

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2022/4003

### 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 T,

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

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

-tegen-

**D**, (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 klagster 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.

De klacht gaat over de behandeling van B (verder patiënt), geboren in 1956 en overleden op 27 maart 2020. Klagster is zijn weduwe.

Patiënt werd in 2018 door de huisarts naar het E (hierna: het ziekenhuis) verwezen vanwege pijn in de buik. Op 2 oktober 2018 bleek uit onderzoek in het ziekenhuis dat patiënt waarschijnlijk een gemetastaseerd rechtszijdig coloncarcinoom had. Er volgde aanvullend onderzoek. Op 2 november 2018 werd patiënt besproken in de tumorwerkgroep van het ziekenhuis (TWG). In het verslag staat onder meer het volgende (citaten zijn overgenomen inclusief eventuele taal- en typefouten):

*“Conclusie*

*Colon ascendenscarcinoom met diffuse levermetastasen, geen aanwijzingen voor metastasen elders.*

*Advies/beleid*

*- Kandidaat CAIRO4-studie, anders CAIRO5*

Diezelfde dag werd patiënt door een arts-assistent telefonisch benaderd en staat het volgende in het dossier genoteerd:

*Besproken met patiënt en zijn vrouw:*

- advies TWG besproken
- patiënt heeft reeds PIF van CAIRO5 meegekregen van mij op 31-10
- aangegeven dat CAIRO4 ook nog een optie is
- casus reeds besproken met dr. [naam beklagde]. Patiënt kan bij haar al terecht op 5/11 voor meer uitleg en eventueel overgaan tot tekenen PIF van CAIRO5 studie met daarna in gang zetten van verdere screening.
- patiënt wil graag bij dr [naam beklagde] komen en is blij dat hij daar op 5/11 al terecht kan
- aangegeven dat de verdere begeleiding van patiënt nu zal verlopen via dr [naam beklagde]”

Op 5 november 2018 werd patiënt voor het eerst door beklagde gezien. Patiënt stemde in met deelname aan de CAIRO5-studie. Op 26 november 2018 startte patiënt met de eerste kuur met 5FU, leucovorin, oxaliplatin, irinotecan (folfirinox) + bevacizumab. In december 2018 had patiënt hier forse bijwerkingen van. Op 10 december 2018 werd gestart met kuur 2, met 75%[1] dosering. Op 28 december 2018 werd gestart met kuur 3, ook weer 75% dosering. Op 9 januari 2019 zag beklagde patiënt voor het eerst na

5 november 2018. Kuur 4 werd gestart, dosering 75%.

Op 25 januari 2019 kreeg patiënt de vijfde kuur. Op deze dag bleek uit beeldvormend onderzoek dat de therapie niet had geleid tot een zodanige afname van de uitzaaiingen in de lever dat operatieve behandeling van de uitzaaiingen mogelijk was. De TWG, waar beklagde deze dag niet bij was, concludeerde dat de levermetastasen niet waren afgenomen. Chirurgische behandeling zou niet mogelijk zijn gezien het aantal metastasen en de verspreiding ervan in de linker- en rechterleverkwab.

Als beleid adviseerde de TWG het continueren van palliatieve chemotherapie.

Op 6 februari 2019 belde patiënt omdat hij een brief aan zijn huisarts had gelezen in zijn patiëntaccount van het ziekenhuis met daarin de laatste bevindingen. Hij wilde daar snel contact over. Een collega van beklagde belde patiënt daarover op en zij maakte daar de volgende notitie van:

“(…)

*Nu besproken dus dat het expertise panel van de studie er al over heeft geoordeeld dat gezien er geen enkele respons op lever is, dit er volgende evaluatie ook niet zal zijn, in ieder geval niet zodanig dat er operatie kan plaatsvinden curatief. Dus palliatieve setting nu.*

*Er zou volgens patiënt eerder door dr [naam beklagde] zijn besproken dat er nog andere behandelopties zoals bestraling naast chemo mogelijk zouden zijn.*

*Ik heb nu aangegeven dat de prognose helaas toch slechter is dan gehoopt, gezien zijn rechtszijdige tumor en gezien BRAF mutatie en wel stabiele ziekte maar geen respons op chemo. Hierdoor kan de optie van cetuximab niet worden gegeven. Ook kan er geen immuuntherapie worden gegeven.*

*Bestralen/nucleaire embolisatie is niet zinvol lokaal, gezien uitgebreidheid van ziekte. Soms wel palliatieve bestraling op pijnlijke metastase, of bv op tumor als die zou gaan bloeden.*

*Opties nu:*

1. Doorgaan met huidige behandeling
2. Behandeling stoppen en alleen best supportive care via huisarts

*3. Consult BB voor experimentele therapie.*

*Opties nogmaals/verder bespreken op poli a.s. vrijdag, i.p. kuren continueren.*

*Ook huisarts op de hoogte gebracht telefonisch.”*

Op 8 februari 2019 werd patiënt op de poli gezien door een arts-assistent onder supervisie van beklaagde. Patiënt wilde de behandeling continueren. Ook wilde hij alle kansen aangrijpen qua therapie en deelname aan studies. Hij werd voor eventuele studies verwezen naar het BB en de chemotherapie werd voortgezet. Op 15 februari 2019 startte patiënt met kuur 6.

Op 27 februari 2019 is patiënt opnieuw gezien in het ziekenhuis. Onder meer het volgende werd genoteerd:

*“S/Anamnese:*

*22-2 in BB geweest, mogelijk dat er tablettherapie naast de cairo5 zou kunnen lopen.*

*Fijn gesprek gehad.”*

De volgende dag kreeg patiënt kuur 7.

Op 7 maart 2019 werd patiënt opgenomen wegens hevige diarree.

Op 9 maart 2019 werd hij wederom opgenomen met weliswaar minder diarree maar sinds een dag ernstige buikkrampen.

Op 14 maart 2019 zag beklaagde patiënt weer en zij noteerde onder meer het volgende:

*“Anamnese:*

*Opname gehad in verband met diarree, daarmee gr. 4 toxiciteit en dus dosisreductie (opnieuw)*

*Advies vanuit protocol: maximale vrijheid om kuur aan te passen richting doublet.*

*Gezien nauwelijks PNP en heftige diarree: door met folfox.*

*Irinotecan geheel uit behandelplan verwijderd.*

*Psychosociale aspecten: goed hersteld, wel onder de indruk van hoe hij was.*

*Gesproken over scenario's: wel/geen resectie mogelijk in de lever.*

*Indien geen resectie: stop intensieve chemotherapie, over op milde behandeling dan wel behandelingspauze, afhankelijk van wensen en verwachtingen van patiënt en partner.*

*Patiënt geeft aan dat hij daar zeker al ideeën over heeft.”*

Beklaagde vroeg een nieuwe CT-scan aan en plaatste patiënt op de lijst ter bespreking voor de TWG van 22 maart 2019.

De conclusie van de TWG op basis van de nieuwe CT was:

*“(…)*

*Conclusie: Geringe respons op systeemtherapie, niet respectabele ziekte*

*Advies/Beleid:*

*- Therapie pauze*

*- eventueel SIRT”*

Op 4 april 2019 besprak beklaagde een en ander met patiënt.

Afgesproken werd dat ervoor nu geen chemotherapie meer zou worden gegeven. Een week later zou beklaagde verder spreken met patiënt over het beleid. Tijdens dat gesprek, op 11 april 2019 werd besloten dat patiënt met SIRT (selectieve interne radiotherapie) zou starten. Beklaagde verwees patiënt hiervoor naar de afdeling interventieradiologie, waar hij gedurende deze behandeling onder controle bleef.

Op 17 juni 2019 zag beklaagde patiënt weer en noteerde het volgende:

*“Anamnese: flink last gehad van misselijkheid en braken. Duurde een dag of 2-3.*

*Daarna weer opgeknapt. Nu nog iets moe, maar verder alles zoals vanouds. Zijn op de camping, fietsen 40-60 km per dag (elektrisch)*

*Verder beleid:*

*Controle 11 juli bij CC,*

CT 28 augustus.

*Uitslag CT en verder beleid: 5 september*

Aangezien beklagde in augustus 2019 door het ziekenhuis op non-actief werd gesteld, was bovenstaand contact de laatste betrokkenheid bij de behandeling van patiënt.

Bij patiënt werd in februari 2020 blijkens het medisch dossier radioembolization-induced liver disease (REILD) vastgesteld.

Na verdere complicaties werd in maart de behandeling definitief gestaakt.

Op 27 maart 2020 overleed patiënt.

### 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 het college om integrale beoordeling van het handelen van beklagde en formuleert ook concrete klachtonderdelen. Deze klachtonderdelen luiden als volgt:

3. beklagde heeft patiënt ten onrechte geen onderhoudstherapie gegeven en hierdoor niet conform de richtlijn en het CAIRO5-protocol gehandeld;

4. beklagde heeft ten onrechte een SIRT-behandeling geïndiceerd, waardoor de lever van patiënt dusdanig is aangetast dat hij is komen te overlijden;

6. patiënt is ten onrechte niet betrokken geweest bij de behandelkeuzen.

Ook is de interventieradioloog die SIRT uitvoerde niet geïnformeerd over een opgetreden ernstige complicatie bij patiënt. Daarnaast had op 16 juni 2019 niet met CAPOX mogen worden gestart nu FOLFOX ook mogelijk was;

9. beklagde was op het moment van de behandeling van patiënt niet ingeschreven in het BIG-register/specialistenregister.

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.

### 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 beklagde). 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 beklagde*

Het college benadrukt dat de geschiktheid van beklagde 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 beklagde 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

##### *Geen onderhoudstherapie*

Klaagster heeft dit klachtonderdeel als volgt onderbouwd. Patiënt werd in 2018 geïncorporeerd in de CAIRO5-studie. Na de vierde kuur noteerde beklagde dat de CAIRO5-studie in overleg met patiënt nu zou stoppen. De opties bestonden uit doorgaan met behandeling, stoppen met behandeling met best supportive care of een consult in het BB. Dit geeft volgens klaagster blijk van onvoldoende kennis van de behandeling van de ziekte en van het CAIRO5-protocol. In deze situatie hadden de kuren moeten worden voortgezet, aldus klaagster.

Beklaagde bestrijdt het voorgaande. Zij stelt dat de behandeling na de vierde kuur is gecontinueerd. Het was niet zo dat de behandeling in CAIRO5-stopte, maar dat er definitief geen mogelijkheden meer waren om de uitzaaiingen in de lever met curatieve intentie te behandelen. In april 2019 is de behandeling met chemotherapie gestopt vanwege bijwerkingen.

Beklaagde haalt aan dat het advies om een therapiepauze in te laten afkomstig was van de TWG en dus breed gedragen was. Het was volgens beklagde ook een juist advies, aangezien er een geringe respons was op de therapie en wel veel bijwerkingen optraden met verlies van performance en dus kwaliteit van leven.

Ook het college is van oordeel dat er geen onderhoudstherapie gegeven hoefde te worden. Een dergelijke therapie heeft louter een gunstig effect op de progressievrije overleving en geen verlengend effect op de totale overleving. Een extra respons op de therapie was ook niet te verwachten, aangezien er bij een onderhoudstherapie minder chemotherapie wordt gegeven. De keuze om een therapiepauze in te laten is dus niet tuchtrechtelijk verwijtbaar, wat maakt dat klachtonderdeel ongegrond is.

#### 5.2.2

##### *SIRT-behandeling*

Volgens klaagster is een SIRT-behandeling enkel bedoeld voor patiënten die progressief zijn of intolerant voor eerdere systemische therapie. Patiënt was geen van beide. Bij patiënt is op foutieve indicatie SIRT toegediend en na de behandeling ondervond patiënt complicaties aan de lever, waaraan hij uiteindelijk overleden is, aldus klaagster.

Dit verwijt is volgens beklagde gebaseerd op de aanname dat bij patiënt REILD aanwezig moet zijn geweest. Beklagde betwijfelt dat. Zij sluit niet uit dat sprake is geweest van een oxaliplatin geïndiceerde lever toxiciteit. Het beleid om met SIRT te starten, was hoe dan ook juist volgens beklagde. Bij patiënt was sprake van een BRAF-gemuteerde tumor, die minder goed op chemotherapie reageert. In de eerste lijn was – zoals te doen gebruikelijk bij een BRAF-gemuteerde tumor – een combinatie van alle bewezen effectieve chemomiddelen gegeven, echter zonder dat het behandeldoel was bereikt. Er was namelijk geen regressie van levermetastasen. Daarnaast had patiënt veel last van bijwerkingen, waaronder fors gewichtsverlies. De opties waren beperkt. Optie 1 was afwachten, wat niet strookte met de wil van patiënt. Optie 2 was monotherapie met alleen capecitabine of Teysuno, met een lage toxiciteit, echter wel met mogelijke mondslijmvliesontsteking als gevolg. Dit laatste had bij patiënt tot het forse gewichtsverlies geleid, wat maakte dat deze optie niet verstandig was. Optie 3 betrof experimentele behandelingen, waaronder SIRT. De TWG heeft deze optie geadviseerd tijdens de bespreking van 22 maart 2019. Deze optie strookte ook met de behandelvoorkeur van patiënt. SIRT levert een gemiddelde winst in overleving op van vijf maanden, aldus beklagde.

Het college volgt beklagde in haar redenering en deelt het standpunt dat SIRT goed paste bij de behandelwens van patiënt. Patiënt werd zo tegelijkertijd chemotherapievrij gehouden maar toch lokaal behandeld. Bovendien geldt dat hoewel het bewijs voor de effectiviteit van SIRT van laag wetenschappelijk niveau is, het een behandeling is met een groot effect op de totale overleving en met voornamelijk milde bijwerkingen.

Patiënt is met zo goed als alle werkzame chemotherapie behandeld (op Trifluridine-Tipiracil na, hetgeen een responskans heeft van 1,6%) en heeft forse toxiciteit ontwikkeld op deze behandeling. Dat maakt dat de indicatiestelling volgens het college juist was. Voorts geldt dat het slechte functioneren van de lever lang na de behandeling met SIRT niet alleen maar het gevolg van radiotherapie kan zijn, maar van een combinatie van factoren met als belangrijkste factor de progressie van de levermetastasen. Sterker nog, de kenmerkende bevindingen bij REILD (hyperbilirubinemie en ascites zonder tekenen van tumorprogressie) waren niet aanwezig. Patiënt had tumorpositieve ascites, passend bij ziekteprogressie, en geen hyperbilirubinemie. Ook dit klachtonderdeel is al met al ongegrond.

### 5.2.3

#### *Betrokkenheid patiënt bij behandelkeuzen*

Het verwijt dat patiënt niet betrokken is bij de behandelkeuzen wordt weerlegd door het medisch dossier. Dit verwijt slaagt dan ook niet.

### 5.2.4

#### *Overige verwijten*

De interventieradioloog die SIRT uitvoerde, is volgens klaagster ten onrechte niet geïnformeerd over een opgetreden ernstige complicatie bij patiënt. Daarnaast is op 16 september 2019 ten onrechte met CAPOX gestart in plaats van FOLFOX. Voor beide verwijten geldt dat zij betrekking hebben op de periode waarin beklagde op non-actief was gesteld. Ook deze verwijten kunnen daarom niet slagen.

Een en ander betekent dat klachtonderdeel 3 ongegrond is.

### 5.2.5



### *Registratie*

Gedurende de behandeling van patiënt was beklagde zowel ingeschreven in het BIG-register als in het specialistenregister. Het laatste klachtonderdeel is dus eveneens 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 en
- wijst het verzoek om een kostenveroordeling af.

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

L.C. Commandeur, 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.