

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 193-2019

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 3 maart 2020 naar aanleiding van de op 30 augustus 2019 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, internist, werkzaam te B,
bijgestaan door mr. D.M. Pot, verbonden aan VvAA te Utrecht,

b e k l a a g d e

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift;
- het proces-verbaal van het op 4 december 2019 gehouden gehoor in het kader van het vooronderzoek;
- het medisch dossier, binnengekomen op 16 januari 2020;
- de brief van klaagster, inhoudende een reactie op het proces-verbaal van mondeling vooronderzoek, binnengekomen op 16 januari 2020.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 31 januari 2020, waar zijn verschenen klaagster en beklagde. Beklagde werd vergezeld door zijn gemachtigde.

Klaagster heeft in verband met dezelfde onderliggende feiten ook klachten ingediend tegen haar huisarts (zaaknummer 192/2019) en de internist in het D (zaaknummer 194/2019). In die zaken is bij uitspraak van dezelfde datum beslist.

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.

Klaagster, geboren in 1948, kwam na verwijzing door de huisarts bij beklagde, internist in het E te B, terecht.

Klaagster was op 11 mei 2016 in verband met een bult op de rechterknie bij de huisarts geweest. Daar werd een expectatief beleid afgesproken.

Op 6 september 2016 werd klaagster gezien door beklagde na verwijzing door de huisarts.

In de aan de huisarts verzonden specialistenbrief is onder meer vermeld:

“Conclusie 06.09.2016: 68-jarige vrouw met de novo gestuwd been, heden geen trombose aantoonbaar, maar wel massale lymfadenopathie, beiderzijds, bij blanco (?) voorgeschiedenis.

Grote verdenking op maligne lymfoom, gezien presentatie indicatie voor klinische work-up. Verder DD uitgebreid: gynaecologische tumor, rectumtumor, en veel minder waarschijnlijk: infectieus proces (HIV, TBC), sarcoidose.”

In het beleid werd gesproken over een CT-scan van hals, thorax en abdomen. Naar bevind van zaken zou nader gesproken worden over de noodzaak van een biopt. Klaagster werd voor verder onderzoek naar de internist verwezen nadat echografisch onderzoek was verricht.

Op 7 september 2019 noteerde beklagde – voor zover thans relevant voor de klacht: *“Gezien enorme stuwing ter plaatse lever geen klierextirpatie gezien de locale risico’s van bloeding, infectie, lekkage Als materiaal adequaat en diagnose goed te stellen dan (pas) starten met prednisolon om eerste zwelling af te nemen en tumorlysis te voorkomen”*

Er is op 8 september 2016 onderzoek gedaan door de patholoog naar de lymfeklier waarvan een naaldbiopt was gedaan. De conclusie van de patholoog luidde, voor zover thans van belang:

“Naaldbiopten inguinale lymfklier rechts kleincellige tumor, morfologisch en immunohistochemisch vooralsnog het meest compatibel met lokalisatie kleincellig carcinoom. Zekerheidshalve volgen er nog enkele aanvullende kleuringen

Aanvulling d.d. 15-09-16:

De cellen zijn TTF-1 en LCA negatief. CD 56 positief. Geen nieuwe gezichtspunten.

Aanvulling d d 15-09-16:

N a v telefonisch overleg morfologisch en immunihistochemisch betreft het een kleincellig carcinoom.”

Op 13 september 2016 is door beklagde een gesprek met klaagster, haar echtgenoot en haar zoon gevoerd. Beklagde heeft onder meer opgetekend dat een gemetastaseerd kleincellig carcinoom was gebleken waarbij geen primaire tumor zichtbaar was op de CT-body. Het rechterbeen werd bedreigd door veneuze compressie. Palliatieve chemotherapie was op korte termijn geïndiceerd. Op 14 september 2016 werd begonnen met chemotherapie. Klaagster meldde op 14 september 2016 aan F dat zij al jaren last van

wondroos op haar benen had. Op 16 september 2016 mocht klaagster naar huis. Op 21 september 2016 werd in het dossier opgenomen dat de zwelling van het been afnam na start van chemotherapie.

Klaagster meldde op 27 september 2016 pijn in het rechterbeen, heftige pijn in de knieholte en pijn bij het lopen. Het rechterbeen was slanker in omvang en soepeler dan voor de start van de chemotherapie. De huid was droog en vaag rood en een echo van het been werd aangevraagd. Na uitsluiting van diepveneuze trombose kon klaagster weer naar huis.

Op 4 oktober 2016 heeft beklagde naar aanleiding van onderzoek een brief naar de huisarts van klaagster gestuurd. In deze brief werd onder meer verslag gedaan van de CT-scan van 7 september 2016. Het rechter onder- en bovenbeen waren nog steeds gestuwd en dik. Het rechter onderbeen was roze, was eerder rood, en strak-stijf. Er werd een tweede mening afgesproken in overleg met klaagster en haar familie.

Aan de artsen van het D werd gevraagd of zij akkoord waren met de gestelde diagnose en de gegeven chemotherapie. Daarnaast werd gevraagd hoe het beleid werd als de eerstelijns behandeling zou falen.

Op 25 oktober 2016 stuurde beklagde een brief naar de huisarts naar aanleiding van gevonden longembolieën. In deze brief komt naar voren dat klaagster naar internist G in het D zal gaan op 2 november 2016.

Internist G heeft klaagster op 2 november 2016 gezien en zijn bevindingen weergegeven in een brief van 3 november 2016 onder meer inhoudende – voor zover relevant voor de klacht:

“Lichamelijk onderzoek:

Extremititeiten: zeer fors gezwollen benen R>L pitting oedeem, nodus rechter knie

Conclusie

68 jarige vrouw met progressie van lymfogeen gemetastaseerd kleincellig carcinoom van onbekend origine. Bij revisie gaat de voorkeur uit naar een neuro-endocriene carcinoom. Geen pathogene mutaties aangetoond

Besproken beleid:

Helaas was er bij mevrouw [achternaam klaagster, RTC] nauwelijks respons op de behandeling met cisplatin-etoposide, waarvan zij 2 kuren kreeg. Na de tweede kuur persisteren klachten van verminderde eetlust en misselijkheid. Er is dyspnoe d'effort bij een recent gediagnosticeerde longembolie

Ik besprak met haar en haar familie dat een tweedelijnsbehandeling met taxanen een optie is, echter op dit moment wordt haar conditie te matig hiervoor geacht. Een alternatief is behandeling in de N10MOP studie: een behandeling met: ModraPac 005 (oraal paclitaxel, gecombineerd met ritonavir, een orale P-gp remmer. Hiermee wordt beoogd de biologische beschikbaarheid van oraal docetaxel te verhogen. De dosering van ModraPAC005 tabletten is 2 maal daags. Door deze metronomische toediening wordt beoogd tumorgroei te remmen. Met deze combinatie worden minder bijwerkingen verwacht dan met intraveneus toegediend paclitaxel. Meest voorkomende bijwerkingen van ModraPac005 zijn hematologische toxiciteit, diarree, perifere neuropathie en nagel-toxiciteit

Er werd een tumorgenetische analyse ingezet die helaas niet opleverde. De hoofdbehandelaar collega [achternaam beklagde, RTC] werd telefonisch geïnformeerd.”

In een e-mailbericht op 9 november 2016 van de zoon van klaagster aan E is opgenomen dat klaagster een bult op haar knie heeft, maar dat daar geen onderzoek naar is geweest. De zoon van klaagster schrijft: *“misschien is dat de bron wel.”*

Internist G uit het D heeft op 22 november 2016 een brief naar beklagde gestuurd, met voor zover thans van belang, de navolgende inhoud:

“Biopten inguinale lymfklier rechts: het beeld past bij een hooggradig neuro-endocriene carcinoom. Hoewel histomorfologisch compatibel met een kleincellige carcinoom zijn de wild type TP53 en RB1 (immunohistochemisch) niet typisch daarvoor. Derhalve moet ook een grootcellig neuro-endocriene carcinoom worden overwogen. Over de primaire origine kan geen uitspraak worden gedaan.

Aanvulling 10-11-2016: GEEN mutaties aangetoond met behulp van het H. De CDX2 is negatief, gezien de positieve TTF1 wordt in eerste instantie aan een longorigine gedacht echter deze immuno is in hooggradige neuro-endocriene carcinomen niet specifiek. Derhalve is een andere origine zeker niet uitgesloten.

Immunologie: Protocol neuro-endocriene tumor

Conclusie

Bij mevrouw blijkt er sprake van een gemetastaseerd neuro endocrien carcinoom. Geen “drugable” mutaties gevonden.

Besproken beleid:

Ik heb met patiënte het vorige consult besproken en mijn excuses aangeboden voor het ontbreken van de laatste scan waardoor de second opinion wellicht als onvolledig is overgekomen.”

Van 27 november 2016 tot en met 30 november 2016 was klaagster opgenomen in verband met koorts na chemotherapie.

Klaagster is opgenomen geweest van 12 februari 2017 tot en met 14 februari 2017 op de afdeling oncologie. Beklaagde stuurde daarover op 14 februari 2017 een brief naar de huisarts. In de brief is vermeld dat zij in goede conditie naar huis is ontslagen. De trombocyten waren nog te laag om de op 15 februari 2017 geplande chemotherapie door klaagster te laten ondergaan. Voor de tweede opvolgende maal werd de chemotherapie een week uitgesteld.

In de brief is onder meer vermeld, voor zover thans van belang voor de klacht, na beoordeling door arts-assistent orthopedie:

“Bespreking:

Patiënte werd opgenomen ter optimalisatie van pijnmedicatie en nadere analyse van de nieuwe pijn in de knie bij patiënte. Op een rontgen foto van de knie waren geen afwijkingen te zien, en beoordeling door orthopeed bracht niets anders aan het licht dan waarschijnlijk passend bij overbelasting na recente aanschaf van een hometrainer. Indien de pijnklachten blijven bestaan, valt een MRI van de knie te overwegen, ter verdere uitsluiting botmetastasering.

Lichamelijk onderzoek:

Forse rode bobbel op rechter knie, wat ze al maanden heeft. Gewricht is niet pijnlijk of gezwollen.

ICC orthopedie:

Zeer oedemateus been, conform VG (Lymfekliersmetastasen lies). Niet rood, behoudens een lokale rode zwelling midden op de knie, geen verklaring voor klachten. Volgens patiënt al bestaand sinds val op knie in september.

Conclusie/ Geen orthopedische verklaring voor plots ontstane pijnklachten, mogelijk overbelastingscomponent. Evidente metastasen niet zichtbaar op X-knie, echter voor definitief aantonen dan wel uitsluiten eventuele metastasen adviseren wij een MRI-knie.”

Op 14 maart 2017 noteerde beklagde in het medisch dossier, voor zover thans van belang voor beoordeling van de klachten:

“Man ligt op chir opgenomen, diepe vingerontsteking Zoon uit I over gekomen In I in zkh gelegen met 38,5 C, 4 mrt, week lang, met ontsteking aan het been, antibiotica, weer beter, nu nog antibioticum per os t/m morgen amoxi-clav

Kuur 6 op 15-03 on hold Noro bij ons, MRSA bij haar ? Poli 3+ weken met evaluatie-CT vooraf, met prehydratie vanwege nierfunctie Overleg 15-03 met patholoog J een (synovia- of anders) sarcoom is het zeker niet, een Merkelcelcarcinoom is niet uit te sluiten, daar zit doorgaans een kenmerkend polyoma-virus in (kleuring wordt in K aangevraagd) Overleg met D G over de suggestie van Franse arts Merkelcelcarcinoom of synoviaalsarcoom? -->gebeld, niet aanwezig, secr zou andere oncoloog vragen mij terug te bellen, niet gebeurd helaas () PM/mevr was ontevreden over het verloop van het gesprek met G, ze willen liever met een andere oncoloog laten overleggen Overleg met L oncoloog K heeft enige ervaring ermee, nu geen tijd, morgen weer overleg Na dit alles gebeld met mevr [achternaam klaagster,RTC] ze is ongeduldig, wil graag een biopt uit de prepatellaire tumor, uitgelegd dat het ZEKER geen sarcoom is, misschien wel een MCC, maar dat dat voor de behandeling waarschijnlijk niet veel gaat uitmaken, desondanks wil ze graag een nieuw biopt”

Op 15 maart 2017 werd klaagster gezien door beklagde. In de door beklagde opgestelde specialistenbrief is vermeld, voor zover thans van belang voor de klacht:

“Recent bij familiebezoek in I aldaar opgenomen wegens cellulitis, initieel verdenking op weke delen infectie, MRI gemaakt, daarop verdenking primaire tumor prepatellair, Merkelcelcarcinoom.

Derhalve nu overlegd met K, collega L, of er nog andere, nieuwe behandelmogelijkheden zijn.”

De diagnose diende nog bevestigd te worden met herbeoordeling in het K.

Beklaagde voerde overleg met de patholoog en het materiaal werd naar het K verstuurd voor een second opinion. In verband met behandelmogelijkheden werd klaagster verwezen naar het K.

Op 7 april 2017 werd door het K een brief gestuurd in kopie naar beklagde, met daarin onder meer navolgende inhoud:

“Wij zagen bovengenoemde patiënte ivm een naar klieren gemetastaseerd merkelcelcarcinoom Bij revisie van PA alhier na eerdere verdenking op basis van MRI in M, bleek merkel cel polyoma virus positief te zijn. Wij bespraken met patiënte dat er nog altijd sprake is van een palliatieve setting, dus zonder opties voor genezing. Recent zijn er wel goede resultaten gepubliceerd van een fase 2 studie met pembrolizumab (immuuntherapie) bij patiënten met gemetastaseerd merkelcelcarcinoom, met een overall respons kan van >50%. Prembrlizumab is echter nog niet voor deze indicatie geregistreerd. Wij proberen het middel nu voor patiënte beschikbaar te krijgen via een Patient Access Program van de industrie.”

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt beklaagde - zakelijk weergegeven -:

1. Beklaagde heeft, ondanks herhaaldelijk verzoek van klaagster en haar familie, geen onderzoek gedaan naar de bult op klaagsters rechterknie;
2. Beklaagde heeft nooit (beeldvormend) onderzoek laten doen naar de afwijking in en op de rechterknie van klaagster;
3. Beklaagde was vanaf het begin stellig overtuigd van de juistheid van zijn diagnose en dat de tumor op de rechterknie van klaagster niet de bron was van haar kanker;
4. Klaagster heeft onterecht een behoorlijk aantal weken antibiotica ingenomen doordat beklaagde nooit onderzoek heeft laten doen of een dermatoloog heeft geraadpleegd over de huiduitslag/verkleuring op het rechterbeen van klaagster;
5. Beklaagde heeft geen therapie ingezet voor het extreem dikke rechterdijbeen van klaagster;
6. Beklaagde heeft ten onrechte geen MRI-scan laten maken ondanks veelvuldig verzoek van klaagster, haar familie en een collega;
7. Klaagster kon door het handelen van beklaagde pas 9 maanden later met toegepaste behandelingen beginnen;
8. Na de differentiaal diagnose heeft er geen nader onderzoek plaatsgevonden en is er geen definitieve diagnose gesteld;
9. Beklaagde heeft in zijn verslag van 14 februari 2017 genoteerd dat klaagster in goede conditie is ontslagen terwijl zij te lage trombocyten had;
10. Door de onnodige chemobehandelingen heeft klaagster restverschijnselen overgehouden.

4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklaagde voert - zakelijk weergegeven - aan dat hij met zijn handelen binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven. Voor zover nodig wordt hieronder nader ingegaan op het verweer. Beklaagde betreurt ten zeerste dat de diagnose achteraf anders bleek te zijn en betuigt daarin zijn medeleven aan klaagster en haar familie.

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

De eerste, tweede en zesde klacht van klaagster gaan allemaal over de vraag of beklagde voldoende aandacht heeft besteed aan de bult op klaagsters rechterknie. Door beklagde is aangevoerd dat hij, toen klaagster bij hem onder behandeling kwam, geen kennis had van de bult op haar rechterknie. Er was geen verwijfsbrief van de huisarts, waardoor beklagde ook niet wist dat klaagster eerder bij haar huisarts was geweest in verband met de bult op haar rechterknie. Volgens beklagde heeft klaagster de bult ook niet actief onder zijn aandacht gebracht. Er is in de vele contacten, waarvan vier met beklagde, geen nadruk geweest voor de bult op de knie en voor zover de bult door andere zorgverleners wel is gezien en genoteerd, is deze steeds niet als relevant en betekenisvol geduid. Beklaagde kan niet alle notities die door anderen worden gemaakt in het medisch dossier langslopen. Hij vaart op de klinische ontslagbrief als relevant resume en op de laboratorium- en radiologie-uitslagen in het EPD die beklagde nodig heeft voor het in te zetten beleid. De zoon van klaagster heeft op 9 november 2016 een e-mail gezonden, waarin hij de bult als mogelijke bron van de kanker noemt, maar deze e-mail is niet aan beklagde gestuurd en beklagde kent dit e-mailbericht ook niet.

Het college oordeelt dat beklagde niet verweten kan worden dat hij te weinig aandacht heeft besteed aan de bult op de rechterknie van klaagster. Bij het eerste consult heeft beklagde geen lichamelijk onderzoek verricht. Dat hoefde ook niet, omdat het consult bedoeld was om de bevindingen van het radiologisch onderzoek met klaagster te bespreken. Op dat moment wist beklagde niet van het bestaan van de bult. Hij beschikte niet over een verwijfsbrief van de huisarts en uit het medisch dossier blijkt niet dat hij tijdens dat eerste contact actief is geïnformeerd over de bult.

Bij een bezoek aan de poli op 4 oktober 2016 heeft beklagde wel lichamelijk onderzoek gedaan, maar dat onderzoek heeft zich toen beperkt tot het onderbeen. Voor een uitgebreider onderzoek was op dat moment, gelet op de gepresenteerde klachten, geen aanleiding. Uit het medisch dossier blijkt niet dat klaagster bij dat contact heeft gewezen op het bestaan van de bult.

In de brief van G van 3 november 2016 wordt wel melding gemaakt van een nodus op de rechterknie, maar daaraan zijn door hem geen conclusies verbonden.

De door klaagsters zoon op 9 november 2016 verzonden e-mail heeft beklagde niet ontvangen.

Op 1 december 2016 is door N, ANIOS Interne, een ontslagbrief gestuurd na opname van klaagster van 27 tot en met 30 november 2016 in verband met koorts tijdens chemotherapie. In de ontslagbrief is geen melding gemaakt van de bult op de rechterknie. Op 14 februari 2017 is door O, AIOS interne geneeskunde, een ontslagbrief gestuurd na opname van klaagster van 12 tot 14 februari 2017 in verband met optimalisatie van pijnmedicatie en nadere analyse van de nieuwe pijn in de knie. In de brief is een intercollegiaal orthopedisch consult vermeld met de overweging dat de pijn in de knie waarschijnlijk verband houdt met overbelasting “na recente aanschaf van een hometrainer”. Een botmetastase wordt onwaarschijnlijk geacht, omdat de röntgenopname van de knie een normaal beeld laat zien. Verder wordt melding gemaakt van een forse rode bobbel op de rechterknie.

Uit de hiervoor genoemde correspondentie blijkt dat beklagde over het bestaan van de bult had kunnen lezen in het dossier. Dat hij op basis van de daarin vermelde informatie geen nader onderzoek heeft verricht is naar het oordeel van het college niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. De brief van G gaf daartoe geen aanleiding, nu G zelf, als second opinion-arts, de bult duidde als een metastase van het kleincellig carcinoom en geen conclusies verbond aan het bestaan van de bult. De brief van O gaf evenmin

aanleiding om onmiddellijk nader onderzoek naar de bult te doen. In de brief is immers vermeld dat bij persisterende pijnklachten aan de knie een MRI kon worden overwogen. Omdat uit telefonisch contact met klaagster in de periode daarna bleek dat de pijnklachten afnamen en verdwenen, was er geen reden alsnog een MRI van de knie te laten maken.

Omdat het college van oordeel is dat beklagde niet kan worden verweten dat hij onvoldoende aandacht heeft besteed aan de bult op de rechterknie van klaagster, zijn de klachtonderdelen één, twee en zes ongegrond.

5.3

De klachtonderdelen drie en acht zien op het stellen van de diagnose door beklagde. Om die reden zal het college die klachtonderdelen gezamenlijk behandelen.

Beklaagde heeft tegen deze klachtonderdelen naar voren gebracht dat hij zijn diagnose heeft gebaseerd op de klinische en expliciete histologische diagnose. Daarbij is de diagnose lymfoom met zekerheid verworpen en is de diagnose kleincellig ongedifferentieerd carcinoom met neuro-endocriene kenmerken gesteld. Beklaagde stelt verder dat er nader onderzoek is gedaan waarbij de bron van de tumor niet werd gevonden. Omdat het histologische beeld duidelijk was, heeft hij het niet nodig geacht een PET-scan te laten doen. Beklaagde heeft op grond van de hiervoor genoemde omstandigheden niet getwijfeld aan de gestelde diagnose. Ook de second opinion in het D in 2016 leidde niet tot een andere diagnose.

Het college stelt vast dat beklagde op basis van de bij hem bekende feiten en onderzoeksresultaten weliswaar tot een onjuiste diagnose is gekomen, maar dat de wijze waarop hij tot die conclusie is gekomen de tuchtrechtelijke toets kan doorstaan en daarom niet verwijtbaar is. Beklaagde heeft voldoende onderzoek verricht en op basis van de daaruit verkregen informatie kon hij de conclusie trekken dat sprake was van kleincellig ongedifferentieerd carcinoom. Bovendien werd zijn diagnose bevestigd door het onderzoek van een internist en een patholoog in het D. Voor beklagde was er dan ook geen aanleiding te twijfelen aan de juistheid van de door hem gestelde diagnose. Dat beklagde na de differentiaal diagnose geen definitieve diagnose heeft gesteld, is niet juist. De diagnose kleincellig ongedifferentieerd carcinoom was immers zijn definitieve diagnose. Dat daarbij niet de primaire bron van de kanker is gevonden, betekent niet dat het geen definitieve diagnose was. Beklaagde heeft naar het oordeel van het college ook voldoende toegelicht waarom hij een PET-scan, waarmee de primaire bron mogelijk alsnog gevonden zou kunnen worden, niet nodig heeft gevonden. Het college oordeelt daarom dat de klachtonderdelen drie en acht ongegrond zijn.

5.4

Naar aanleiding van de klacht van klaagster dat zij ten onrechte een aantal weken antibiotica heeft ingenomen, omdat beklagde geen onderzoek door een dermatoloog heeft geïnitieerd, overweegt het college het volgende. Beklaagde heeft aangevoerd dat hij een pral gespannen been met inflammatoir oedeem zag bij klaagster. Door het massale oedeem en de door de chemotherapie te verwachten grotere infectiegevoeligheid, werd de inschatting gemaakt dat er een groot risico was op een ernstige huidinfectie. Om die reden is gestart met antibiotische profylaxe.

Naar het oordeel van het college had beklagde op grond van het beeld van klaagsters been goede redenen om ter voorkoming van een ernstige huidinfectie tijdens de chemotherapie preventief antibiotica voor te schrijven. De stelling dat beklagde klaagster had moeten doorverwijzen naar een dermatoloog voor nader onderzoek volgt het college

niet. De huidproblemen aan het been van klaagster werden namelijk niet veroorzaakt door kanker van de beenhuid, maar door het massale oedeem. Klachtonderdeel vier is daarom ongegrond.

5.5

Klaagster verwijt beklagde verder dat hij geen therapie heeft ingezet voor het extreem dikke rechterdijbeen van klaagster. Het college volgt klaagster hierin niet. De therapie die beklagde heeft ingezet was de behandeling van de kanker door middel van chemotherapie. De verwachting was dat het effect daarvan zou zijn dat de beknelling van de bloed- en lymfevaten in het been door de lymfeklieruitzaaiingen, die het oedeem veroorzaakte, zou worden verholpen en dat daarmee ook de vochtafvoer in het been weer op gang zou komen. Het college oordeelt dat die behandeling past bij het verhelpen van een door kanker veroorzaakte beknelling van de bloed- en lymfevaten in het been door de lymfeklieruitzaaiingen met oedeem als gevolg. Het toepassen van een oedeembehandeling zonder de oorzaak van de voctophoging weg te nemen, is niet zinvol. Dat verklaart ook dat de oedeembehandeling in het K vervolgens wel effectief was. Dit moet in de eerste plaats het gevolg zijn geweest van de kankerbehandeling in het K die, anders dan de door beklagde ingezette kankerbehandeling, wel succesvol was en de beknelling van de lymfeklieren ophief. Klachtonderdeel vijf is daarom ongegrond.

5.6

Ten aanzien van de klachten over onnodige chemobehandelingen en de vertraging in de toepassing van de behandeling bij het K, overweegt het college het volgende. Wanneer wordt vastgesteld, zoals in deze zaak, dat beklagde geen verwijt kan worden gemaakt van het feit dat hij een onjuiste diagnose heeft gesteld, kunnen ook de gevolgen daarvan niet aan beklagde worden toegerekend. Dit zou slechts anders kunnen zijn als de ingezette behandeling niet passend is voor de gestelde (onjuiste) diagnose. Die situatie doet zich hier niet voor. De door beklagde ingezette chemobehandeling was de geëigende therapie voor de behandeling van kleincellig ongedifferentieerd carcinoom. Overigens merkt het college op dat ten tijde van de behandeling bij beklagde de door hem ingezette chemobehandeling ook de geëigende therapie was in geval van Merkel-celcarcinoom. De later bij het K toegepaste therapie was op dat moment nog niet beschikbaar. De klachtonderdelen zeven en tien zijn ongegrond.

5.7

Klaagster klaagt tot slot over het feit dat beklagde in zijn verslag van 14 februari 2017 heeft genoteerd dat klaagster in goede conditie is ontslagen, terwijl zij te lage trombocyten had. Het college stelt vast dat in de brief van 14 februari 2017 niet alleen staat vermeld dat zij in goede klinische conditie is ontslagen, maar ook dat haar trombocyten nog te laag zijn om de op 15 februari 2017 geplande volgende chemokuur te ondergaan. Dat de trombocyten te laag zijn om een ingeplande chemokuur te ondergaan betekent niet dat klaagster niet in goede klinische conditie was. De vaststelling dat klaagster in goede klinische conditie verkeerde betekent niet meer dan dat haar toestand goed genoeg was om verantwoord de beslissing te nemen haar naar huis te laten gaan. Van een tegenstrijdigheid in de brief is dan ook geen sprake. Om die reden is klachtonderdeel negen ongegrond.

5.8

De conclusie van het voorgaande is dat alle klachtonderdelen ongegrond zijn en dat als volgt dient te worden beslist.

6. DE BESLISSING

Het college verklaart de klacht ongegrond.

Aldus gegeven door P.E.M. Messer-Dinnissen, voorzitter, W.J.B. Cornelissen, lid-jurist, M.D. Klein Leugemors, R.J. Wolters en J.W.B. de Groot, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van J.W. Sijstra-Meijer, secretaris.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als

- het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard of

- als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

c. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.