

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 165/2016

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 31 oktober 2017 naar aanleiding van de op 6 juli 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,

k l a g e r

-tegen-

**C**, internist, werkzaam te D,  
bijgestaan door mr. T.A.M. van den Ende, advocaat te Zwolle,

v e r w e e r d e r

### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- aanvullende productie 16 van de zijde van verweerder;
- de repliek met de bijlagen;
- de dupliek met de bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 15 december 2016 gehouden mondeling vooronderzoek;
- het protocol 24-uurs bereikbaarheid chemotherapie patiënten E;
- brief van klager d.d. 23 augustus 2017 met pleitnota en bijlage.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 19 september 2017, alwaar zijn verschenen klager en verweerder, de laatste bijgestaan door mr. Van den Ende. Zij heeft gepleit aan de hand van een pleitnota. Ter zitting is eveneens de klacht behandeld tegen een lid van de Raad van Bestuur. Deze klacht is bekend onder nummer 166/2016. In die klacht zal afzonderlijk uitspraak worden gedaan.

## 2. FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch dossier) dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

De klacht betreft de behandeling van de echtgenote van klager, geboren in 1936 en overleden in 2015.

Patiënte heeft op 17 augustus 2015 (laparoscopisch) een hemicolectomie rechts ondergaan in het E (hierna: het ziekenhuis) in verband met een adenocarcinoom met stadiering T3N2M0 (kanker in de dikke darm).

In het 'multidisciplinaire gastro-intestinale oncologieoverleg' is mede gelet op de vitaliteit van patiënte afgesproken haar te verwijzen naar de internist-oncoloog voor adjuvante chemotherapie. Op 16 september 2015 heeft een consult met verweerder plaatsgevonden.

Verweerder noteerde over dit consult:

**Reden van contact:** *adjuvante chemotherapie bij pT3N2 colocarcinoom*

**Anamnese:** *Redelijk hersteld. Wel last van frequente ontlasting wat bellemerend is.*

**Beloop:** *Willen over chemotherapie nadenken. Wel duidelijk winst aan de hand van adjuvant!*

**Notitie:** *TC as vrijdag ochtend* .

Op 18 september 2015 vond een gepland telefonisch contact plaats tussen patiënte en verweerder. Navolgende notitie werd gemaakt:

**Conclusie en beleid:** *Opteert voor adjuvante chemotherapie*

*Verwijzen voor CAPOX (indien niet haalbaar mono capecitabine).*

Op 24 september 2015 vond een contact plaats met een verpleegkundige om patiënte nadere uitleg te geven over de chemotherapie. Voor zover thans van belang werden de navolgende aantekeningen gemaakt:

**Reden van komst:** *Uitleg/intake kuur: Capox kuur*

(...)

**Bijzonderheden:**

*- Mw. en familie hadden nog erg veel vragen over de opties wel en niet behandelen, daarom nog een extra gesprek geregeld met F.*

(...)

*Informatie gegeven conform checklist chemotherapie: ja*”.

Op 1 oktober 2015 vond, zoals afgesproken, een contact met een verpleegkundig specialist plaats. Zij noteerde het navolgende:

**Reden van contact:** *Extra consult ivm vragen*

**Anamnese:** *Echtspaar had nog veel vragen over het beleid voor het consult van dr [achternaam verweerder, RTC] om de adjuvante chemo te bespreken. Maar met name onzekerheid wat te verwachten van de kuren. Waren geschrokken van het mogelijke ernstige diarree optreden en daaraan kunnen overlijden. Uitgebreid alles nog eens doorgenomen. Hierna gemotiveerd te starten met de Capox kuren. Weten dat ze moeten bellen bij problemen.*

**Conclusie en beleid:** *Gemotiveerd te starten met adjuvante Capox-kuren*

- volgende week extra TC voor begeleiding in hun onzekerheid.”

Op 5 oktober 2015 werd de eerste Capoxkuur gestart, bestaande uit een eenmalig infuus en gedurende 14 dagen Capecitabine-tabletten, thuis in te nemen. Bij de intake werd genoteerd dat er geen vragen meer zijn.

Uit de door klager overgelegde telefoongegevens blijkt van oproepen naar het nummer van de afdeling Oncologie op navolgende momenten:

“05 okt	16:29	00:05:39
05 okt	22:41	00:01:20
06 okt	10:36	00:06:24
06 okt	18:03	00:01:32”.

Naar de telefonische contacten heeft het ziekenhuis aanvullend onderzoek gedaan, waarover later meer. Daaruit is het volgende gebleken.

Op 5 oktober 2015 is er om 16:34 en om 22:41 uur telefonisch contact geweest met de verpleegafdeling B8. Uit het elektronisch patiëntendossier (EPD) is niet te achterhalen wat de reden van het contact was.

Op 6 oktober 2015 is er om 10:41, 10:42 en 18:04 uur telefonisch contact geweest. Patiënte heeft om 10:41 uur zelf contact opgenomen met de secretaresse van verpleegafdeling B8; zij is om 10:42 uur doorverbonden met de poli oncologie. Ook om 18:04 uur heeft patiënte telefonisch contact opgenomen met B8. Ook de inhoud van deze contacten zijn niet te achterhalen uit het EPD.

Op 7 oktober 2015 om 12:17 uur vond een gepland telefonisch contact plaats met de verpleegkundig specialist. Zij noteerde het navolgende:

**“Reden van contact: TC extra ivm onzekerheid**

**Anamnese:** *Forse PNP klachten, tintelingen vingers heel erg. Kuitkrampen. Niet miselijk. Def: 1e 2 dagen geen def gehad, heeft movicolon genomen, nu goed op gang, zacht, geen diarree.*

*Al met al meegevallen.”*

Het tweede contactmoment op 7 oktober 2015 was om 16.05 uur. Dit was een telefonisch consult over de diabetes, waarbij de diabetesverpleegkundige patiënte heeft gebeld. Patiënte heeft vervolgens zelf om 20.15 uur zelf gebeld met de oncoline en heeft gesproken met de verpleegkundige van de afdeling B8. Om 20.19 uur heeft de arts-assistent patiënte teruggebeld.

Op 8 oktober 2015 is in het medisch dossier een notitie opgenomen naar aanleiding van telefonisch contact van 7 oktober 2015 rond 20.00 uur, inhoudende:

**“Reden van contact: Mw. belt via de oncoline: sinds 7/10 diarree, movicolon ook ingenomen. Advies van de arts ass. geen movicolon gebruiken en over de nacht aankijken, bij problemen opnieuw bellen.”**

Een verpleegkundige heeft het formulier “24 uren bereikbaarheid chemotherapie patiënten E” ingevuld. Op dit formulier staat echter geen paraaf van de internist-oncoloog voor gezien. Niet duidelijk is geworden waarom dit formulier niet door verweerder is gezien.

Op 13 oktober 2015 vond een controle bij de verpleegkundig specialist plaats. Zij noteerde naar aanleiding daarvan:

**“Reden van contact:** Controle week 1 Capox adjuvant ivm pT3N2 coloncarcinoom.

**Anamnese:** Gaat niet goed. Is aan de diarree sinds 7 oktober 2015. Heeft maar 1-malig movicolon gehad, daarna niet meer. Diarree waterdun ongeveer 7dd. Eten en drinken matig. Vanochtend ook 1-malig gebraakt.

Zo slap als een vaatdoek. Pijnlijke mond, slijmvliezen vurig.

**Uitslagen onderzoek:** Lab GFR 53 en Na 131. Bloedbeeld goed, geen leucopenie.

**Conclusie en beleid:** lom G: naar SEH en opname en infuus.

- Capecitabine tno stoppen.

DPD def laten bepalen?”

Patiënte werd diezelfde dag opgenomen. Zij is tijdens de opname symptomatisch behandeld voor het klinische beeld van panmucositis. Patiënte ontwikkelde gedurende de opname een refractair delier waarvoor in overleg met verweerder is besloten om intraveneus Midazolam toe te dienen. Hieraan voorafgaand werd patiënte in verband met pijn en onrust gesedeerd met eerst haloperidol en vervolgens midazolam subcutaan. Op 23 oktober 2015 raakte patiënte in shock en werd zij opgenomen op de intensive care en geïntubeerd.

Op 23 oktober 2015 vond een gesprek tussen verweerder en de familie van patiënte plaats. Verweerder noteerde het navolgende:

**“Beloop:** Vanavond uitgebreid gesproken met familie en echtgenoot van patiënte in het bijzijn van ICU vpk en dd. intensivist H. Hierbij aangegeven dat ik me ernstig zorgen maak over het huidige klinische beeld. Er is sprake van ernstig orgaan/ weefsel/ beenmerg toxiciteit tgv van de capecitabine toxiciteit die zij heeft ontvangen in het kader van de adjuvante chemotherapie bij haar hoog risico colorectaal carcinoom. Verder was er vandaag 23/10/2015 sprake van hypoxie, hypoventilatie bij een comateus beeld waarschijnlijk gerelateerd aan de opiaten die zij ontving ivm pijnklachten en het gebruik van een midazolam pomp die gestart is ivm langdurige refractaire delier bij haar ziek zijn. Vanwege deze hypoxie en hypoventilatie is zij opgenomen op de ICU en aldaar geïntubeerd. Met familie en echtgenoot besproken dat haar hypoventilatie en hypoxie oorzaakelijk verbonden kan zijn door het gebruik van de gestarte medicatie waaronder de opiaten en de midazolampomp.”

Op 23 oktober 2015 werd door verweerder, na overleg met intensivist H, de casus gemeld ter bespreking bij de Raad van Bestuur (RvB). Op 11 november 2015 is de casus besproken met I, RvB, J, directeur E, K, anesthesist, en L, notulist. Tijdens de bespreking is geconcludeerd dat de ernstige panmucositis als gevolg van de chemotherapie een bekende maar zeldzame complicatie is. Het verloop was dramatisch maar had niet voorkomen kunnen worden. Op grond daarvan heeft de Raad van Bestuur besloten op dat moment de casus niet te melden als mogelijke calamiteit bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Patiënte heeft vervolgens een sepsis ontwikkeld met multi-orgaan falen. Op 19 november 2015 is patiënte overleden.

Uit het op 24 december 2015 opgetekende verslag van post-mortem onderzoek (leverbiopsie en colonfragment) volgt, voor zover thans van belang, het navolgende:

*“De patiënte is op 19 november 2015 overleden door een sepsis, (waarschijnlijk bij pan mucositis) met multi orgaanfalen.*

*Microscopisch onderzoek van het colon toonde geen specifieke afwijkingen. Er waren geen aanwijzingen voor een mucositis. De lever toonde cholaatstase, ontsteking, op-ruimreactie en fibrose met septumforming en pericellulaire fibrose. Geringe steatose. Het meest waarschijnlijk betreft het hier toxische schade tgv medicamenten/chemotherapie gesuperponeerd op een lever met steatose en fibrose waarbij een onderliggend non alcoholische steatohepatitis/NASH overwogen kan worden (acute on chronic).*

Na het overlijden heeft verweerder op 8 december 2015 contact gehad met de schoonzoon van klager. Een nagesprek werd aangeboden. Indien gewenst zou de familie hierover contact opnemen met verweerder. Op 14 december 2015 vond er een gesprek plaats tussen klager en de klachtenfunctionaris. Vervolgens is er op 7 januari 2016 nog contact geweest tussen klager, verweerder en de intensivist. Op 26 januari 2016 is er een familiegesprek geweest met klager, zijn dochter en schoonzoon en J. De uitkomsten van dit gesprek heeft J op 2 februari 2016 besproken met verweerder, I, K en M (staffunctionaris patiëntveiligheid en zorgkwaliteit). Vervolgens heeft J meerdere keren tevergeefs contact gezocht met klager.

Klager heeft op 14 februari 2016 het ziekenhuis aansprakelijk gesteld voor het overlijden van patiënte en heeft tevens een afschrift daarvan verzonden aan de klachtencommissie. Naar aanleiding hiervan is besloten om de casus voor te leggen aan een externe deskundige en tevens een prudentiële melding te doen bij de IGZ. Op 1 maart 2016 heeft J telefonisch contact met klager om zijn toestemming te verzoeken om de casus aan een externe deskundige voor te leggen. Op 2 maart 2016 heeft klager een e-mail gestuurd waarin hij aangeeft graag meer informatie te willen ontvangen over het voorgestelde externe onderzoek. Tevens bleek uit deze e-mail dat klager in de veronderstelling was dat er reeds een onderzoek had plaatsgevonden. Op 4 maart 2016 is er opnieuw telefonisch contact tussen J en klager. Op 8 maart 2016 heeft de melding bij de IGZ plaatsgevonden. Op 12 april 2016 zijn de uitkomsten van het externe onderzoek door de Raad van Bestuur besproken en doorgezonden naar de IGZ.

De deskundige komt samengevat tot de volgende conclusies:

- Overlijden door complicaties bij chemotherapie behoort tot de mogelijkheden met een incidentie van zogenoemde “toxische overlijdens” van minder dan 1%. Gelet op deze incidentie moet deze casus als calamiteit worden gezien, en is er reden om in detail terug te kijken naar mogelijke vermijdbare oorzaken. Er was in deze casus een moment waarop dit (mogelijk) vermeden had kunnen worden. Tijdens het telefonische consult op 7 oktober 2015 had bij een 79-jarige met diarree doorgevraagd moeten worden. Bij echte diarree bij een 79-jarige had het advies moeten zijn om de capecitabine te stoppen of op zijn minst een nieuw consult op korte termijn te plannen.
- Er is geen sprake geweest van overdosering chemotherapie. De DPD-test, die gedaan had kunnen worden is niet verplicht. Bovendien bleek deze test later bij patiënte normaal te zijn. Hiermee is dus geen verklaring gevonden voor de toxiciteit.
- Er is gehandeld conform richtlijn. Hierin staat niet een harde contra-indicatie voor adjuvante chemotherapie op basis van leeftijd. De comorbiditeit en eventueel andere risico's dienen nauwkeurig in kaart te worden gebracht. Uit de status blijkt dat dit met patiënte is besproken.
- Andere relevante behandelopties hadden kunnen zijn:  
Geen adjuvante chemotherapie.

Capecitabine monotherapie, deze geeft bij een stadium 3 (inclusief ouderen) nog steeds evidente winst ten aanzien van de kans op recidief met beduidend minder toxiciteit.

Naar aanleiding van het rapport van de extern deskundige en de calamiteitenmelding heeft het ziekenhuis nader intern onderzoek verricht naar de wijze waarop het proces verloopt wanneer een patiënt gebruik maakt van de oncoline. De oncoline is geen apart telefoonnummer maar is een term die binnen het ziekenhuis wordt gebruikt voor telefoonnummers van de verpleegafdeling oncologie B8 en de poli oncologie. Deze zijn voor patiënten 24 uur per dag telefonisch te bereiken. Uit dit onderzoek is gebleken dat patiënte meermaals telefonisch contact heeft gehad met het nummer van de verpleegafdeling oncologie B8. Een volledige reconstructie van de telefonische contacten is niet mogelijk omdat de werkafpraak was dat slechts telefonisch overleg betreffende verpleegkundige of medische adviezen wordt geregistreerd in het medisch dossier. De uitkomsten van het interne onderzoek zijn bij brief van 25 mei 2016 naar de IGZ gestuurd. Bij brief van 4 augustus 2016 heeft de IGZ hierop gereageerd met het verzoek nog aanvullende conclusies en verbetermaatregelen te formuleren. Bij brief van 31 augustus 2016 heeft I namens de Raad van Bestuur een aanvullende rapportage overgelegd inclusief een tijdlijn. Er is op 29 augustus 2016 een gesprek met klager geweest en hiervan is een verslag gemaakt.

In het kader van de door klager ingediende klacht bij de klachtencommissie heeft op 11 mei 2016 een hoorzitting plaatsgevonden. De klachtencommissie heeft op 26 mei 2016 uitspraak gedaan. De klachten tegen verweerder zijn alle ongegrond verklaard. De klachtencommissie is van oordeel dat de communicatie bij het onderzoek na het overlijden van patiënten niet optimaal is geweest en verklaart dit klachtonderdeel gegrond. De Raad van Bestuur heeft klager op 30 mei 2016 bericht naar aanleiding van de uitspraak van de klachtencommissie. In die brief is aangegeven dat er lering getrokken zal worden uit het gegrond verklaarde klachtonderdeel en dat er maatregelen genomen gaan worden ten aanzien van de communicatie.

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

Klager verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- het volgende:

1. Door het voorschrijven van een zogenaamde Capox-kuur heeft verweerder een situatie doen ontstaan, die onontkoombaar tot het overlijden van patiënte moest leiden, terwijl ook niet behandelen of een andere behandeling opties waren. Deze kuur had niet voorgeschreven mogen worden bij een patiënte met diarreeklachten. Verweerder heeft tijdens het intakegesprek onvoldoende voorlichting gegeven;
2. Het medisch dossier vertoont hiaten, doordat niet alle vijf telefoongesprekken met de afdeling Oncologie in het medisch dossier zijn opgenomen;
3. Er is door de afdeling Oncologie niet adequaat gereageerd op het telefonisch contact dat patiënte heeft gezocht naar aanleiding van de diarreeklachten;
4. Gelet op de telefonische klacht over diarree had het advies direct moeten zijn dat patiënte moest stoppen met de medicatie;
5. Verweerder heeft voornoemde situatie negen dagen laten voortduren, zonder zich te vergewissen van de toestand van patiënte. Hij heeft zich onvoldoende ingezet c.q. was er niet. Hij heeft zijn taak overgelaten aan een arts-assistent die daartoe niet gekwalificeerd was;

6. Gelet op de gevaarlijke (dodelijke) bijwerkingen van de medicatie had verweerder alert moeten zijn en de signalen niet mogen negeren. Er is hierdoor sprake van grove nalatigheid in de medische zorgverlening en verweerder is hiervoor verantwoordelijk;
7. Verweerder gaat opzettelijk en misleidend voorbij aan zijn nalatigheid door uitsluitend mucositis als doodsoorzaak aan te wijzen (nalatigheid in de behandeling heeft hier ook aan bijgedragen);
8. Verweerder had ontstaan en verergeren van de mucositis kunnen voorkomen, waarmee het overlijden van patiënte had kunnen worden voorkomen. Er is mogelijk sprake van dood door schuld.

#### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij het ernstige beloop van de bijwerking bij patiënte en het overlijden van patiënte zeer betreurt. Hij is niet op de hoogte gebracht van het telefonisch contact van patiënte met de oncoline op 7 oktober 2015 en het door de arts-assistent gegeven medische advies. Hij is van oordeel dat hij bij zijn handelen binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven. Voor zover nodig zal hieronder nader ingegaan worden op het verweer.

#### 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.

##### 5.2

###### Klachtonderdeel 1

Klager verwijt verweerder onvoldoende informatie gegeven te hebben over de zogenaamde Capox-kuur. Uit het dossier en hetgeen ter zitting is besproken blijkt het volgende. Na de operatie heeft de chirurg patiënte verteld kankervrij te zijn maar raadde hij haar aan om wel een chemokuur te ondergaan. Vervolgens is patiënte in het MDO besproken en werd zij naar verweerder verwezen voor adjuvante chemotherapie. Partijen zijn het erover eens dat verweerder in dit gesprek op 16 september 2015 gewezen heeft op de overlevingskansen, de bijwerkingen, de mogelijke complicaties en de risico's. Er werd voorlichtingsmateriaal meegegeven en afgesproken werd dat patiënte erover na zou denken. Op 18 september 2015 is een gepland telefonisch consult geweest met verweerder. Patiënte gaf aan te opteren voor de adjuvante chemotherapie. Op 24 september 2015 volgde er een uitleg/intake over de kuur bij de verpleegkundige. Omdat patiënte en haar familie nog veel vragen hadden over het wel of niet behandelen is er nog een extra gesprek ingepland met een verpleegkundig specialist. Dit gesprek

vond plaats op 1 oktober 2015. Blijkens de notitie in het dossier van dit gesprek is alles nog eens uitgebreid doorgenomen. Hierbij is ook gesproken over het feit dat patiënte geschrokken was van het mogelijke optreden van ernstige diarree ten gevolge van de voorgestelde Capox-kuur en het daaraan kunnen overlijden.

Het college is van oordeel dat gelet op het bovenstaande niet gesteld kan worden dat verweerder te kort is geschoten in zijn informatieplicht.

Klager stelt dat de Capox-kuur niet had mogen worden voorgeschreven bij een patiënte met diarreeklachten. Uit het dossier blijkt dat patiënte al maanden voorafgaande aan de chemotherapie een wisselend ontlastingspatroon had met frequente, dunne ontlasting afgewisseld door obstipatie waarvoor zij soms hoge doses movicolon kreeg (een middel dat juist voor obstipatie wordt voorgeschreven). Deze vorm van diarree wijst op diarree van meer motorisch-functionele aard en vormt geen (absolute) contra-indicatie voor het geven van chemotherapie. Dit in tegenstelling tot diarree die *na* het starten van chemotherapie ontstaat. Dat laatste kan een uiting zijn van een (ernstige) toxische ontsteking van het darmslijmvlies en is reden om met de medicatie te stoppen. Het college is dan ook van oordeel dat de door verweerder geadviseerde Capox-kuur passend is voor de aandoening waarbij ook de medische voorgeschiedenis, de leeftijd en de vitaliteit van patiënte in acht genomen zijn.

### 5.3

De klachtonderdelen 2, 3, 4, 5 en 6 lenen zich, gelet op hun onderlinge samenhang, voor gezamenlijke bespreking.

Uit de hierboven weergegeven feiten blijkt dat er op 5 en 6 oktober 2015 in totaal vier keer telefonisch contact is geweest tussen patiënte en het ziekenhuis. Verweerder heeft in de stukken en ter zitting toegelicht dat alleen die gesprekken worden vastgelegd waarin medisch inhoudelijke adviezen zijn gegeven. Het college acht deze handelwijze op zichzelf te verdedigen. Nu deze gesprekken niet zijn genoteerd houdt verweerder het ervoor dat in deze gesprekken geen medisch inhoudelijke zaken zijn besproken. Klager stelt dat het in al deze gesprekken moet zijn gegaan over de diarreeklachten van zijn vrouw. Hoewel niet met zekerheid gesteld kan worden wat er tijdens deze contacten is besproken, acht het college de stelling van klager niet aannemelijk. Blijkens de verslaglegging van het telefonische consult op 7 oktober 2015 met de verpleegkundig specialist op de derde dag van de kuur blijkt immers dat patiënte de eerste twee dagen geen ontlasting had, dat ze daarom movicolon had genomen, dat de ontlasting nu goed op gang was en dat ze geen diarree had. Hieruit kan worden afgeleid dat patiënte op 5 en 6 oktober 2015 geen diarreeklachten had. Het feit dat klager dit ontkent en dat in zijn beleving er voortdurend sprake is geweest van diarreeklachten is onvoldoende om niet van de juistheid van deze notitie van het telefonische consult op 7 oktober 2015 uit te kunnen gaan.

Toen patiënte op 7 oktober 2015 in de avond belde met de oncoline en vertelde dat ze diarree had, heeft de verpleegkundige dit voorgelegd aan de arts-assistent. Deze adviseerde geen movicolon meer te gebruiken, het de nacht aan te kijken en morgen terug te bellen indien er dan nog diarreeklachten waren. De arts-assistent kon in het dossier zien dat patiënte eerder die dag ook gebeld had en dat er op dat moment nog geen sprake was van diarree. Het college is van oordeel dat het gegeven advies in deze omstandigheden adequaat en conform protocol was.



Dat het bewuste formulier waarop dit is aangetekend niet bij verweerder is terechtgekomen valt te betreuren maar valt hem niet te verwijten. Het college heeft, mede op grond van de informatie uit de interne calamiteitanalyse, niet kunnen vaststellen dat de organisatie bij de oncoline in zijn geheel tekort schoot. De gang van zaken dat een verpleegkundige met een arts-assistent overlegt en vervolgens dit advies gezien wordt door de oncoloog is naar het oordeel van het college voldoende zorgvuldig. Het door de arts-assistent gegeven advies was ook adequaat. Nadien zijn er geen signalen meer geweest waarop verweerder actie had moeten ondernemen. De behandeling ging volgens protocol en hij had geen reden om twijfels te hebben over de behandeling. De klachtonderdelen 2 tot en met 6 kunnen niet slagen.

#### 5.4

Ook de klachtonderdelen 7 en 8 lenen zich voor gezamenlijke behandeling. Klager stelt dat verweerder nalatig is geweest. Hij had het ontstaan en het verergeren van de mucositis kunnen voorkomen en daarmee het overlijden van patiënte. Klager baseert zich hierbij met name op het rapport van de deskundige N. Tevens heeft klager ter zitting gesteld dat er niet voor niets verbeteringen zijn doorgevoerd. Dit betekent dat er dus fouten zijn gemaakt.

Het college stelt voorop dat ook de deskundige van oordeel is dat er gehandeld is conform de richtlijn en dat er geen sprake is geweest van overdosering. Wel merkt de deskundige op dat tijdens het consult op 7 oktober 2015 doorgevraagd had moeten worden naar de diarreeklachten. Bij 'echte diarree' had het advies moeten zijn stoppen met capecitabine of op zijn minst een nieuw consult op korte termijn plannen, aldus de deskundige. Nu het door de arts-assistent ingevulde formulier verweerder helaas niet heeft bereikt, heeft hij geen nieuwe afspraak kunnen plannen. Daarbij is het college van oordeel dat verweerder er ook op mocht vertrouwen dat patiënte zelf contact zou opnemen. De oncoline was laagdrempelig en in het gesprek op 7 oktober 2015 is expliciet gezegd dat bij blijvende klachten contact opgenomen moest worden. Dat patiënte zich in de steek gelaten voelde door de eerdere telefonische contacten, zij bovendien niet snel klaagde en zij het wel kon volhouden tot de volgende afspraak, zoals de familie ter zitting verklaarde, heeft ertoe bijgedragen dat patiënte niet eerder dan 13 oktober 2015 weer werd gezien. Of het verloop anders was geweest als zij eerder was gezien valt niet met zekerheid te zeggen. Hoewel het college begrip heeft voor het gevoel dat bij klager is ontstaan dat het wellicht anders had kunnen lopen, is er geen sprake van nalatigheid van de zijde van verweerder. Ook de omstandigheid dat er naar aanleiding van deze casus veranderingen zijn doorgevoerd maakt, anders dan klager stelt, niet dat daarmee tuchtrechtelijke verwijtbaarheid van verweerder gegeven is.

#### 5.5

Gelet op het voorgaande is de klacht in alle onderdelen ongegrond.

## 6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. E.A. Messer, voorzitter, prof. mr. J.C.J. Dute, lid-jurist en J. den Boon, dr. P.J.M. van Gulp en dr. P.J. Wahab, leden-artsen, in tegen-

woordigheid van mr. K.M. Dijkman, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 31 oktober 2017 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

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 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.