

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2022/4001

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 klaagster en beklagde in persoon zijn verschenen, allebei bijgestaan door hun 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.

Bij klaagster werd op 25 januari 2017 tijdens een colonoscopie een sigmoïdtumor vastgesteld.

Op 8 maart 2017 werd een low anterior resectie uitgevoerd. Klaagster werd op 17 maart 2017 besproken in de tumorwerkgroep (TWG) van het E (hierna: het ziekenhuis). De tumorwerkgroep adviseerde adjuvante chemotherapie vanwege de pT1N1 stadiëring.

Beklaagde zag klaagster voor de eerste keer op 7 april 2017 voor het bespreken van adjuvante chemotherapie. Hierover noteerde zij (citaten zijn overgenomen inclusief eventuele tik- en spelfouten):

“Bespreking:

Doel en uitvoering van adjuvante systeemtherapie werd met patiente en partner besproken. Patiente geeft aan dit goed te begrijpen, schrikt alleen van de lange duur van de behandeling. Patiente zal behandeld worden met capecitabine en oxaliplatin. De te verwachten bijwerkingen zijn tintelingen in handen en voeten (oxaliplatin),

diarree, handvoet-syndroom en vermoeidheid. Tevens werd de LION studie (preventie van polyneuropathie door middel van lidocaine) met patiënte besproken. Zij kreeg hieromtrent de patienteninformatie mee.

Bloed voor bepaling DPD deficientie werd afgenomen.

De te verwachten startdatum voor behandeling is waarschijnlijk binnen 2 weken na vandaag.

Conclusie

Stadium III coloncarcinoom waarvoor indicatie voor adjuvante systeemtherapie.

Patiënte gaf toestemming voor deze behandeling. Zij denkt nog na over deelname aan de LION studie.”

De conclusie van het ingezette enzym- en DNA-onderzoek luidde:

“Bijwerkingen bij het gebruik van 5-Fluorouracil en analogen worden niet verwacht op basis van de genetische analyse. Vanwege technische redenen zouden we graag nieuw materiaal willen ontvangen om de enzymanalyse te herhalen. De gemeten enzymactiviteit van DPD is weliswaar laag-normaal, maar we zouden dit graag willen bevestigen met een tweede onafhankelijke meting.

Zeldzamere allelen in het DPYD gen, waarvan niet duidelijk bewezen is dat ze eveneens kunnen leiden tot een verlaging/afwezigheid van DPD enzymactiviteit zijn met bovenstaande analyse niet onderzocht en derhalve niet uitgesloten (...)”

Op 20 april 2017 volgde de intake voor de eerste kuur capecitabine en oxaliplatin (dosering 100%[1]). Klaagster ondervond veel bijwerkingen van de kuur. Zij werd op 12 mei 2017 door een collega van beklaagde gezien voor de tweede kuur. De collega van beklaagde noteerde dat klaagster twaalf dagen misselijk was geweest en dat metoclopramide niet hielp. Daarnaast had zij polyneuropathie (vanaf dag vier een beetje minder), had zij pijnlijke slijmvliezen, was ze kortademig en had zij één dag tunnelvisie gehad. Op de dag van het consult had klaagster diarree. De collega van beklaagde gaf akkoord voor de tweede kuur, met een dosisreductie oxaliplatin naar 75%.

De tweede kuur startte op 12 mei 2017. Op 24 mei 2017 werd klaagster op de spoedpoli door de arts-assistent gezien met toenemende klachten van misselijkheid en buikpijnaanvallen. De arts-assistent besloot te stoppen met de capecitabine, te starten met paracetamol, loperamide (bij diarree) en dexamethason (omdat olanzapine en metoclopramide niet hielpen). Klaagster ging naar huis met het advies opnieuw contact op te nemen als zij zieker zou worden of koorts zou krijgen.

Op 26 mei 2017 was er contact met de verpleegkundige. Klaagster had ondanks het stoppen met de chemotherapie nog steeds veel klachten van pijn en misselijkheid. De verpleegkundige adviseerde klaagster onder meer consequent pijnmedicatie in te nemen.

De volgende dag werd klaagster door een arts-assistent interne geneeskunde gezien op de SEH. De arts-assistent noteerde, voor zover van belang:

“Anamnese

Sinds start chemo (capox) hevige buikkrampen en algeheel niet lekker, erg misselijk, weinig eetlust. Duurt zo'n 12 dagen na begin chemo

12-5 2e kuur capecitabine 100% en oxaliplatin 75%. Na 9 dagen opnieuw klachten van misselijkheid, braakneigingen. Hierbij krampende buikpijn die komt in aanvallen. Ontlasting brijig, geel van kleur, geen bloed of slijm, zuurbranden +, ructus +, flatus +. Geen slik- of passageklachten. Afgelopen woensdag ivm onhoudbare klachten kuur vroegtijdig gestaakt.

Weinig intake, kan onvoldoende drinken, eten lukt nagenoeg niet. Leeft op gele vla. Heeft nauwelijks nog smaak.”

Klaagster had een lichaamstemperatuur van 38.1 °C. Van het lichamelijk onderzoek van de buik noteerde de arts-assistent een normale peristaltiek, wisselende tympanie, drukpijn door de gehele buik en een niet palpabele lever en milt. Als conclusie noteerde de arts-assistent de reden van komst (buikpijn) en als differentiaaldiagnoses toxiciteit oxaliplatin (mucositis) en colitis. In overleg met beklagde werd onder meer besloten de capecitabine gestopt te laten.

Op 29 mei 2017 werd klaagster opnieuw op de SEH gezien. De arts-assistent noteerde dat klaagster erg misselijk was en veel buikpijn had en braakte zodra zij iets at of dronk. Zij was subfebriel. Bij bloedonderzoek werd een CRP van 158 gevonden. Bij lichamelijk onderzoek zag de arts-assistent erytheem van de slijmvliezen. Van het lichamelijk onderzoek van de buik noteerde zij:

“Bolle buik, hypertympane percussie, spaarzame wat hoogklinkende peristaltiek. Fors drukpijnlijke buik diffuus zonder loslaatpijn. (NB onderzoek na opladen met opiaten).”

In overleg met beklagde werd patiënte opgenomen, werd onder meer morfine gegeven en werd besloten de volgende dag een CT-scan abdomen te laten maken ter evaluatie.

Uit de op 30 mei 2017 gemaakte CT-scan volgde de conclusie:

“CT abdomen 30-5:

2. darmwandverdickning preterminale ileum (submucosaal oedeem) en dundarmlissen in het kleine bekken, met vrij vocht rondom en reactief prominente lymfklieren. Dd/bij chemotherapie geïndiceerde mucositis, infectieuze origine, toch veneuze stuwings? Veneuze ischemie niet uitgesloten, echter geen thrombus zichtbaar in het drainage gebied van deze darmdelen.

3. Verdinking focale trombus in vena mesenterica inferior, echter niet in het drainagegebied van de darmwandverdickningen.

5. Geen abcesvorming”

De conditie van klaagster verbeterde en op 31 mei 2017 werd in overleg met de klinisch regiebehandelaar en collega internist-oncoloog ingezet op ontslag op 1 juni 2017. Deze oncoloog noteerde ook dat in overleg met klaagster was besloten tot het niet voortzetten van adjuvante chemotherapie. In de avond van 31 mei 2017 verslechterde de toestand van klaagster.

De situatie van klaagster werd op 1 juni 2017 besproken tijdens een grote visite, waarbij ook beklagde aanwezig was. Heelkunde werd in consult geroepen, besloten werd een feceskweek in te zetten en te starten met antibiotica. Hierna is de situatie van klaagster langzaam verbeterd. Op 7 juni 2017 werd zij uit het ziekenhuis ontslagen.

Beklaagde zag klaagster voor de tweede en laatste keer tijdens haar spreekuur van 16 juni 2017. Het ging op dat moment een stuk beter met klaagster. Beklaagde noteerde onder meer:

“Conclusie: graad IV toxiciteit bij adjuvante capox.

Klinisch passend bij DPD deficientie, echter bepalingen normaal.

Beleid:

Stop adjuvante therapie

Indien indicatie voor behandeling met 5FU in gemetastaseerde setting upfront dosisreductie van minimaal 50%.”

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster stelt zich op het standpunt dat beklagde bij haar behandeling 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. er was geen informed consent voor de adjuvante chemotherapie;
4. de communicatie vanuit beklagde was zeer ondermaats;
6. beklagde heeft het medisch dossier onvoldoende bijgehouden;
9. beklagde heeft niets gedaan met de uitslagbrief van het enzym- en DNA-onderzoek;
13. beklagde heeft gedurende de behandeling van klagster specialistentitels gevoerd, terwijl zij niet in de desbetreffende registers stond ingeschreven;
18. beklagde heeft klagster niet één keer gezien toen klagster in het ziekenhuis opgenomen was.

Tot slot verzoekt klagster beklagde te veroordelen in de proceskosten.

4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklagde 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

Informed consent voorafgaand aan de adjuvante chemotherapie

Doel van adjuvante chemotherapie bij het type tumor en stadiëring daarvan bij klaagster was het vergroten van de kans op langdurige overleving (meer dan vijf jaar). Deze kans is met adjuvante chemotherapie ongeveer 10% groter dan zonder adjuvante chemotherapie.

Vast staat dat beklagde op 7 april 2017 met klaagster heeft gesproken over de adjuvante chemotherapie. Beklaagde noteerde in het dossier dat doel en uitvoering werden besproken, net als de duur en de te verwachten bijwerkingen van de behandeling met capecitabine en oxaliplatin. Ook wat klaagster zelf over dit consult heeft verklaard bevestigt dat het doel van de behandeling (het verkrijgen van een grotere overlevingskans) is besproken. Klaagster benoemt namelijk dat beklagde ook percentages besprak. Dat de genoemde percentages onjuist waren is niet aannemelijk geworden.

Het college concludeert dan ook dat klaagster voor aanvang van de behandeling voldoende geïnformeerd was over het doel van de behandeling en de mogelijke bijwerkingen. Het klachtonderdeel is ongegrond.

5.2.2

De communicatie vanuit beklagde

Gelet op wat hiervoor onder 5.2.1 is overwogen, moet worden geconcludeerd dat beklagde klaagster voldoende heeft geïnformeerd over het doel van de behandeling met adjuvante chemotherapie. Uit wat hierna onder 5.2.4 wordt overwogen volgt dat klaagster ook op het punt van de DPD-analyse voldoende door beklagde is geïnformeerd. De klacht over de communicatie is voor het overige niet nader geconcretiseerd. Het is daardoor niet duidelijk op welke punten de communicatie ondermaats zou zijn geweest. De enkele omstandigheid dat het ziekenhuis aan klaagster heeft bevestigd dat de communicatie vanuit beklagde moet worden beschouwd als een ernstige tekortkoming maakt het voorgaande niet anders. Uit de stukken blijkt niet waarop deze conclusie is gebaseerd en het dossier zelf biedt geen aanknopingspunten voor de juistheid van dit verwijt. Uit de verslagen van beide consulten met beklagde (op 7 april 2017 en 16 juni 2018) blijkt in ieder geval niet dat de communicatie vanuit beklagde onvoldoende was. Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.2.3

Bijhouden van het medisch dossier

Ook deze klacht is niet nader geconcretiseerd. Beklaagde heeft in het verslag van het eerste consult voldoende vastgelegd welke informatie gegeven is alvorens klaagster met de behandeling instemde. In het tweede en laatste consult heeft beklagde vastgelegd wat de reden was voor het stoppen van de behandeling en een notitie gemaakt voor een eventuele behandeling in de toekomst. Uit het hierna onder 5.2.4 overwogene volgt dat beklagde niet in het dossier hoefde aan te tekenen waarom zij

niet inging op de uitslagbrief van de DPD-analyse. Dat beklagde op andere punten het dossier niet goed zou hebben bijgehouden blijkt niet. Klachtonderdeel 3 is ook ongegrond.

5.2.4

De uitslag van het enzym- en DNA-onderzoek

Onderzoek naar de aanwezigheid van een zogenoemde DPD-deficiëntie wordt gedaan omdat bij mensen met een DPD-deficiëntie bepaalde soorten chemotherapie (waaronder capecitabine) minder goed worden afgebroken. Deze mensen hebben een groter risico op ernstige bijwerkingen. Omdat klaagster zou worden behandeld met capecitabine had beklagde onderzoek naar de aanwezigheid van een DPD-deficiëntie aangevraagd. Dit onderzoek was tweeledig. Enerzijds werd onderzocht of er een genetische variant aanwezig was in het DPYD-gen, anderzijds werd de enzymactiviteit gemeten. De conclusie was dat er geen relevante genetische variant aanwezig was en dat de enzymactiviteit (laag) normaal was.

Volgens de destijds vigerende richtlijn Colectoraal Carcinoom (hierna: de richtlijn) kon worden volstaan met DPD-genotypering en was het bepalen van de enzymactiviteit niet aanbevolen. Alleen al vanwege de uitkomsten van de normale genetische analyse werden ernstige bijwerkingen van de capecitabine dus niet verwacht. Daarbij werd ook nog een normale enzymactiviteit gemeten. Bijwerkingen als gevolg van een DPD-deficiëntie waren dan ook niet te verwachten en er was geen aanleiding de uitslag nader met klaagster te bespreken. Dat de gemeten enzymactiviteit “laag” normaal was, was geen reden voor twijfel. Een “laag” normale enzymactiviteit valt binnen het normale bereik. Gezien de afwezigheid van een genetische variant was er ook geen aanleiding te voldoen aan het verzoek van het laboratorium nieuw materiaal aan te leveren. Omdat de uitslag duidelijk was, was er geen aanleiding de exacte inhoud van de uitslagbrief met klaagster te bespreken. Evenmin was er bij deze duidelijke uitslag aanleiding in het dossier te noteren waarom niet voldaan werd aan het verzoek van het laboratorium om nieuw materiaal. Dit betekent dat ook dit klachtonderdeel ongegrond is.

5.2.5

Registratie in het specialistenregister

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 en was zij ook 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 klaagster duurde van april 2017 tot medio juni 2017. Dit betekent dat beklagde gedurende een deel van de behandelrelatie niet geregistreerd was in het specialistenregister, maar wel altijd BIG-geregistreerd is geweest. Tijdens het betreffende deel van de behandelrelatie heeft beklagde handelingen verricht die aan artsen zijn voorbehouden en zich geafficheerd als internist-oncoloog. Hiervoor geldt het volgende.

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 klachtonderdeel 5 is ongegrond.

5.2.6

Het bezoeken van klaagster tijdens haar ziekenhuisopname

In het ziekenhuis werd gewerkt met een poliklinisch regiebehandelaar (beklaagde) en een klinisch regiebehandelaar (een collega van beklagde). Klaagster had van de tweede kuur ernstige bijwerkingen en lag in de periode van 29 mei 2017 tot en met 7 juni 2017 in het ziekenhuis. Beklaagde is in de periode van de ziekenhuisopname betrokken geweest bij het in overleg met de arts-assistent interne geneeskunde bepalen van het beleid na komst van klaagster op de SEH op 29 mei 2017. Ook heeft zij op 1 juni 2017 deelgenomen aan een overleg (grote visite) waar meerdere collega's en de klinisch regiebehandelaar aanwezig waren. De uitkomsten daarvan zijn met klaagster besproken. Het systeem van klinisch en poliklinisch regiebehandelaarschap brengt met zich dat de poliklinisch regiebehandelaar over de opname van een van zijn of haar patiënten normaliter niet de regie voert. Waar de opname consequenties heeft voor het te volgen beleid bij de behandeling, zal de poliklinisch regiebehandelaar zo mogelijk wel erbij worden betrokken. Het bezoeken van een 'eigen' patiënt tijdens een opname kan vanuit menselijk oogpunt toegevoegde waarde hebben en zal door de meeste patiënten gewaardeerd worden. Dit betekent niet dat het achterwege laten daarvan tuchtrechtelijk verwijtbaar is. Een dergelijk bezoek is praktisch gezien namelijk niet altijd eenvoudig te realiseren. Beklaagde mocht er voorts op vertrouwen dat de klinische zorg voor klaagster bij de klinisch regiebehandelaar in goede handen was. De adjuvante chemotherapie was in overleg met de klinisch regiebehandelaar gestopt en de bespreking van het definitief afsluiten van de behandeling met adjuvante chemotherapie kon wachten tot de afspraak met beklagde op de polikliniek van 16 juni 2017. Ook het laatste klachtonderdeel is ongegrond.

5.3

Slotsom

De slotsom is dat de klacht ongegrond is. Omdat de klacht ongegrond is bestaat er geen aanleiding voor een proceskostenveroordeling.

6. DE BESLISSING

Het college:

- verklaart de klacht ongegrond;
- wijst af het verzoek om proceskostenveroordeling.

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.