

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2022/4000

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 13 januari 2023 naar aanleiding van de op 7 maart 2022 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te W,

**B**, wonende te W,

**C**, wonende te V

bijgestaan door mr. A.C.H. Jansen, advocaat te Wijchen,

**k l a g e r s**

-tegen-

**D**, internist, (destijds) werkzaam te Y,

bijgestaan door mr. D. Zwartjens, advocaat te Leiden,

**b e k l a a g d e**

#### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 10 en 11 november 2022. A en B zijn in persoon verschenen, bijgestaan door hun advocaat. C is niet in persoon verschenen. Beklaagde is in persoon verschenen, bijgestaan door haar advocaat.

Op de openbare zitting van 10 en 11 november 2022 zijn de samenhangende zaken met registratienummers Z2022/3994, 3996, 3997, 3999, 4000, 4001, 4002, 4003, 4004, 4005, 4006 en 4189 behandeld. In alle zaken wordt gelijktijdig uitspraak gedaan.

#### 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.

Patiënt is geboren in 1952 en overleden op 11 september 2019. Klagers zijn de echtgenote en dochters van patiënt. Patiënt had een uitgebreide voorgeschiedenis op het gebied van hart- en vaatziekten. In 2015 werd een rectumcarcinoom vastgesteld met twee levermetastasen. Patiënt werd hiervoor in het N in Y behandeld. Er werd een dubbelloops stoma aangelegd en hij kreeg neo-adjuvante chemotherapie (capecitabine, oxaliplatin + bevacizumab). Patiënt ondervond veel bijwerkingen van de chemotherapie. De chemotherapie leidde niet tot een duidelijke afname van de tumor en de uitzaaiingen, waarna in april 2016 werd gestart met neo-adjuvante radiotherapie op de rectumtumor. Hierna vond een hemi-hepatectomie links en cholecystectomie plaats en vervolgens in juli 2016 een abdomino-perineale resectie en stomarevisie. Eind juli 2017 werden op een CT-scan drie voor metastasen verdachte longafwijkingen gezien. Patiënt werd besproken in de tumorwerkgroep (hierna: TWG)

van het E van 28 juli 2017, die een follow-up na drie maanden adviseerde. De uitslag en het advies werden op 31 juli 2017 door de chirurg besproken met patiënt. Patiënt liet daarbij weten het moeilijk te vinden om te accepteren dat op dat moment niets gedaan werd omdat hij eerder had begrepen dat chemotherapie werkzamer is als de afwijkingen klein zijn. De chirurg verwees patiënt hiervoor naar de medische oncologie, waar hij op 20 augustus 2017 werd gezien door een arts onder supervisie van beklaagde. In overleg met beklaagde werd als beleid (voor zover relevant) het volgende genoteerd (citaten zijn overgenomen inclusief eventuele tik- en spelfouten):  
*“Nu lage tumorload met alleen longmetastasen, zonder kliniek.*

*Derhalve nu expectatief*

*Evaluatie over 3 maanden (CT) en dan revisie.*

*Op verzoek pt nadien poli oncologie*

*Bericht stomavpk t.a.v. hernia*

*[...]*

*Dan indicatie voor palliatieve therapie?*

*Dan overwegen wat gewenst en haalbaar is?*

*Dan RAS-status op primaire tumor nog te bepalen”*

Op 30 oktober 2017 werd opnieuw een CT-scan gemaakt. Patiënt werd op 10 november 2017 in de TWG besproken. Voor zover van belang werd in het verslag het volgende genoteerd:

**“Conclusie:** *verdenking nieuwe levermetastase en toename bekende pulmonale afwijkingen*

**Advies/Beleid:**

*- Voor alsnog expectatief*

*- Over 3 maanden nieuwe CT”*

De behandelopties werden op 15 november 2017 door de arts besproken met patiënt. Deze noteerde:

*“Zeer uitgebreid met pt en echtgenote gesproken over langzame ziekteprogressie, behandel-evaluatie en intervallen. Akkoord met bovenstaand advies. Wel spannend om 3 maanden te wachten en angst om dan snelle progressie te zien. Uitgebreide overwegingen besproken, ook besproken dat start van behandeling bij sterke wens nu bespreekbaar is, maar niet ons primair advies. Uiteindelijk volledig akkoord en goed gevoel met onderstaand plan.*

**Beleid in overleg met [naam beklaagde]:**

*Herhalen levertesten 4 en 8 weken (ter detectie van snel progressieve levermetastasen) met steeds TC bij mij nadien*

*Herhalen CT over 3 maanden en TWG*

*Poli nadien [naam beklaagde]*

*Dan opnieuw overwegen: start behandeling? Palliatieve systeemtherapie: capecitabine monotherapie of Capox.”*

Een volgende CT-scan werd gemaakt op 29 januari 2018 en door beklaagde op 31 januari 2018 met patiënt besproken. De afwijkingen in de longen waren ongewijzigd en er waren geen aanwijzingen voor metastasen in de lever. Besproken werd dat er geen zekere metastasering in de lever was en dat er geen behandelindicatie was. Een nieuwe CT-scan zou volgen na vier maanden en er zou geen lab tussendoor worden gedaan. De volgende CT-scan (eind mei 2018) liet een minimale toename van de longuitzaaiingen zien. Beklaagde concludeerde dat in feite sprake was van stabiele ziekte en dat er op dat moment geen behandelindicatie was. Zij stelde een nieuwe CT-scan voor na zes maanden, maar dat duurde voor patiënt te lang, waarna de volgende CT-scan werd gepland na vier maanden.

Op 5 oktober 2018 werd opnieuw een CT-scan gemaakt. Daarop was een langzame toename van de pulmonale laesies te zien. Beklaagde besprak deze uitslag telefonisch met patiënt. Als beleid noteerde zij een nieuwe CT-scan na vier maanden. Deze begin februari 2019 gemaakte CT-scan liet een *“langzame groei van de pulmonale laesies”* zien en een *“lytische lesie os ischium links”*.

Beklaagde besprak de uitkomst van deze scan op 11 februari 2019 met patiënt. Deze vertelde dat het redelijk ging, maar dat hij pijnklachten had links in de bil/rug.

Beklaagde noteerde als beleid:

*“P/Bespreking/beleid:*

*Verwijzing voor palliatieve radiotherapie op het os ischium links.*

*Bestraling op longmetastasen nu niet meer zinvol; nu nog te weinig ziektelood voor start systeembehandeling”*

Patiënt werd op 15 februari 2019 eenmalig palliatief bestraald.

Beeldvorming rond medio juni 2019 liet een nieuwe laesie in het corpus van L1 zien en progressie van de longlaesies. Ook was een lytische laesie in het os ilium links zichtbaar. Corpus L1 en het os ilium links werden van 21 juni tot en met 28 juni 2019 bestraald.

Op 4 juli 2019 had de huisarts telefonisch overleg met een arts-assistent. De huisarts vertelde dat patiënt ontevreden was over hoe een en ander liep, dat patiënt steeds langer op een afspraak moesten wachten dan was afgesproken en dat patiënt veel pijn had en een slechte intake.

De poli-afspraak werd vervroegd van 11 juli 2019 naar 8 juli 2019. Tijdens deze afspraak werd uitgebreid gesproken over pijnbestrijding, waarbij ook telefonisch overleg met het pijnteam plaatsvond. Ook werd gesproken over anti-tumor behandeling. Genoteerd werd dat vanwege de eerdere bijwerkingen van capox nu werd gekozen voor folfox in een dosering van 50% en in eerste instantie zonder bevacizumab. De kuur zou worden ingezet ongeveer drie weken na de laatste bestraling.

Op 13 juli 2019 werd patiënt via de SEH opgenomen op de afdeling medische oncologie wegens fecaal braken en uitblijven van stomaproductie. De werkdiagnose was dat het uitblijven van de stomaproductie werd veroorzaakt door het ophogen van opiaten. Differentiaal diagnostisch werd gedacht aan de mogelijkheid van een mechanische obstructie. Na toediening van laxantia via de stoma kwam de stomaproductie op gang. Patiënt werd op 14 juli 2019 uit het ziekenhuis ontslagen. De volgende dag werd patiënt opnieuw opgenomen met klachten van misselijkheid en braken. Er werd een MRI van de hersenen gemaakt, waarop twee kleine laesies zichtbaar waren. Niet zeker was of dit de misselijkheid en het braken kon verklaren. Er werd op proef dexamethason gestart. De misselijkheid en het braken namen niet af. Op een CT-scan van 18 juli 2019 werd een beklemde darmlis in een breukpoort en progressie van ziekte gezien. Vanwege het ontstaan van zeer veel minuscule longlaesies werd nog gedacht aan een beeld passend bij een primair longcarcinoom. Ook was er toename van de ossale metastasering. De uitslag van de CT-scan werd door een arts-assistent met patiënt en familie besproken.

Patiënt werd op 22 juli 2019 besproken in de TWG (neuro-oncologie). Het advies van de TWG was stereotactische radiotherapie op de hersenmetastasen na opknappen. Beklaagde sprak patiënt, zijn partner en twee dochters op 22 juli 2019. Patiënt besprak de mogelijkheden van euthanasie en vroeg om duidelijkheid over wat hem te wachten stond en wat hij eventueel niet meer kon doen. Afgesproken werd twee dagen later opnieuw een gesprek te hebben, in aanwezigheid van de huisarts. Tijdens dit gesprek op 24 juli 2019 werd uitgebreid besproken dat er mogelijk naast het

rectumcarcinoom ook een primair longcarcinoom bestond. Om zekerheid te krijgen zou een biopt moeten worden verricht waarna pathologisch onderzoek zou kunnen worden gedaan. De familie benoemde ook onvrede over de opname. Patiënt werd op 26 juli 2019 uit het ziekenhuis ontslagen.

Op 7 augustus 2019 werd patiënt opnieuw opgenomen via de SEH wegens het uitblijven van stomaproductie. Deze opname duurde tot 14 augustus 2019. Het biopt werd tijdens deze opname verricht. Pathologisch onderzoek wees op een tweede primaire tumor maar er was onvoldoende materiaal voor een definitieve conclusie. De conclusie werd op

12 augustus 2019 door de zaalarts met patiënt en familie besproken.

Patiënt was van 19 tot 21 augustus 2019 opnieuw opgenomen. Op 19 augustus 2019 sprak de zaalarts met patiënt en familie. De familie benoemde onvrede. Patiënt en partner vroegen zich ook af wie bij een te plannen gesprek aanwezig zou zijn aangezien beklagde op vakantie was en zij een negatieve ervaring hadden na een eerder gesprek met de fellow. De familie gaf aan het gesprek met de dienstdoende superviserend oncoloog te willen.

In de middag van 19 augustus 2019 was er opnieuw een familiegesprek met de zaalarts, nu in aanwezigheid van een internist-oncoloog. Besproken werd dat de pathologie uitslag van het tweede biopt nog niet helemaal bekend was maar dat wel duidelijk was dat er sprake was van een agressieve tumor met veel doorgemaakte mutaties en dat er geen behandelopties waren. Besproken werd om in te zetten op symptoomverlichting en met de huisarts te kijken wat hiervoor thuis mogelijk was. De afspraken in het ziekenhuis werden geannuleerd.

Beklaagde heeft vanaf 26 augustus 2019 niet meer in het ziekenhuis gewerkt en is niet meer betrokken geweest bij de behandeling van patiënt.

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

Klagers stellen zich op het standpunt dat beklagde bij de behandeling van patiënt ernstig tekort is geschoten. Zij verzoeken om een integrale beoordeling van het handelen van beklagde en formuleren ook concrete klachtonderdelen. Deze klachtonderdelen luiden als volgt:

3. beklagde heeft zich voorgedaan als internist-oncoloog en in die vermeende hoedanigheid patiënt behandeld, terwijl zij in ieder geval vanaf 28 maart 2017 tot na 6 februari 2018 (en mogelijk langer) niet in het specialistenregister stond ingeschreven.

Ook heeft zij patiënt behandeld in de periode van 6 januari 2018 tot 13 april 2018 waarin zij niet als arts ingeschreven stond in het BIG-register;

4. bij patiënt is ten onrechte te lang een expectatief beleid gevoerd en de controles door middel van CT-scan hebben te weinig frequent plaatsgevonden om een adequate monitoring en bijstelling van beleid mogelijk te maken;

6. de voorgestelde therapie, waar patiënt niet meer aan toe is gekomen, was inadequaat;

9. beklagde is voorbijgegaan aan de duidelijke behandelwens van patiënt, waardoor hij geen kans heeft gehad om gunstig op een behandeling te reageren;

13. de communicatie met beklagde is zeer gebrekkig geweest.

Tot slot verzoeken klagers beklagde te veroordelen in de proceskosten.

### 4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklaagde voert – zakelijk weergegeven en op gronden genoemd in het verweerschrift en op de zitting – aan dat zij heeft gehandeld zoals dat van haar als redelijk bekwaam handelend internist-oncoloog mocht worden verwacht.

### 5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

#### 5.1

## Het toetsingskader

Alvorens in te gaan op de afzonderlijke klachtonderdelen, zal het college ingaan op de voor de beoordeling geldende toetsingskaders.

### 5.1.1

#### *Algemene norm: redelijk handelend internist-oncoloog*

Het college moet beoordelen of beklagde met inachtneming van de geldende beroepsnormen de zorg heeft verleend die van haar mocht worden verwacht. De norm daarvoor is 'de redelijk bekwaam handelende' internist-oncoloog. In deze en samenhangende zaken is uitvoerig gediscussieerd over de vraag welke oncologische zorg de patiënt had moeten worden verleend. Klagers hebben daarbij veelal verwezen naar het oordeel van een door hen ingeschakelde deskundige.

Het is het college bekend dat er verschillen in inzicht tussen de ziekenhuizen en internist-oncologen kunnen bestaan over welke therapie in bepaalde gevallen de voorkeur verdient, waarbij niet één bepaalde behandeling of therapie als exclusief juist kan worden aangemerkt. In dergelijke situaties gaat het er om of de keuze die beklagde heeft gemaakt in het licht van alle relevante factoren – waaronder de wensen van de patiënt en overwegingen met betrekking tot de kwaliteit van leven - verdedigbaar is, ook als daarbij is afgeweken van professionele richtlijnen.

Het college heeft bij zijn oordeel over de klachtonderdelen rekening gehouden met het gegeven dat elke patiënt met kanker een op hem of haar toegesneden behandeling vergt. Daarbij spelen meerdere factoren een rol, zoals het type tumor, de uitgebreidheid van de metastasering, de mate en het tempo waarin en de wijze waarop de kanker zich heeft ontwikkeld, het effect van de voorgaande behandelingen, de leeftijd en conditie van de patiënt en - niet in de laatste plaats - de wensen van de patiënt.

### 5.1.2

#### *Oordeel naar het moment van handelen*

Het college beoordeelt de door beklagde verleende zorg naar het moment van handelen. Wetenschap achteraf hoe de ziekte zich feitelijk heeft ontwikkeld en hoe het de patiënt verder is vergaan, wordt bij het tuchtrechtelijke oordeel in beginsel buiten beschouwing gelaten.

Het buiten beschouwing laten van 'wetenschap achteraf' heeft onder andere te maken met het feit dat het verloop van een ziekte soms moeilijk te voorspellen is. Het inschatten van levensverwachtingen mét en zonder behandeling is bijvoorbeeld gebaseerd op statistische gemiddelden. Het verloop van de ziekte en de overlevingskansen zullen voor elke individuele patiënt kunnen afwijken van statistische gemiddelden. Als meerdere therapieën op elkaar volgen, kunnen de daarvan te verwachten kansen op een langere overleving niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld.

### 5.1.3

#### *Regiebehandelaar*

Beklaagde is in veel gevallen opgetreden als regiebehandelaar (bij de bespreking van de klachten in de stukken en ter zitting ook wel hoofdbehandelaar genoemd). Zij kan ook in haar rol als regiebehandelaar tuchtrechtelijk worden aangesproken. De taak van de regiebehandelaar is erop toe te zien dat de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet, dat er een adequate informatie-uitwisseling en overleg is tussen de bij de behandeling betrokken zorgverleners en dat er één aanspreekpunt is voor de patiënt en diens naaste betrekkingen voor het beantwoorden van vragen (ECLI:NL:TGZCTG:2021:36,

Uitspraak van 29 januari 2021 van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag).

De rol van de regiebehandelaar gaat dus niet zo ver dat deze in die rol aangesproken kan worden op zelfstandig handelen of nalaten van bijvoorbeeld collega-artsen, zoals de radioloog, de chirurg of collega-internist-oncologen die bij de behandeling waren betrokken. Ook in haar rol als regiebehandelaar wordt beklagde dus beoordeeld op haar eigen handelen.

#### 5.1.4

##### *Individuele toets*

Beklaagde werd ter zitting verweten dat zij zich met haar verweer zou willen “verschuilen” achter anderen. Het college merkt daarover op dat het vanwege de individuele aanspreekbaarheid in het tuchtrecht van belang is nauwkeurig vast te stellen wie waar verantwoordelijk voor was, zodat beklagde van haar uitleg op dat punt redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.

#### 5.1.5

##### *Concrete klachten*

Het college merkt op dat het geen acht zal slaan op het verzoek van klagers om “het medisch handelen” van beklagde integraal te beoordelen. Een dergelijke toets is te algemeen van aard, nu in het tuchtrecht klachten voldoende concreet omschreven moeten zijn en onderbouwd moet worden op welk handelen of nalaten van de arts de klacht precies betrekking heeft.

#### 5.1.6

##### *Het dossier*

Daar waar de standpunten van partijen uiteenlopen, zal in beginsel worden uitgegaan van de juistheid van de dossieraantekeningen. Waar het woord van de ene partij tegenover dat van de andere staat, geldt het volgende. Als uit andere bronnen geen steun voor het ene of andere standpunt gevonden kan worden, zal het college de feiten niet met voldoende mate van zekerheid kunnen vaststellen. Dit zal in die gevallen leiden tot ongegrondverklaring van het desbetreffende klachtonderdeel. Wat betreft de dossiervorming geldt de maatstaf van artikel 7:454, eerste lid, van het Burgerlijk Wetboek (BW). Dit houdt onder meer in dat de zorgverlener in het patiëntendossier aantekening houdt van de gegevens over de gezondheid van de patiënt en de uitgevoerde verrichtingen. Ook andere gegevens worden daarin opgenomen, voor zover dit voor een goede hulpverlening aan de patiënt noodzakelijk is.

Waar klachten over de dossiervoering niet of onvoldoende zijn geconcretiseerd, zal het college de klacht in zoverre ongegrond verklaren.

#### 5.1.7

##### *De communicatie*

Als basis voor de communicatie met patiënten zal het college artikel 7:448 BW hanteren. Deze bepaling houdt in dat de zorgverlener de patiënt inlicht op duidelijke wijze en passend bij zijn bevattingsvermogen. Ook moet tijdig overleg plaatsvinden met de patiënt over het voorgenomen onderzoek, de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen in het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. De zorgverlener laat zich hierbij leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijze moet weten over:

5.1 de aard en het doel van het voorgenomen onderzoek, de voorgestelde behandeling of de uit te voeren verrichtingen;

5.2 de te verwachten gevolgen en risico's voor de gezondheid van de patiënt bij het voorgenomen onderzoek, de voorgestelde behandeling, de uit te voeren verrichtingen en bij niet behandeling;

5.3 andere mogelijke methoden van onderzoek en behandelingen al dan niet uitgevoerd door andere hulpverleners;

5.4 de staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid voor wat betreft het terrein van de mogelijke methoden van onderzoek of behandelingen;

5.5 de termijn waarop de mogelijke methoden van onderzoek of behandelingen kunnen worden uitgevoerd en de verwachte tijdsduur ervan.

De zorgverlener stelt zich tijdens het overleg op de hoogte van de situatie en behoeften van de patiënt, nodigt de patiënt uit om vragen te stellen en verstrekt desgevraagd schriftelijk of elektronisch informatie.

Ook wat betreft de communicatie geldt dat klachten moeten zijn geconcretiseerd en onderbouwd. Waar dat niet of onvoldoende het geval is, zal het college de klacht in zoverre ongegrond verklaren.

5.1.8

#### *De formulering van de klachten*

Bij de behandeling van de zaken ter zitting is meermalen de vraag gerezen of klagers zelf hun klachten hebben geformuleerd of dat deze feitelijk door anderen waren ingegeven (zoals de gemachtigde van beklaagde het stelde: door de voormalige werkgever van beklaagde). Sommige klagers hebben ter zitting hun klacht(en) in eigen bewoordingen anders weergegeven dan hoe ze in het klaagschrift zijn neergelegd. Het college merkt hierover op dat deze kwestie van geen belang is. De eigen weergave van de verwijten door deze klagers valt binnen de reikwijdte van de geformuleerde klachtonderdelen, waar klagers naar eigen zeggen ook achter staan. Bij de beoordeling van de klachten worden de verwijten zoals ze zijn omschreven in de klaagschriften als uitgangspunt genomen.

5.1.9

#### *Het functioneren van beklaagde*

Het college benadrukt dat de geschiktheid van beklaagde tot het uitoefenen van haar beroep niet ter beoordeling voorligt. Het gaat hier namelijk niet om een beoordeling van een voordracht als bedoeld in artikel 79 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). In de individuele zaken kan alleen het handelen van beklaagde worden beoordeeld in die individuele gevallen, waarbij de concrete klachtonderdelen als uitgangspunt worden genomen. Algemene zaken die herhaaldelijk naar voren zijn gebracht tijdens de behandeling ter zitting, maar niet als klachtonderdeel naar voren zijn gebracht kunnen door het college niet bij de beoordeling worden betrokken. Als voorbeeld noemt het college het herhaaldelijk benoemen van de 10.000 ongelezen "in basket" berichten. Dit is in geen van de zaken als verwijt naar voren gebracht en evenmin voorzien van een concrete onderbouwing in deze specifieke zaak.

5.2

### **Beoordeling afzonderlijke klachtonderdelen**

Het college zal nu overgaan tot het bespreken van de afzonderlijke klachtonderdelen.

5.2.1

#### *De registratie in specialistenregister en BIG-register*

Beklaagde was van 28 mei 2017 tot 8 januari 2018 niet geregistreerd in het specialistenregister als internist. Ze was in die periode wel BIG-geregistreerd als arts. Van 8 januari 2018 tot 6 februari 2018 was beklaagde niet BIG-geregistreerd als arts, ook was zij niet geregistreerd als internist in het specialistenregister. Op 6 februari

2018 was ze weer geregistreerd in het specialistenregister. Vanaf 13 april 2018 was ze ook weer BIG-geregistreerd.

De behandelrelatie tussen beklagde en patiënt duurde van augustus 2017 tot augustus 2019. Dit betekent dat beklagde gedurende een deel van de behandelrelatie niet geregistreerd was in het specialistenregister. Ook was beklagde gedurende een overlappende periode evenmin BIG-geregistreerd. Tijdens deze perioden heeft beklagde handelingen verricht die aan artsen zijn voorbehouden en zich geafficheerd als internist-oncoloog. Hiervoor geldt het navolgende.

Niet ingeschreven in specialistenregister

In artikel 17 lid 1 van de Wet BIG is bepaald dat het recht om een specialistentitel te voeren is voorbehouden aan degenen die zijn ingeschreven in het desbetreffende erkende specialistenregister. Klaagster verwijt beklagde terecht dat zij de titel internist-oncoloog voerde gedurende het deel van de behandelrelatie waarin zij niet als zodanig was ingeschreven in het specialistenregister. Zij handelde hiermee strikt genomen in strijd met artikel 17 lid 1 en 2 van de Wet BIG. Zij was echter wel als arts ingeschreven in het BIG-register en – indien bekwaam – bevoegd om de medische handelingen op het gebied van interne geneeskunde en oncologie te verrichten. Het college is van oordeel dat niet gebleken is dat beklagde hiertoe niet bekwaam was. Ze is als internist-oncoloog opgeleid, was ook als zodanig ingeschreven totdat de inschrijving verliep en heeft die inschrijving enkele maanden later weer doen hervatten. Ook verder zijn er geen omstandigheden gebleken die de conclusie rechtvaardigen dat beklagde niet bekwaam zou zijn geweest. Een en ander maakt dat, hoewel beklagde niet juist heeft gehandeld door enige tijd de specialistentitel te voeren zonder ingeschreven te staan in het specialistenregister, het te ver voert om haar hiervoor een tuchtrechtelijk verwijt te maken. Het verweten handelen is daarvoor – gelet op de korte duur van de omissie en het feit dat er geen twijfels bestaan over de bekwaam- en (dus) bevoegdheid van beklagde om als internist medische handelingen te verrichten – van onvoldoende gewicht.

Niet ingeschreven in BIG-register

Het BIG-register is door de minister ingesteld op grond van artikel 3 van de Wet BIG. Deze wet kent een stelsel van titelbescherming voor bepaalde beroepen, waaronder dat van arts. Alleen degenen die in het register van artsen van het BIG-register staan ingeschreven mogen die titel voeren en daarmee zelfstandig de werkzaamheden van een arts uitvoeren. Zij zijn dan onderworpen aan de tuchtrechtspraak. Beklagde heeft haar BIG-registratie laten verlopen op 8 januari 2018, maar is in de periode hierna wel onverminderd blijven handelen als arts, waaronder als behandelend arts van de patiënt in de onderhavige zaak. Hiertoe was zij in de periode waarin zij niet langer BIG-geregistreerd was niet bevoegd. Daarnaast heeft beklagde zich door haar inschrijving te laten verlopen onttrokken aan het tuchtrecht, terwijl zij wel handelingen is blijven verrichten die naar hun aard tuchtrechtelijk getoetst moeten kunnen worden. Het college rekent het beklagde aan dat zij het voorgaande heeft laten gebeuren. Wat de achtergrond van deze kwestie is geweest, is niet duidelijk nu beklagde hierin geen inzicht heeft willen verschaffen. Een en ander maakt dat het handelen als hierboven beschreven onverkort verwijtbaar is. Het klachtonderdeel 1 is in zoverre gegrond.

5.2.2

*Duur van het expectatieve beleid/monitoring door middel van CT/behandelwens patiënt*

Het college zal de klachtonderdelen 2 en 4 gezamenlijk beoordelen.



De TWG adviseerde op 10 november 2017 een expectatief beleid. Dit beleid is door de arts-assistent die patiënt op 15 november 2017 sprak, geadviseerd en uitgebreid besproken. Toen beklaagde patiënt op 31 januari 2018 sprak, waren de afwijkingen in de longen ongewijzigd en waren er geen aanwijzingen voor metastasen in de lever. Een behandelindicatie met systeemtherapie was er op dat moment niet en het plannen van een CT-scan na vier maanden was niet onzorgvuldig. In de periode daarna was de progressie van ziekte zeer gering en was er geen indicatie voor het starten van systeemtherapie. De frequentie van de CT-scans (eens per vier maanden) was ook niet onzorgvuldig. Begin februari 2019 veranderde de situatie echter. Op de CT-scan was weer een (langzame) groei van de afwijkingen in de long zichtbaar maar ook een afwijking aan het os ischium. De TWG gaf het starten van palliatieve systeemtherapie in overweging. Bij het daaropvolgende consult op 11 februari 2019 meldde patiënt ook pijn in de bil en de rug. Er was dus duidelijke progressie van ziekte met ossale metastasering én klachten bij een patiënt met een sterke behandelwens. Op dat moment had beklaagde niet mogen volstaan met een verwijzing voor radiotherapie. In plaats daarvan had beklaagde de optie van palliatieve systeemtherapie na afronding van de bestraling uitdrukkelijk in overweging moeten nemen, met patiënt moeten bespreken (en noteren) óf de situatie van patiënt na de bestraling actiever moeten monitoren. Beklaagde handelde te afwachtend, door nieuwe beeldvorming pas medio juni 2019 te laten plaatsvinden en pas in juli 2019 anti-tumor behandeling te bespreken.

Uit het voorgaande volgt dat de klachtonderdelen 2 en 4 gegrond zijn.

### 5.2.3

#### *De voorgestelde therapie*

Het achterwege laten van bevacizumab was verdedigbaar met het oog op de cardiale voorgeschiedenis. Patiënt had bij de eerdere behandeling met capecitabine en oxaliplatin (+ bevacizumab) last gehad van algehele malaise en heftige diarree. Dit was voor beklaagde aanleiding in te zetten op een behandeling met 5-fluorouracil en oxaliplatin (zonder bevacizumab) in een dosering van 50%. De keuze voor deze combinatie was niet onzorgvuldig. Gezien de eerdere bijwerkingen geldt dat ook voor de keuze voor een dosisreductie. Wel zou van een dosering van 50% onvoldoende effect kunnen worden verwacht. Het college neemt echter aan dat de dosering na de eerste kuur zou worden verhoogd als deze goed werd verdragen, aangezien dat voor de hand ligt bij een voorzichtige start met een lage dosering. Het handelen van beklaagde blijft hiermee binnen de norm.

Klachtonderdeel 3 is ongegrond.

### 5.2.4

#### *De communicatie*

Deze klacht wordt in het klaagschrift alleen onderbouwd met een verwijzing naar het medisch dossier waaruit zou volgen dat patiënt meerdere keren heeft aangegeven ontevreden te zijn over de communicatie met beklaagde. Ook zou de huisarts bevestigd hebben dat er slechte communicatie was tussen beklaagde en patiënt. Uit het dossier blijkt inderdaad onvrede aan de zijde van patiënt en klagers. Ook heeft de huisarts op

4 juli 2019 laten weten dat patiënt ontevreden was over hoe een en ander verliep. Uit wat in het dossier (ook door andere zorgverleners) is genoteerd, blijkt echter niet dat de onvrede betrekking had op de communicatie door beklaagde. De notities wijzen veeleer op een algemene onvrede over het ziekenhuis. Nu verder onvoldoende geconcretiseerd is op welke momenten beklaagde beter had moeten communiceren, zal klachtonderdeel

5 ongegrond worden verklaard.

5.3

### **Slotsom en maatregel**

Uit het voorgaande volgt dat de klachtonderdelen 1, 2 en 4 gegrond zijn en de klachtonderdelen 3 en 5 ongegrond. Voor het handelen dat aan de orde is gesteld in klachtonderdeel 1 is in de zaak met zaaknummer Z2022/3999 al de maatregel van waarschuwing opgelegd. Daarom zal het college dit handelen niet meewegen bij het bepalen van de maatregel in de onderhavige zaak. Het college overweegt ten aanzien van de in verband met de gegronde klachtonderdelen op te leggen maatregel verder het volgende.

Klagers hebben verzocht om oplegging van een maatregel waarmee verzekerd wordt dat beklaagde niet langer als internist-oncoloog werkzaam mag zijn. Een dergelijke maatregel wordt alleen opgelegd bij zeer ernstige normoverschrijdingen en in gevallen waarin wordt geoordeeld dat het belang van de individuele gezondheidszorg, in het bijzonder de veiligheid van patiënten, dat vordert. De overtreden normen in deze casus rechtvaardigen een dergelijke maatregel niet.

Ook de omstandigheid dat gelijktijdig twaalf tuchtklachten tegen beklaagde zijn ingediend betekent niet dat alleen al daarom moet worden geconcludeerd dat beklaagde een risico vormt voor de individuele gezondheidszorg. In dit geval is van belang dat de twaalf klachten een unieke voorgeschiedenis kennen. Daarbij komt dat de verwijten die gegrond zijn verklaard in de twaalf zaken niet de conclusie rechtvaardigen dat beklaagde niet langer werkzaam mag zijn als internist-oncoloog. Het college heeft namelijk niet kunnen vaststellen dat er sprake is van een patroon van dusdanig ernstig onzorgvuldig handelen dat voortzetting van de beroepsuitoefening door beklaagde niet langer verantwoord zou zijn.

Uit het voorgaande volgt dat het college bij de beoordeling van de vraag welke maatregel moet worden opgelegd telkens (alleen) de ernst van het verwijtbaar handelen in de specifieke casus betreft. Het college is voor wat betreft het opleggen van een maatregel van oordeel dat in dit geval met een waarschuwing kan worden volstaan. Beklaagde had eerder een behandeling met systeemtherapie moeten overwegen, zoals hiervoor onder 5.2.2 is besproken. Een waarschuwing is een zakelijke terechtwijzing die de onjuistheid van een handelwijze naar voren brengt, zonder daarop een stempel van laakbaarheid te drukken.

De gemachtigde van klagers heeft op de zitting verzocht om beklaagde te veroordelen in de kosten die klagers in verband met de behandeling van hun zaak heeft moeten maken. Het college is van oordeel dat dit verzoek, dat voor de sluiting van het onderzoek, maar pas ter zitting is gedaan, in behandeling kan worden genomen (vgl. de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege van 14 december 2021, ECLI:NL:TGZCTG:2021:222, onder 4.11). Omdat de klacht van klagers gegrond wordt verklaard en aan beklaagde een maatregel wordt opgelegd, zal het verzoek van klagers om beklaagde te veroordelen tot betaling van deze kosten worden toegewezen. Voor wat betreft de berekening van deze kosten sluit het college aan bij de Oriëntatiepunten kostenveroordeling tuchtcolleges voor de gezondheidszorg[1]. De voor vergoeding in aanmerking komende kosten voor door een derde beroepsmatig verleende juridische bijstand bedragen € 1.194,00 (1 punt voor het klaagschrift + 1 punt voor de zitting bij het college x tarief € 597,00). Voor de regiebespreking zal geen punt worden toegekend. Dit was een bespreking waarin alleen praktische punten zijn besproken en afgestemd. De vergoeding voor de door klagers gemaakte reiskosten bedraagt voor de beide verschenen klagers € 50,00 (in totaal € 100,00).

6. DE BESLISSING

Het college:

Aldus gegeven door P.A.H. Lemaire, voorzitter, J.C.J. Dute, lid-jurist, G.J.M. Akkersdijk, J.W.B. de Groot en C.M.F. Kruijtzter, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van M. Keukenmeester, secretaris.

voorzitter

secretaris

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

6. 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.

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

3. 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.

[1]Gepubliceerd op [www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl](http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl).