

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 16233

Uitspraak: 8 november 2017

HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS- ZORG

TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 10 november 2016 binnengekomen klacht van:

[A]
wonende te [B]
klager
gemachtigde [C] te [B]

tegen:

[D]
internist
werkzaam te [E]
verweerder
gemachtigde mr. C.W.M. Verberne te Eindhoven

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift
- het verweerschrift en de aanvulling daarop
- de repliek
- de dupliek.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van het aangeboden mondelinge vooronderzoek. De klacht is ter openbare zitting van woensdag 27 september 2017 behandeld. Partijen waren aanwezig (bijgestaan door hun gemachtigden).

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende.

Patiënte, geboren op, was de echtgenote van klager. Bij patiënte was in 2007 onder meer een primair ossaal gemetastaseerd mammacarcinoom met myelumcompressie vastgesteld. Verweerder, die internist-oncoloog is, was sedert 2007 de hoofdbehandelaar van patiënte.

Op 15 november 2012 heeft patiënte op de poli van het ziekenhuis met een oncologie-verpleegkundige, hierna: de eerste oncologieverpleegkundige, gesproken over een behandeling met chemotherapie, te weten capecitabine.

In het medisch dossier van patiënte staat bij de datum van 29 november 2012:

“klin PD gem MCA Start xeloda [merknaam van capecitabine; college] maandag, eerst nog lab en over 3 w. Nu nog langs ... [volgt de naam van de eerste oncologieverpleegkundige; college]”

Bij afwezigheid van de eerste oncologieverpleegkundige heeft patiënte in het ziekenhuis op 29 november 2012 een gesprek over capecitabine gehad met nog een andere oncologieverpleegkundige, hierna aangeduid als de tweede oncologieverpleegkundige. Patiënte is vervolgens gestart met capecitabine.

Op 8 december 2012 heeft één van de dochters van patiënte telefonisch contact opgenomen met het ziekenhuis. Daarover staat in het medisch dossier van patiënte (zaterdag 8 december 2012 om 15:12 uur, inclusief taalfouten):

“Memo dochter belt op dat mw. wil stoppen met xeloda tab, zou nu de tweede week zijn, maar mw eet niet en drinkt al 3 dagen nauwelijks iets. Is misselijk maar braakt niet. Kan bijna niet slapen.

Heeft wondjes neus en de mond en ook bij de vagina, bloed iets.

(...)”

Patiënte is kort daarop, eveneens op zaterdag 8 december 2012, via de SEH (Spoedeisende Hulp) op de AOA (Acute Opname Afdeling) van het ziekenhuis opgenomen. In het medisch dossier van patiënte staat op zaterdag 8 december 2012 (om 16:47 uur) onder meer:

“(...)”

Anamnese:

(...)”

Pte is vanochtend op eigen initiatief gestopt met capecitabine, geeft op SEH gelijk aan GEEN chemotherapie meer te willen. Ook geen andere invasieve behandelingen. Komt hier voor symptoombestrijding en is reëel in korte levensverwachting zonder behandeling.

(...)”

Beleid:

(...)”

- PM. sondevoeding mijn inziens niet meer zinvol gezien korte prognose

(...)”

En op die zelfde datum staat er om 18:07 uur:

“Samenvatting 64-jarige patiënte, bekend met mamma met ossale en hepatogene metastasen.

Momenteel bezig met 2e kuur (laatste lijns?) chemo te weten capecitabine.

Hiermee vanochtend op eigen initiatief gestopt omdat het niet meer gaat.

Problemen:

- 1. Mucositis met pijn in de mond en matige diarree.*
- 2. Dehydratie tgv geen intake meer sinds 3 dagen ivm mucositis.*
- 3. Wondjes labia tgv incontinentie.*

4. *Bedlegerig tgv algehele verzwakking en polyneuropathie.*
5. *Ascitesdrain-wondje van vorige week weer gaan lekken sinds vandaag, geen buikpijn.*

6. *Trombopenie dd. bij capecitabine, leverfalen*

(...)

Beleid 1L NaCl 0.9% in 4 uur extra ivm forse hydratatie

Morgen natriumcontrole + trombo's in citraat

(...)

Algemeen 1L NaCl 0.9% in 4 uur extra ivm forse dehydratie (Voltooid)

(...)"

Op zondag 9 december 2012 is patiënte gezien door een andere internist dan verweerder, samen met een arts-assistent. Op maandagmiddag 10 december 2012 heeft deze arts-assistent een familiegesprek gevoerd, waarbij behalve deze arts-assistent aanwezig waren: patiënte, haar echtgenoot en een dochter van patiënte. In het medisch dossier van patiënte staat op 10 december 2012 onder meer het volgende (inclusief taalfouten):

"Familiegesprekken (...)

staat is om te Familie doet grotendeels het woord omdat patiente bijna niet in praten gezien de kapotte mond.

meer wenst Patiente heeft aangegeven dat zij eigenlijk geen behandeling gezien de enorme bijwerkingen die zij de afgelopen periode

heeft ervaren.

genoot wil wel de Patiente twijfelt zelf of zij de sondevoeding wel wil. Echtsondevoeding zodat patiente nog in een wat betere conditie de laatste periode van haar leven thuis kan zijn.

door de toxiciteit Aangegeven dat een groot deel van de slechte conditie komt van de chemotherapie en dat na het stoppen nu er herstel verwacht wordt. Er zijn nog andere opties voor behandeling.

Sondevoeding is daar dan een onderdeel van om zoveel mogelijk de conditie te behouden.

(...)

Morgen bij Afsproken dat dochters met patiente gaat praten wat zij wenst. grote visite is familie aanwezig voor de mogelijkheden van behandeling. Dan ook beslissen over eventuele sondevoeding.

(...)

Infuusbeleid nu nog 500cc in 1 uur geven, daarna 3L/24 uur (Voltooid)"

In de loop van de avond van maandag 10 december 2012 verslechterde de toestand van patiënte.

Patiënte is in het ziekenhuis overleden op dinsdag 11 december 2012 om 03.00 uur.

3. Het standpunt van klager en de klacht

De klacht houdt, kort gezegd, het volgende in:

1. Verweerder heeft patiënte (met trombopenie en boven de 60 jaar), zonder voorafgaand te onderzoeken of zij leed aan Dihydropyrimidine Dehydrogenase (DPD-) deficiëntie, capecitabine voorgeschreven. Capecitabine kan mucositis veroorzaken alsmede ernstige diarree, met zelfs de dood tot gevolg. Deze bijwerkingen treden vooral op bij patiënten met DPD-deficiëntie. Gehele of gedeeltelijke DPD-deficiëntie komt voor bij 5% van de Nederlandse bevolking.

2. Er is door verweerder dan wel (onder diens verantwoordelijkheid) door de oncologie-verpleegkundigen noch aan patiënte, noch aan de familie informatie verstrekt over de grote risico's van capecitabine.

3. De arts-assistent (zie onder 2) heeft geen differentiaal diagnose opgesteld. Deze arts-assistent viel onder de verantwoordelijkheid van verweerder. Er is aldus niet methodisch te werk gegaan. Daardoor is de diagnose DPD-deficiëntie gemist. Als een differentiaal diagnose was opgesteld, had daarin de DPD-deficiëntie gestaan.

4. Er is een foutieve diagnose gesteld. Daardoor is patiënte vroegtijdig overleden en heeft de familie niet op een waardige manier afscheid van haar kunnen nemen.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft, kort gezegd, het volgende naar voren gebracht:

Ad 1) Ten aanzien van het bepalen van DPD-deficiëntie:

Klager is op 1 december 2015 een eerste tuchtprocedure tegen verweerder gestart. De klachten zijn in die procedure afgewezen bij beslissing van 19 oktober 2016. Tegen die beslissing heeft klager niet geappelleerd, waardoor die beslissing gezag van gewijsde heeft. Klager klaagt thans over hetzelfde feitencomplex, zonder dat daarvoor een duidelijke reden is. Klager dient wat betreft dit klachtonderdeel niet-ontvankelijk te worden verklaard. Hij had dit klachtonderdeel ook in de eerste procedure kunnen formuleren. Voor zover aan een inhoudelijke beoordeling wordt toegekomen, voert verweerder aan dat conform de destijds geldende richtlijn en ook conform de huidige richtlijn er geen indicatie was en is voor het routinematig vaststellen van DPD-deficiëntie voordat een patiënt wordt behandeld met capecitabine. DPD-deficiëntie wordt alleen bepaald indien er buitengewone toxiciteit optreedt na behandeling met capecitabine én indien een nieuwe behandeling wordt overwogen.

Ad 2) Ten aanzien van de informatieplicht:

Ook ten aanzien van dit klachtonderdeel dient klager niet-ontvankelijk te worden verklaard en wel op dezelfde grond als ten aanzien van klachtonderdeel 1 aangevoerd. Voor zover aan een inhoudelijke beoordeling wordt toegekomen, voert verweerder aan dat patiënte op de gebruikelijke wijze is voorgelicht. Zij is erop gewezen dat de kans op mucositis bestaat en dat het incidenteel ernstig kan verlopen. Alle patiënten krijgen deze voorlichting over nieuwe chemotherapie door de arts en de verpleegkundig specialist.

Ad 3) Ten aanzien van het opstellen van een differentiaal diagnose:

Klager is niet-ontvankelijk aangezien ten aanzien van dit klachtonderdeel reeds onherroepelijk door de tuchtrechter op 19 oktober 2016 is beslist.

Ad 4) Ten aanzien van een foutieve diagnose en het afscheid:

Ook ten aanzien van dit klachtonderdeel is klager niet-ontvankelijk is, omdat daarover door de tuchtrechter reeds onherroepelijk is beslist.

Voor zover aan een inhoudelijke beoordeling wordt toegekomen, voert verweerder aan dat er geen foutieve diagnose is gesteld als gevolg waarvan patiënte vroegtijdig is overleden. De oorzaak van de toxiciteit was duidelijk. Er was sprake van een veel voorkomende bijwerking van cytostatica, welke zich in wisselende mate van ernst voordoet.

5. De overwegingen van het college

Het college stelt voorop dat bij de tuchtrechtelijke beoordeling van beroepsmatig handelen het niet gaat 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 handelen en met hetgeen toen in zijn beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard.

Ad klachtonderdeel 1: het bepalen van DPD-deficiëntie:

Het college bespreekt allereerst het verweer dat klager ten aanzien van dit klachtonderdeel niet-ontvankelijk moet worden verklaard.

In de eerste tuchtprocedure, die heeft geleid tot de uitspraak van dit college van 19 oktober 2016, geregistreerd onder dossiernummer 15189a, is thans-klachtonderdeel 1 weliswaar door klager (samen met twee andere klagers) aan het college ter beoordeling voorgelegd, maar dit gebeurde eerst bij gelegenheid van de openbare zitting. Ter toelichting werd toen door klager aangevoerd dat verweerder patiënte capecitabine had voorgeschreven, terwijl zij, naar in de laatste fase van de voorbereiding voor de openbare zitting was gebleken, leed aan DPD-deficiëntie. Verweerder had eerst moeten (laten) onderzoeken of patiënte leed aan DPD-deficiëntie. Nu verweerder dit had nagelaten, was er sprake van dood door onzorgvuldig handelen, aldus het klachtonderdeel in de eerste tuchtprocedure.

Aangezien voormeld klachtonderdeel eerst bij gelegenheid van de openbare zitting in de eerste tuchtprocedure en daarmee te laat naar voren was gebracht, heeft het college klager (samen met de beide andere klagers in die zaak) op 19 oktober 2016, wat betreft dat klachtonderdeel, niet-ontvankelijk verklaard.

Daarmee heeft het college inhoudelijk nog niet over het huidige klachtonderdeel 1 geoordeeld. Hoewel de eisen van een behoorlijke tuchtprocedure en in het bijzonder het beginsel van concentratie van klachten met zich meebrengt dat klager alle klachtonderdelen in één procedure inbrengt, is onbetwist dat klager in de eerste tuchtprocedure pas in de laatste fase van de voorbereiding voor de openbare zitting in die eerste tuchtprocedure op de hoogte is gekomen van de vermeende fout van verweerder, waarop thans-klachtonderdeel 1 is gebaseerd. Dit brengt met zich dat aan klager niet kan worden tegengeworpen dat hij deze klacht niet eerder heeft ingebracht. Dit verweer van verweerder wordt verworpen. Klachtonderdeel 1 moet derhalve inhoudelijk worden beoordeeld.

Patiënte is, zo volgt uit de vaststaande feiten, eind november/begin december 2012 op voorschrift van verweerder capecitabine gaan innemen. Verweerder heeft toen niet onderzocht of laten onderzoeken of bij patiënte een DPD-deficiëntie kon worden vastgesteld. Ingevolge de stand van de wetenschap behoeft destijds een dergelijk onderzoek niet te worden verricht, ook niet als rekening wordt gehouden met de leeftijd van patiënte (op dat moment 64 jaar) en met de niet-weersproken omstandigheid dat zij trombopenie had. Evenmin was er op dat moment een protocol of richtlijn op grond waarvan, alvorens het gebruik van capecitabine voor te schrijven, diende te worden onderzocht of bij een persoon als patiënte een DPD-deficiëntie kon worden vastgesteld. Verweerder heeft dan ook niet tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld door, alvorens patiënte capecitabine voor te schrijven, niet te (laten) onderzoeken of bij haar mogelijk een DPD-deficiëntie kon worden vastgesteld. Er was op dat moment geen aanleiding voor verweerder om een dergelijk onderzoek in zijn praktijkvoering op te nemen. Klager betoogt dat, nadat patiënte ermee was gestopt, zij opnieuw capecitabine toegediend heeft gekregen. Klager verwijst daartoe naar de verpleegkundige medicatielijst, welke hij als bijlage 1 bij zijn repliek heeft overgelegd. Voor zover klager wil betogen

dat, gegeven de ernstige bijwerkingen die patiënte had ondervonden, alsnog een DPD-deficiëntie had moeten worden bepaald alvorens capecitabine opnieuw aan haar werd toegediend, overweegt het college het volgende.

Uit het overgelegde medisch dossier van patiënte blijkt dat zij op 8 december 2012 zelf is gestopt met capecitabine en dat zij had aangegeven “GEEN chemotherapie meer te willen”. Verweerder heeft gemotiveerd bestreden dat aan patiënte vervolgens alsnog capecitabine zou zijn toegediend. Gelet op de uitdrukkelijke wens van patiënte dat zij geen chemotherapie meer wenste, acht het college het volstrekt onaannemelijk dat aan patiënte, nadat zij zelf met capecitabine was gestopt, alsnog capecitabine zou zijn toegediend. Dat blijkt ook niet uit de verpleegkundige medicatielijst, waarnaar klager verwijst. Deze lijst geeft enkel een overzicht van de aan patiënte in de periode van 8 tot en met 10 december 2012 voorgeschreven medicatie. Daartoe behoorde (onder meer) capecitabine. Op grond van de lijst kan echter niet worden geconcludeerd dat capecitabine in die periode ook daadwerkelijk aan patiënte werd toegediend.

Het klachtonderdeel faalt.

Ad klachtonderdeel 2, de informatieplicht:

Het verweer dat klager ook ten aanzien van klachtonderdeel 2 niet-ontvankelijk moet worden verklaard, wordt verworpen, nu klachtonderdeel 2 voortvloeit uit klachtonderdeel 1, welk klachtonderdeel inhoudelijk is beoordeeld. Ook klachtonderdeel 2 moet derhalve inhoudelijk worden beoordeeld.

Het college stelt voorop dat patiënte wilsbekwaam was. De informatieplicht heeft dan ook betrekking op patiënte en niet op de familie.

Partijen verschillen erover van mening of patiënte in november 2012 door verweerder zelf of

(onder verantwoordelijkheid van verweerder) door de respectievelijke oncologieverpleegkundigen was voorgelicht over het gebruik van capecitabine en met name over de aan dat middel verbonden bijwerkingen. In gevallen waarin de lezingen van partijen over de feitelijke gang van zaken uiteenlopen en niet kan worden vastgesteld welke van beide lezingen aannemelijk is, kan een verwijt dat gebaseerd is op de lezing van klager in beginsel niet gegrond worden bevonden. Dit berust niet op het uitgangspunt dat het woord van klager minder geloof verdient dan dat van verweerder, maar op de omstandigheid dat voor het oordeel dat een bepaalde gedraging of bepaald nadeel verwijtbaar is, eerst moet worden vastgesteld dat er een voldoende feitelijke grondslag voor dat oordeel bestaat.

Afgezien van het vorenstaande overweegt het college nog dat ook volgens klager aan patiënte in het kader van een gesprek met één van beide oncologieverpleegkundigen een folder is uitgereikt. Het college gaat ervan uit dat, nu het tegendeel niet is gesteld noch is gebleken, het hier gaat om de “Bijsluiter; informatie gebruiker”, die verweerder als bijlage 3 bij dupliek heeft overgelegd. Daarmee is in elk geval schriftelijke informatie over capecitabine aan patiënte verstrekt. Overeenkomstig deze bijsluiter is er door één van de dochters van patiënte, in verband met de ernstige bijwerkingen die patiënte ervaart, op 8 december 2012 telefonisch contact opgenomen met het ziekenhuis. Daarnaast zijn er blijkens het medisch dossier van patiënte mondelinge contacten geweest met de beide oncologieverpleegkundigen op 15 respectievelijk 29 november 2012. Het college heeft, gelet op de folder die aan patiënte is verstrekt en gelet op de diverse mondelinge en telefonische contactmomenten die er zijn geweest, geen reden om aan te nemen dat er onvoldoende informatie over capecitabine aan patiënte is verstrekt. Dit klachtonderdeel faalt.

Ad klachtonderdeel 3: het opstellen van een differentiaal diagnose:

Artikel 51 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: Wet BIG) bepaalt: "Niemand kan andermaal ingevolge de bepalingen van dit hoofdstuk worden berecht ter zake van enig in artikel 47, eerste lid, bedoeld handelen of nalaten waaromtrent te zijnen aanzien een onherroepelijk geworden tuchtrechtelijke eindbeslissing is genomen."

Het college heeft in de eerder genoemde uitspraak van 19 oktober 2016 (zie in die uitspraak ad klachtonderdeel 1: de zorgplicht) geoordeeld dat het verweerder tuchtrechtelijk niet kan worden verweten dat hij geen differentiaal diagnose heeft opgesteld. Daarmee heeft het college ook geoordeeld over de in de onderhavige tuchtrechtelijke procedure door klager geformuleerde klacht dat de arts-assistent, die onder de verantwoordelijkheid van verweerder viel, geen differentiaal diagnose heeft opgesteld. Nu het college bij onherroepelijke eindbeslissing van 19 oktober 2016 heeft beslist over de door klager eerder tegen verweerder ingediende en op hetzelfde feitencomplex betrekking hebbende klacht, is in dezen sprake van de in artikel 51 Wet BIG omschreven situatie en moet worden geoordeeld dat klager op grond van het in artikel 51 Wet BIG neergelegde 'ne bis in idem'- beginsel niet in zijn klacht kan worden ontvangen.

Ad klachtonderdeel 4: een foutieve diagnose en het afscheid:

Voor zover klager erover klaagt dat de familie niet op een waardige wijze afscheid heeft kunnen nemen van patiënte, heeft het college daarover reeds onherroepelijk beslist bij de eerder genoemde uitspraak van 19 oktober 2016. Klager is niet-ontvankelijk wat betreft dit gedeelte van klachtonderdeel 4. Voor de motivering verwijst het college naar en neemt het over hetgeen is overwogen ten aanzien van klachtonderdeel 3.

Voor zover klager erover klaagt dat verweerder bij patiënte een foutieve diagnose zou hebben gesteld, oordeelt het college als volgt. Voorop wordt gesteld dat DPD-deficiëntie nimmer bij patiënte is vastgesteld en voorts dat DPD-deficiëntie geen diagnose is. Uit het medisch dossier van patiënte blijkt dat zij leed aan mucositis en daardoor diarree had. Beide werden veroorzaakt door de toxiciteit van capecitabine, hetgeen voor verweerder duidelijk was en waarop hij de behandeling van patiënte ook heeft gericht. Mucositis is een gekende bijwerking van capecitabine ook zonder dat er sprake hoeft te zijn van DPD-deficiëntie. Van een foutieve diagnose was derhalve geen sprake en verweerder kan ter zake geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt.

In zoverre faalt dit klachtonderdeel.

Op grond van het vorenstaande wordt klager niet-ontvankelijk verklaard in zijn klachtonderdelen 3 en 4 (deels) en wordt de klacht voor het overige afgewezen.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart klager niet-ontvankelijk in zijn klachtonderdelen 3 en 4 (deels);
- wijst de klacht voor het overige af.

Aldus beslist door mr. M.J.H.A. Venner-Lijten als voorzitter, mr. K.A.J.C.M. van den Berg Jeths-van Meerwijk als lid-jurist, J. Poelen, dr. J.W.B. de Groot en J.I. van der Spoel als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van mr. N.A.M. Sinjorgo als secretaris en in het openbaar uitgesproken op 8 november 2017 in aanwezigheid van de secretaris.