is hiervoor symptomatisch behandeld. Besloten werd af te zien van verdere chemotherapie. Patiënt werd daarop met terminale thuiszorg overgedragen aan de huisarts. Verweerder heeft geen contact meer gehad met patiënt.

2.7. Op verzoek van de familie van patiënt werd een second opinion gevraagd bij het I.. Het I. was van mening dat de door verweerder ingezette behandeling 'lege artis' is. Patiënt werd in september 2014, nadat uitzaaiingen in de botten waren geconstateerd, op aangeven van het I. bestraald wegens krachtsverlies, met het oog op pijnbestrijding.

3. De klacht en het standpunt van klager

De klacht houdt samengevat in dat verweerder is tekortgeschoten in de behandeling van patiënt, de uitleg over de behandeling en in de verdere communicatie. De onderbouwing van de klacht zal hieronder aan de orde komen.

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

De behandeling

5.1. Klaagster meent dat verweerder patiënt, die sinds augustus 2013 reeds hoestklachten had, eerder had moeten doorverwijzen naar een longarts.

Het college overweegt als volgt. Patiënt had vanaf het begin een slechte prognose met een grote kans op uitzaaiingen. In december 2012 werden reeds de eerste beperkte uitzaaiingen geconstateerd. De vervolgens ingezette chemokuren waren ook daarop gericht. De hoestklachten waren aanvankelijk nog zeer beperkt, een medische indicatie voor doorverwijzing ontbrak nog en verdere behandeling was gegeven de situatie niet nodig. Daarom was het zinloos patiënt met nog meer intensieve en belastende onderzoeken te belasten. Verweerder heeft er onder die omstandigheden goed aan gedaan patiënt pas in mei 2014, toen er wel een medische indicatie kwam, door te verwijzen naar een longarts. Het college is derhalve van oordeel dat verweerder hierbij niet tekort is geschoten in de behandeling.

5.2. Klaagster stelt verder dat verweerder een MRI-scan had moeten laten maken teneinde de opgetreden uitzaaiingen in de botten te signaleren en dat verweerder ten onrechte de mogelijkheid van doorbraakpijnen en bestraling niet met patiënt heeft besproken.

Het college overweegt dat op de driewekelijkse CT-scans ten tijde van de behandeling door verweerder, daaronder begrepen de laatste door verweerder beoordeelde CT-scan, geen uitzaaiingen waren te zien in de botten. Derhalve was er geen medische indicatie voor het maken van een MRI-scan. Verweerder valt hier dan ook geen verwijt te maken. Dat deze uitzaaiingen een maand later, nadat verweerder uit beeld was, wel zichtbaar werden als gevolg van een snelle progressie van de ziekte, is zeer betreurenswaardig, maar kan aan dit oordeel niet afdoen. Van neurologische uitvalverschijnselen en doorbraakpijnen was ten tijde van de behandeling door verweerder nog geen sprake. Voor bestraling bestond op dat moment derhalve evenmin een medische indicatie.

5.3. *Klaagster verwijt verweerder tevens dat hij patiënt bevacizumab (Avastin)-kuren bleef geven en van december 2013 tot en met juli 2014 nog chemotherapie inzette, met name de laatste chemotherapie in juli 2014, waarvan patiënt ernstige bijwerkingen kreeg en erg ziek werd, terwijl deze behandeling niet hielp en patiënt nog maar kort te leven bleek te hebben.*

*Het college overweegt dat bevacizumab-kuren gegeven worden in combinatie met of in aansluiting op een chemotherapie en in samenhang daarmee moeten worden gezien. Het college is van oordeel dat verweerder de palliatieve chemokuur van december 2013 tot mei 2014, de laatste palliatieve chemokuur in juli 2014 alsmede de bevacizumab-kuren heeft ingezet met de nodige zorgvuldigheid en op de medisch gebruikelijke wijze. Het college neemt daarbij in aanmerking dat blijkens het medisch dossier de tumormarker in de periode van de eerste palliatieve chemotherapie daalde van 2292 ug/l in december 2013 tot 902 ug/l in april 2014. Vervolgens trad een progressie van de ziekte in en namen de klachten toe, zodat verweerder, gerelateerd aan de nog relatief goede conditie waarin patiënt zich in de eerste helft van juli 2014 bevond, kon besluiten tot nog een palliatieve chemotherapie. Dat vervolgens al spoedig bleek dat er zodanige bijwerkingen en malaise ontstonden dat, eveneens lege artis, besloten werd de behandeling te staken, laat dit onverlet.*

*Hieruit volgt dat de klachtonderdelen die zien op de behandeling falen.*

*Uitleg over de behandeling*

5.4. *Klaagster verwijt verweerder dat hij onvoldoende uitleg heeft gegeven over de behandeling en in het bijzonder niet heeft verteld in welke fase de ziekte zich bevond. De consulten duurden slechts enkele minuten. Voor vragen en het geven van nadere toelichting op de behandeling was geen ruimte. Als patiënt geweten had dat hij nog maar zo kort te leven had, zou hij, gezien de gebleken bijwerkingen, niet met de laatste chemotherapie hebben ingestemd. Verweerder heeft wel verteld dat patiënt niet meer beter zou worden, maar meer duidelijkheid heeft hij nooit gegeven, aldus klaagster. Verweerder betreurt deze zienswijze van klaagster, maar deelt deze niet.*

5.5. *Het college overweegt als volgt. Aanvankelijk werd bij de behandeling van patiënt ingezet op vergroting van de genezingskans met curatieve chemotherapie. Het medisch dossier maakt melding van een "slecht nieuws gesprek" door verweerder op 11 december 2012. De prognose moest toen helaas negatief worden bijgesteld. De nadere uitwerking van dit slechte nieuws vond blijkens het medisch dossier plaats door de heer J. op 12 december 2012, die melding maakt van "onbegrip en verwarring". In een consultweergave van 17 december 2013 staat: "Er is thans sprake van verdere progressieve lymphadenopathie. Patiënt zal starten met palliatieve chemo-immunotherapie". In een gespreksverslag met de heer J. op 30 juni 2014 staat: "via longarts huisarts ingeschakeld, ha zorgt voor palliatieve begeleiding van de echtgenote". In een gespreksverslag van 17 juli 2014 met de heer J. staat: "uitgebreid met patiënt, partner en kinderen gesproken over communicatie de afgelopen dagen, de twijfel die ontstond op de SEH door opmerkingen die daar gemaakt werden tav pijnbeleid. Dit strookte niet met wat TBH (verweerder, college) had verteld. Er ontstond een vertrouwenskwesitie. Pat en fam willen graag een second opinion (...). Willen wel starten met behandeling alhier. Gingen tevreden naar huis."*

5.6. *In het algemeen geldt dat in de communicatie tussen enerzijds leken en anderzijds professionals het misverstaan van elkaar een voortdurend actueel gevaar is, en daarmee tevens een continue uitdaging voor de professional om dit te voorkomen. Dit geldt temeer naarmate de emotionele betrokkenheid aan de zijde van de hulpvragende*

leek toeneemt, zoals in de onderhavige situatie onmiskenbaar het geval moet zijn geweest bij patiënt en zijn familie.

Verwijten omtrent de inhoud en wijze van (mondellinge) uitleg over de behandeling en het ziekteverloop laten zich evenwel moeilijk op hun juistheid en adequaatheid beoordelen door het college, dat daarvan immers geen getuige is geweest. Het college hecht evenveel geloof aan het woord van klaagster als van verweerder. Nu deze visies echter uit elkaar lopen, kan het college feitelijk niet bepalen of de bedoelde verwijten gegrond zijn.

Het medisch dossier bevat naar het oordeel van het college geen ondersteuning voor het gegrond zijn van de verwijten. Uit het dossier blijkt dat op gezette tijden gesprekken zijn gevoerd door verweerder c.s. met patiënt en klaagster, juist ook over de behandeling en het verloop van de ziekte. Het college ziet derhalve geen aanleiding om te oordelen dat verweerder hierin is tekortgeschoten. Dat kennelijk sprake is geweest van onbegrip en verwarring bij patiënt en familie in de palliatieve fase van de behandeling gegeven de progressie van de ziekte, hoe spijtig dit ook is, kan daarom tuchtrechtelijk niet aan verweerder verweten worden. Dit klachtonderdeel kan derhalve niet slagen.

Communicatie / bejegening overigens

5.7. Klaagster verwijt verweerder tot slot dat hij zijn vertrek in juli 2014 niet heeft gecommuniceerd en nadien niets meer van zich heeft laten horen, een toegezegde afspraak voor een gesprek in september 2015 kort ervoor heeft afgezegd, en geen zorg heeft gedragen voor tijdige volledige overdracht van het medisch dossier aan het l.. Verweerder betwist dat hier sprake zou zijn van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen. Het college stelt op basis van het medisch dossier vast dat verweerder wegens zijn vakantie in juli 2014 de zorg voor patiënt deugdelijk heeft overdragen aan een collega. Verweerder geeft aan dat het altijd doorgeven van vakantie aan de patiënt niet gebruikelijk is. Met verweerder is vervolgens geen afspraak meer gemaakt. Uit het medisch dossier blijkt niet dat er een terugkoppeling van het natraject aan verweerder heeft plaatsgevonden en volgens verweerder is dit inderdaad niet gebeurd. Het college acht deze abrupte stopzetting van het contact met patiënt uit oogpunt van patiëntenzorg niet optimaal, maar in de gegeven omstandigheden voorstelbaar en dus niet laakbaar. Het onverwacht annuleren van een gemaakte afspraak, die lag in de sfeer van evaluatie, in september 2015 door verweerder, hing samen met een ernstig ongeval dat verweerder was overkomen en is hem derhalve niet verwijtbaar. De verantwoordelijkheid voor de dossieroverdracht lag niet bij verweerder. Derhalve falen ook deze klachtonderdelen.

5.8. De conclusie is dat verweerder geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg kan worden gemaakt. De klacht is daarom kennelijk ongegrond en zal zonder verder onderzoek in raadkamer worden afgewezen.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden, met dien verstande echter dat hetgeen in die beslissing onder 2.4 is overwogen gecorrigeerd dient te worden in die zin dat na beëindiging van de palliatieve chemotherapie in april 2014 het gebruik van een angiogenese remming, Avastin (bevacizumab) tot (en met) juli 2014 werd voortgezet.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 In beroep heeft klaagster haar klacht op alle onderdelen gehandhaafd en nader toegelicht. De internist heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerving van het beroep.

4.2 De behandeling van de zaak in beroep heeft het Centraal Tuchtcollege, behoudens de hiervoor onder 3. vermelde correctie, geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten of andere beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege. Dit betekent dat het beroep wordt verworpen.

4.3 In aanvulling op hetgeen het Regionaal Tuchtcollege in zijn beslissing onder 5.5 en 5.7 heeft overwogen, overweegt het Centraal Tuchtcollege nog het volgende. Ter zitting heeft klaagster toegelicht dat de twijfel die vermeld is in het gespreksverslag van 17 juli 2014 betrekking heeft op een bezoek van de patiënt aan de SEH in de avond van 15 juli 2014. De patiënt zou toen pijnstillers en morfine meegekregen hebben. Uit het medisch dossier blijkt echter niet van enige aantekening hiervan. De internist heeft gesteld dat hij van dat bezoek niet op de hoogte is gesteld en het toentertijd ook niet gebruikelijk was dat een bezoek van een patiënt aan de SEH van het eigen ziekenhuis, niet gevolgd door een opname, werd teruggekoppeld naar de behandelend arts. Op dit moment worden echter de procedures in het ziekenhuis aangepast. Als een in behandeling zijnde kankerpatiënt zich bij de SEH meldt, dan wordt deze nu verwezen naar de dagbehandelingspoli voor oncologie en daar gezien door een verpleegkundig specialist, die direct contact heeft met de eigen behandelaar van de patiënt. Als een patiënt zich 's avonds bij de SEH meldt, dan wordt geprobeerd de eigen behandelend arts zo snel mogelijk in te schakelen.

Het Centraal Tuchtcollege onderschrijft het belang van deze maatregelen ter verbetering van de communicatie tussen de SEH en de behandelend oncoloog en daarmee van de kwaliteit van de gezondheidszorg.

#### 5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:  
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. T.L. de Vries, voorzitter, mr. L.F. Gerretsen-Visser en mr. Y.A.J.M. van Kuijck, leden-juristen en drs. F.M.M. van Exter en dr. H.E. Sluiter, leden- beroepsgenoten en mr. M.D. Barendrecht-Deelen, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 6 juli 2017.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.