

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2022/3999

### 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 Z,

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

**k l a a g s t e r**

-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, waar partijen zijn verschenen, allebei bijgestaan door hun advocaat.

Op de openbare zitting van 10 en 11 november 2022 zijn de zaken tegen beklagde 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.

De klacht betreft de behandeling van C, verder patiënt te noemen. Patiënt is geboren in 1957 en overleden op 7 december 2018. Klaagster is de weduwe van patiënt.

Patiënt was bekend met hypertensie en had in 2011 een CVA doorgemaakt.

Tijdens een coloscopie in het E (hierna: het ziekenhuis) d.d. 2 maart 2016 werd bij patiënt een rectumcarcinoom vastgesteld. Hiervoor vond op 14 april 2016 een low anterior resectie plaats en werd een (tijdelijk) ileostoma aangelegd dat op 15 augustus 2016 werd opgeheven.

Na beeldvorming waaruit uitzaaiingen bleken en een oplopend CEA werd patiënt op 16 juni 2017 besproken in de tumorwerkgroep (hierna: TWG). De conclusie van de TWG was dat er sprake was van lymfogene, pulmonale en hepatogene metastasering. Het voorgestelde beleid was palliatieve systeemtherapie in het kader van de ORCHESTRA-studie.

Chirurg G zag patiënt op 19 juni 2017 samen met een verpleegkundig specialist. Patiënt kreeg informatie over de ORCHESTRA-studie mee en een verwijzing naar medische oncologie werd in gang gezet. Op 21 juni 2017 had patiënt nog telefonisch contact met chirurg H. Deze noteerde (de citaten zijn overgenomen inclusief eventuele tik- en spelfouten):

*“nogmaals uitgelegd Palliatieve systeemtherapie in ORCHESTRA-trial: bij loten voor maximale debulking kan radiotherapie op mediastinum in combinatie met hemi-hepatectomie links. Gesproken over alternatieve behandelingen, en uitgelegd dat eea niet bewezen zinvol is. Gesproken over mediane survival van 22-24 maanden bij systeemtherapie behandeling en dat het essentieel is of hij respondeert op de chemotherapie. Kans op respons 60-70%, kans op progressie 10-20%, rest stabiele ziekte.”*

Op 26 juni 2017 werd patiënt geïnccludeerd in de ORCHESTRA-studie.

Beklaagde gaf op 17 juli 2017 akkoord voor de eerste kuur capecitabine + oxaliplatin en bevacizumab, waarbij de capecitabine werd gedoseerd op 75%[1] vanwege een DPD-deficiëntie.

De eerste kuur werd redelijk goed verdragen en beklagde gaf op 7 augustus 2017 akkoord voor de tweede kuur (weer met dosering capecitabine op 75%).

De tweede kuur werd niet goed verdragen en patiënt werd in de periode na de kuur meerdere keren op de SEH gezien vanwege, kort gezegd, diarree en algehele malaise.

Op 1 september 2017 had beklagde telefonisch contact met patiënt en besprak zij een dosisreductie capecitabine en oxaliplatin in verband met “fikse toxiciteit”.

Na uitstel van de derde kuur werd patiënt op 15 september 2017 gezien door internist-oncoloog I. Patiënt voelde zich weer beter en werd fit bevonden voor de derde kuur met capecitabine en oxaliplatin beide gereduceerd tot 50%.

Een op 15 september 2017 gemaakte CT-scan liet een afname in grootte van de levermetastasen en een geringe afname van de longnodulus zien. Er werden geen nieuwe metastasen gezien. Patiënt werd opnieuw in de TWG besproken. I besprak op 22 september 2017 in een telefonisch contact met patiënt dat er een mooie respons was op chemotherapie en dat patiënt kon worden gerandomiseerd in de ORCHESTRA-studie. Zij noteerde van dit contact ook dat de kuur goed werd verdragen en dat patiënt gewoon aan het werk was.

Op 6 oktober 2017 werd patiënt gezien door arts-assistent J, onder supervisie van internist-oncoloog F. Patiënt was gerandomiseerd in arm A, wat betekende dat zou worden doorgegaan met chemotherapie. Er werd akkoord gegeven voor kuur 4 (dosering capecitabine en oxaliplatin 50%).

Kuur 5 werd vanwege een hoog bilirubine uitgesteld tot na de vakantie van patiënt. Op 17 november 2017 volgde onder supervisie van beklagde akkoord met kuur 5. Deze kuur werd goed verdragen.

Patiënt werd op 8 december 2017 gezien door arts-assistent J (onder supervisie van beklagde). Deze noteerde onder meer dat patiënt wat nekklachten had, waarvoor hij paracetamol had genomen. Er werd akkoord gegeven voor kuur 6.

Op 14 december 2017 had patiënt telefonisch contact met arts-assistent J. Patiënt vertelde al een tijd op en af nekklachten te hebben met onvoldoende reactie op paracetamol. In overleg met beklagde werd geadviseerd viermaal daags 1000 mg paracetamol te nemen en zo nodig extra ibuprofen. Ook werd besproken de geplande CT-scan uit te breiden met een CT-hals.

De op 21 december 2017 gemaakte CT-thorax/abdomen liet een afname in grootte van de levermetastasen zien en (verdachte) multipole pulmonale micronoduli.

Patiënt werd op 29 december 2017 gezien door arts-assistent J (onder supervisie van internist-oncoloog I). Patiënt vertelde zich goed te voelen, hij was iets vermoeider dan normaal en had iets tintelingen in de handen. De arts-assistent noteerde dat patiënt nu helemaal geen klachten meer had van de nek. Uit labonderzoek bleek dat het bilirubine weer opliep. Er werd akkoord gegeven voor kuur 7. De CT-hals werd afgebeld.

Beklaagde zag patiënt weer op 22 januari 2018. Patiënt gaf aan zich prima te voelen, met iets vermoeidheid tijdens de behandeling. Er was een iets doof gevoel van de vingertoppen zonder problemen in het dagelijks leven. Ook was er een strakke huid rond de vingers. Beklaagde gaf akkoord voor kuur 8. Na dit consult is de kuur (toch) uitgesteld.

Op 14 februari 2018 zag beklagde patiënt weer. Hij meldde zich goed te voelen maar last te hebben van oorontsteking en wat hoofd- en nekpijn te hebben. Verder was er een lichte polyneuropathie in de vingertoppen. Beklaagde gaf haar akkoord voor de kuur en noteerde verder:

*“besproken: CAIRO 3: stoppen van chemotherapie vs onderhoudsbehandeling. Denkt er over na, neigt naar stoppen.*

*Wil graag second opinion, opteerde voor GG, advies M K. Beslissing na CT.”*

Bij aanvang van de kuur was de bloeddruk 142/106 mmHg die na de kuur opliep tot 164/108 mmHg. In overleg met een collega van beklagde werd de amlodipine verhoogd en patiënt geadviseerd de bloeddruk de volgende week bij de huisarts te laten controleren.

Patiënt had op 17 februari 2018 telefonisch contact met arts-assistent J vanwege een door hem zelf gemeten bloeddruk van 160-170/110 mmHg. Hij vertelde ook sinds de kuur erge hoofdpijn en nekpijn te hebben en dit ook al eerder te hebben gehad. De arts-assistent adviseerde paracetamol viermaal daags twee tabletten, zo nodig met ibuprofen en bij verergering contact op te nemen. Ook stuurde de arts-assistent een “in-basket” bericht naar beklagde.

Op 15 maart 2018 werd een CT-thorax + abdomen en CT-hals verricht. De conclusie was volgens het verslag:

1. *Toename in grootte van de levermetastasen, zie tabel voor target laesies.*
2. *Ongewijzigde pulmonale noduli.*
3. *Geen nieuwe laesies.*
4. *Geen verklaring gevonden voor pijnklachten in de nek.*

Beklaagde besprak de uitslag van de CT en het verdere beleid en noteerde daarvan: *“Stop ORCHESTRA studie.*

*Bespreken op TWG*

*Gesproken over andere behandelingen: CPCT-2 studie uitgelegd en PIF mee.*

*Gesproken over technische mogelijkheden vs zinvol medisch handelen.*

*Voorgelicht over irinotecan (in vogelvlucht)*

*PA: rasmutatie analyse ingezet*

*Second opinion in M. (K)”*

Op 8 april 2018 had patiënt telefonisch contact met collega-internist-oncoloog L. Hij meldde onhoudbare pijn in de nek. Zij adviseerde aanvulling van de pijnmedicatie met naproxen, fentanyl pleister en oxycodon. De casemanager ontving naar aanleiding van dit contact in haar “in-basket” het bericht: *“patient had op 7-4 pijn. Heb pijnmedicatie aangepast. Herstart naproxen, PCM vats; fentanyl en oxynorm en movicolon. Goed gegaan”.*

Patiënt had op 9 april 2018 telefonisch contact met de casemanager. De pijn bleef komen en gaan, waarbij medicatie wel hielp maar de pijn er in golven doorheen brak.

Voorgesteld werd aan het einde van de week telefonisch contact te hebben met beklagde ten aanzien van het medicatiebeleid.

Op 13 april 2018 werd patiënt besproken in de TWG. Deze adviseerde een switch naar tweedelijns chemotherapie.

Patiënt werd op 10 april 2018 gezien op het spreekuur van internist-oncoloog K. Deze schreef in een brief van 12 april 2018 aan de huisarts onder meer:

*“Patiënt werd besproken in het multidisciplinair GIOCA overleg colorectaalcarcinoom. Hier werd vastgesteld dat 1) er inderdaad progressie is van de levermetastasen na aanvankelijke volumeafname, de mediastinale klier niet verdacht is voor een metastase, en 3) er sprake is van zeer vele, kleine longafwijkingen die niet het typische beeld van metastasen hebben maar dat dit uiteraard niet uit te sluiten is. Het feit dat de levermetastasen tijdelijk wel hebben gerespondeerd op de 1e lijns therapie maar de longafwijkingen niet, ondersteunt een benigne oorzaak van de longafwijkingen maar is hier nog steeds geen bewijs voor. Zou er bij patiënt alleen sprake zijn van levermetastasen, dan is nog een lokale, in opzet curatieve, behandeling mogelijk. Pathologische diagnostiek van de longafwijkingen is dus cruciaal voor deze relatief jonge en fitte patiënt, en ons advies is dan ook om 1-2 longafwijkingen te verwijderen voor pathologisch onderzoek.*

*Patiënt heeft ernstige, chronische pijnklachten in de nek waarvoor hij 4 pijnstellers waaronder morfine gebruikt. Fysiotherapie geeft slechts kortdurend verlichting van klachten. Hoewel metastasen niet waarschijnlijk lijken gezien de negatieve bevindingen van een CT scan adviseer ik toch om een MRI CWK te vervaardigen om dit met meer zekerheid uit te sluiten.*

*Patiënt was nog niet geïnformeerd over deelname aan de landelijke registratiestudie PLCRC, ik heb hem schriftelijke informatie overhandigd.*

*Voor verdere behandeling heb ik patiënt terugverwezen, uiteraard blijft hij welkom bij eventuele vragen.”*

Beklaagde en patiënt hadden op 20 april 2018 telefonisch contact naar aanleiding van het bezoek aan internist-oncoloog K. Zij noteerde:

*“Nogmaals onze redenatie uitgelegd dat er nieuw ontstane afwijkingen in de longen zichtbaar waren en een sterk vergrote lymfklier in het mediastinum, en leverafwijkingen, passend bij metastasen. Uitleg dat recidief ziekte, op 3 verschillende plekken niet meer curabel is. Voorstel van K is om een VATS te doen om aan te tonen dat de longafwijkingen niet maligne zijn. Echter, hiermee is niet uitgesloten dat er geen ziekte zit in de longen, alleen maar dat het niet daar zit waar wij nu de afwijkingen zien.*

*Uitgelegd dat de redenatie dat de longafwijkingen niet veranderen onder chemotherapie niet wil zeggen dat het niet maligne is.*

*Patiënt denkt na en ik bel maandag opnieuw*

*Nb leverbiopt afzeggen.”*

Hierna heeft geen behandeling of onderzoek (meer) plaatsgevonden in het ziekenhuis. Verdere behandeling heeft in het M plaatsgevonden.

Patiënt werd op 22 mei 2018 weer gezien door internist-oncoloog K. Een MRI van de nek liet voor uitzaaiingen verdachte afwijkingen zien in de tweede en vierde nekzwervel en de eerste borstzwervel. Na bestraling in het ziekenhuis kreeg patiënt palliatieve chemotherapie. In augustus 2018 bleek progressie in de lever, waarna Lonsurf (trifluridine/tipiracil) werd gegeven. Er volgde nog bestraling van de linkerheup en zwervels L4 t/m S2 op 4 december 2018. Patiënt overleed op 7 december 2018.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster stelt zich op het standpunt dat beklagde bij de behandeling van patiënt ernstig tekort is geschoten. Klaagster verzoekt om een integrale beoordeling van het handelen van beklagde en formuleert ook concrete klachtonderdelen. Deze klachtonderdelen luiden als volgt:

3. voorafgaand aan de start van de eerstelijnsbehandeling voor gemetastaseerde ziekte is ten onrechte niet de RAS- en BRAF-mutatiestatus van de tumor bepaald en ook is niet met de patiënt besproken dat een meer intensieve therapie geïndiceerd was;
  4. beklagde continueerde de oxaliplatin in een driewekelijks schema ten onrechte voor meer dan zes keer;
  6. na de kuren met oxaliplatin is ten onrechte geen onderhoudsbehandeling gegeven met fluoropyrimidine en bevacizumab;
  9. beklagde heeft veel te snel gekozen voor een palliatief behandeltraject, terwijl een curatief traject nog tot de mogelijkheden behoorde;
  13. de (pijn)klachten van patiënt werden niet serieus genomen;
  18. ten onrechte is geen, althans onvoldoende, uitvoering gegeven aan de adviezen uit het M;
  24. beklagde schreef in haar verwijsbrief aan het M dat er sprake was van “langdurige postoperatieve ileus, daardoor niet toegekomen aan adjuvante chemotherapie”;
  31. de communicatie met patiënt en diens familie is zeer ondermaats geweest;
  39. beklagde was in periode 6 januari 2018 tot 13 april 2018 niet als arts ingeschreven in het BIG-register en in het geheel niet ingeschreven in het specialistenregister;
  48. de dossiervorming is ondermaats geweest.
- Tot slot verzoekt klaagster 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. Per klachtonderdeel zal het verweer worden samengevat.

#### 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

##### *RAS- en BRAF-mutatiestatus en indicatie intensieve therapie*

Klaagster meent dat van beklaagde verwacht had mogen worden dat een RAS/BRAF en MMR-status was bepaald.

Beklaagde verweert zich door te stellen dat het bepalen van een dergelijke status pas in september 2017 in de Richtlijn colorectaal carcinoom is opgenomen. Het bepalen van de RAS/BRAF en MMR-status was ook geen relevant criterium voor deelname aan de ORCHESTRA-studie. Er was in deze casus geen aanleiding hiertoe over te gaan. Beklaagde betwist verder dat er een grond was om een meer intensieve therapie in te zetten, zoals klaagster heeft gesteld. Zij beroept zich er voorts op dat de deelname aan de ORCHESTRA-studie – en daarmee de behandelwijze – door de TWG werd geadviseerd.

Het college onderschrijft het verweer. Het bepalen van voornoemde status was op het moment van handelen nog geen aanbevolen praktijk. Een concrete aanleiding om in dit geval de RAS/BRAF en MMR-status toch te bepalen, is niet gebleken. Beklaagde heeft in navolging van de TWG en wat door de chirurg al met patiënt was besproken, ingezet op deelname aan de ORCHESTRA-studie met bijbehorende systeemtherapie. De keuze om niet op dat moment al intensievere chemotherapie te adviseren was niet onzorgvuldig. Het klachtonderdeel 1 is ongegrond.

#### 5.2.2

##### *Continueren oxaliplatin na zes keer*

Klaagster wijst erop dat patiënt de oxaliplatin-kuren volgens een driewekelijks schema kreeg. Voortzetting daarvan na de zesde kuur vergrootte de kans op neurotoxiciteit.



Dat geldt te meer nu patiënt tijdens de eerdere kuren veel last had van toxiciteit. Er moesten daarom therapiepauzes worden ingelast.

Beklaagde voert hiertegen verweer. Zij voert aan dat er geen sprake is van een harde professionele norm op dit punt. Ook op de afdeling werd deze lijn destijds niet gevolgd. Het nadeel van stoppen na zes keer is dat je een patiënt dan een werkend middel onthoudt. In dit geval was er voldoende aanleiding om na de zesde kuur door te gaan. De patiënt verdroeg de kuur redelijk goed, de polyneuropathie bleef beperkt tot

graad 1 en de dosering was al bij kuur 3 gereduceerd tot 50%. Beklaagde meent overigens dat dit klachtonderdeel deels niet-ontvankelijk is, namelijk voor zover zij in deze periode niet BIG-geregistreerd was.

Het college is met beklagde van oordeel dat er op het moment van handelen geen professionele norm is aan te wijzen die beklagde had moeten weerhouden de kuur na zes keer voort te zetten. Omdat beklagde niet afweek van gangbaar beleid, bestond er ook geen reden hierover nadrukkelijk met de patiënt te overleggen. Omdat de patiënt de kuur na verlaging van de dosering goed verdroeg en er goed op reageerde, was de keuze van beklagde aanvaardbaar. Het college merkt overigens op dat het niet zal overgaan tot het deels niet-ontvankelijk verklaren van dit klachtonderdeel, nu het hier voortgezet handelen betreft dat de periode van niet-registratie overschrijdt.

Klachtonderdeel 2 is daarom ongegrond.

### 5.2.3

#### *Onderhoudsbehandeling na de oxaliplatin*

Volgens klaagster had bij patiënt na de oxaliplatin – bij gebreke aan progressie van de tumoren - een onderhoudskuur moeten worden gegeven met fluor pyrimidine en bevacizumab.

Beklaagde meent dat hiervoor geen indicatie bestond, nu op de CT-scan na de achtste kuur oxaliplatin een toename was te zien van de levermetastasen. Ook meent zij dat de patiënt niet voelde voor een onderhoudsbehandeling en/of dat hij wellicht een tweede mening wilde afwachten.

Het college acht het klachtonderdeel 3 ongegrond. Nu de CT-scan een ziekteprogressie liet zien, bestond voor een onderhoudsdosering geen indicatie meer. De dossieraantekening van 23 maart 2018 bevestigt voorts dat beklagde de ziekteprogressie met patiënt heeft besproken en toelichting heeft gegeven op de andere behandelingsmogelijkheden. Ook heeft zij genoteerd dat een second opinion zou plaats vinden. De ziekteprogressie is verder besproken in de TWG van 13 april 2018. Als beleid werd afgesproken: switch tweedelijns chemotherapie. Daarmee kan het handelen van beklagde op dit punt de tuchtrechtelijke toets doorstaan.

### 5.2.4

#### *Kiezen voor een palliatieve behandeling*

Klaagster voert aan dat beklagde te snel heeft geconcludeerd dat er sprake was van metastasen. Er was namelijk nog geen bewijs voor metastasering op basis van onderzoek van het weefsel. Dat dit achteraf anders bleek, neemt niet weg dat beklagde op het moment van handelen te snel de weg naar een in opzet curatief beleid heeft afgesneden.

Beklaagde acht dit verwijt niet terecht. Een in opzet curatieve behandeling was bij patiënt van meet af aan niet mogelijk. Op de beeldvorming was sprake van afwijkingen in de lever, de longen en het mediastinum. De nieuw ontstane longafwijkingen in de follow-up na een rectumcarcinoom vormen – ook volgens de richtlijnen en literatuur - voldoende bewijs voor de aanwezigheid van een uitzaaiing.

Het betrof hier een patiënt met een hoog stadium rectumcarcinoom met lokale lymfkliermetastasen, levermetastasen en lymfekliermetastasen op afstand. Deze drie factoren maken de kans dat de nieuw ontstane longafwijkingen onschuldige afwijkingen waren, bijzonder klein.

Het college volgt de uitleg van beklaagde op dit punt. Beklaagde heeft haar besluit bovendien niet alleen genomen, maar herhaaldelijk getoetst in de TWG. Beklaagde treft op dit punt geen verwijt. Klachtonderdeel is ongegrond.

#### 5.2.5

##### *De pijn in de nek*

Klaagster stelt dat beklaagde de nekkachten van patiënt onvoldoende serieus heeft genomen en heeft nagelaten nader onderzoek te doen.

Beklaagde verwerpt dit verwijt. De klachten aan de nek waren niet voortdurend aanwezig. De patiënt liet ook geregeld weten dat deze weg waren. Er heeft bovendien beeldvormend onderzoek plaatsgevonden dat geen afwijkingen liet zien. Op 23 maart 2018 liet patiënt weten dat de nekkachten op hun retour waren. Fysiotherapie en pijnstilling hadden een goed effect. Bij de hierop volgende episode van ernstige klachten is patiënt gezien door een collega- internist-oncoloog van beklaagde, die morfine voorschreef, zonder kennelijk aanleiding te zien voor nadere beeldvorming. De eerstvolgende keer dat beklaagde patiënt zag was op 10 april 2018. De nekkachten waren toen niet aan de orde en de patiënt zou verder in M worden behandeld.

Het college ziet in het dossier geen aanknopingspunten voor een tuchtrechtelijk verwijt aan beklaagde op dit punt. Dat beklaagde de klachten serieus nam, blijkt onder meer uit de omstandigheid dat in overleg met beklaagde op 14 december 2017 de al geplande CT-scan zou worden uitgebreid met een CT-hals. Deze werd vervolgens door een collega afgezegd omdat er geen klachten meer waren. Het dossier bevestigt de lezing van beklaagde dat de klachten niet constant aanwezig waren en dat patiënt baat had bij de pijnbestrijding. Op de medio maart 2018 gemaakte CT-hals werd geen verklaring gevonden voor de pijn in de nek. Op 23 maart 2018 heeft beklaagde genoteerd dat de nekkachten op hun retour waren. De klachten zijn bovendien beoordeeld door meerdere andere behandelaren, waaronder diverse internist-oncologen, die in de casus ook geen aanleiding zagen tot verdere beeldvorming. Klachtonderdeel 5 is ongegrond.

#### 5.2.6

##### *De adviezen uit het M*

Het college merkt op dat dit klachtonderdeel deels reeds is behandeld in de overwegingen 5.2.2, 5.2.3. en 5.2.6. Wat betreft de klacht over het niet-nemen van longpuncties heeft beklaagde er terecht op gewezen dat hiertoe in het ziekenhuis multidisciplinair is besloten. De patiënt heeft vervolgens zelf besloten de nadere diagnostiek in het M te laten doen. Ook klachtonderdeel 6 is ongegrond.

#### 5.2.7

##### *Langdurige postoperatieve ileus*

Beklaagde heeft erkend dat zij in de verwijsbrief aan het M d.d. 29 maart 2018 abusievelijk spreekt van een ileus die in de weg stond aan adjuvante chemotherapie. Het gaat hier volgens beklaagde om een voor elke internist-oncoloog volstrekt kenbare verschijving.

Het college is met beklaagde van oordeel dat het hier om een ongelukkige, maar kenbaar verkeerde formulering gaat, die in het geheel genomen tuchtrechtelijk van zeer gering gewicht is. Klachtonderdeel 7 is ongegrond.

#### 5.2.8

### *Communicatie ondermaats*

Klaagster stelt dat de communicatie door beklagde ondermaats is geweest. Als concrete voorbeelden noemt zij de neklachten die niet serieus zijn genomen, het moeten aandringen op een second opinion en het onvoldoende communiceren over de aanbevelingen uit het M.

Beklaagde bestrijdt dat er sprake was van onvoldoende communicatie. Zij heeft naar eigen overtuiging steeds gecommuniceerd indien daar aanleiding toe was. Zij heeft ook geen signalen ontvangen dat patiënt en klaagster ontevreden waren over de communicatie. Wat betreft de second opinion heeft zij slechts aangegeven dat deze pas zinvol kon worden aangevraagd na het maken van de CT-scan en het overleg daarover in het MDO. Dan zou er een duidelijke vraagstelling kunnen worden geformuleerd.

Het college constateert dat dit klachtonderdeel nauw samenhangt met de eerder besproken klachten over de behandeling door beklagde. Zoals hiervoor overwogen bestaat er geen aanleiding te veronderstellen dat beklagde de neklachten onvoldoende serieus heeft genomen noch dat beklagde meer had moeten doen met de second opinion uit het M. Wat betreft de second opinion kan niet feitelijk worden vastgesteld dat beklagde deze heeft tegengewerkt. Beklaagde heeft de second opinion met de patiënt besproken. Na de second opinion is de behandeling overgenomen door het M. Het college kan – alles overziend - op basis van het dossier en de stellingen van klaagster niet met voldoende mate van objectiviteit vaststellen dat de communicatie van beklagde zodanig tekort schoot dat haar hiervan een tuchtrechtelijk verwijt valt te maken. Klachtonderdeel 8 ongegrond.

### 5.2.9

#### *Registratie*

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 beklagde 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 begon vóór en eindigde ná de periode van gebrekkige inschrijving. 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. In deze perioden heeft beklagde handelingen verricht die aan artsen zijn voorbehouden en zich geafficheerd als internist. 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 op zichzelf terecht dat zij de titel internist voerde gedurende het deel van de behandelrelatie waarin zij niet als zodanig was ingeschreven in het specialistenregister. Zij handelde hiermee 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 de interne geneeskunde en de 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 internist 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

beklaagde 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 make. 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. Beklaagde 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 9 is in zoverre gegrond.

5.2.10

*De dossiervoering*

Klaagster stelt zich op het standpunt dat beklagde niet voldoende heeft genoteerd waarom bepaalde behandelbeslissingen al dan niet zijn genomen. In het dossier staat niet vermeld waarom de kuur oxaliplatin na de zesde kuur is voortgezet. Ook staat niets over de ernstige klachten die de patiënt tijdens kuur 6 en 7 ondervond. Uit het dossier blijkt evenmin waarom patiënt een in opzet curatieve behandeling is onthouden. Niet blijkt uit het dossier dat met hem overleg heeft plaatsgevonden. Beklaagde heeft aangegeven dat het stoppen met oxaliplatin na zes kuren geen harde regel is. Ook voert zij aan dat aan patiënt geen curatieve behandeling is onthouden. Het college acht dit klachtonderdeel ongegrond. Mede gelet op hetgeen onder 5.2.3 en 5.2.5 is overwogen, bestond er geen aanleiding hierover bijzondere dossieraantekeningen te maken.

5.3

**Slotsom en maatregel**

Uit het voorgaande blijkt dat klachtonderdeel 9 gegrond is zoals overwogen onder 5.2.1. De klacht is voor het overige ongegrond. Het college staat voor de vraag welke maatregel passend is. De BIG-registratie is een voor de legitieme en tuchtrechtelijk controleerbare uitoefening van de geneeskunst wezenlijke voorwaarde. Beklaagde heeft geen inzicht willen geven in de oorzaak van dit verzuim. Het college dient er dus van uit te gaan dat het verzuim laakbaar is. Een berisping zou daarmee in de rede liggen. Bij de bepaling van de maatregel houdt het college er rekening mee dat beklagde reeds ruimschoots de gevolgen heeft ondervonden van het verzuim. Ook is aan deze tuchtzaken in de media ruimschoots aandacht gegeven. Om die reden zal het college volstaan met het opleggen van een waarschuwing.

De gemachtigde heeft verzocht om beklagde te veroordelen in de kosten die klaagster in verband met de behandeling van de zaak heeft moeten maken. Voor een proceskostenveroordeling ziet het college geen aanleiding, nu slechts een klein deel van de klacht gegrond wordt verklaard.

## 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] Waar wordt gesproken over percentages chemotherapie, wordt bedoeld percentages van de aanbevolen dosering.