

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2022/4005

### 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**,

**B**,

**C**,

allen wonende te Y,

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

**k l a g e r s**

-tegen-

**D**, internist,

(destijds) werkzaam te Y,

gemachtigde: 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 gaat over de behandeling van FF, overleden op 22 augustus 2019. Klagers zijn haar weduwnaar en dochters.

Op 28 mei 2019 was bij patiënte in het N een sterke verdenking op een naar de lever en buikvlies uitgezaaide tumor van het coecum (deel van de dikke darm) vastgesteld. Patiënte werd verwezen naar het E (hierna: ziekenhuis).

Patiënte werd op 31 mei 2019 in de tumorwerkgroep (hierna: TWG) besproken.

Beklaagde was hierbij aanwezig. Naar aanleiding van deze bespreking is onder meer het volgende genoteerd (citatoren in deze beslissing zijn overgenomen inclusief eventuele type- en taalfouten):

*“Conclusie: Radiologisch en klinisch verdenking op coecumcarcinoom met zeer uitgebreide levermetastasen, peritoneale metastasen zonder PA bewijs.”*

*“Advies/Beleid:*

- Starten met systeemtherapie gezien de snelle progressieve leverfunctiestoornissen*
- CT thorax”*
- Coloscopie met bipten (in N)”*

Beklaagde zag patiënte voor het eerst op 5 juni 2019. Ze hebben gesproken over de behandelwens van patiënte en de alternatieven voor behandeling. Beklaagde legde uit dat er gezien de al forse leverfunctiestoornissen spoed geboden was om nog een behandeling in te zetten. Als er een behandeling met systeemtherapie zou worden gestart, dan zou dat zonder het vooraf verkrijgen van weefsel van de kanker ter bevestiging van de diagnose gebeuren. Patiënte begon die dag met de eerste kuur capecitabine monotherapie in een dosering van 50%<sup>[1]</sup>.

De dossieraantekeningen van die dag luiden, onder meer:

*“Er is sprake van zeer uitgebreide levermetastasering met al forse leverfunctiestoornissen. Dit heeft consequenties voor de behandeling in die zin dat de lever ook chemotherapie moet afbreken (met name capecitabine/5FU). Er is dus zeker een duidelijke urgentie als we nog een behandeling willen starten. Daarom zien we nu ook af van een leverbiopt en van de coloscopie omdat dit nu niet bijdragend is. Patiënte en partner geven aan dat ze toch wel een duidelijke behandelwens hebben. Uitgebreid stil gestaan bij de risico's hiervan, toxiciteit van capecitabine uitgebreid besproken. Ook zeer nadrukkelijk besproken dat er een (kleine) kans is op toxiciteit die het leven zelfs kan bekorten. Patiënte en partner zijn zich bewust hiervan en kiezen voor een behandeling met capecitabine monotherapie. We starten in gereduceerde dosis van 50%. Ik zal patiënte wekelijks spreken en vooraf zal er labcontrole plaatsvinden. Dit alles om ernstige toxiciteit tijdig te kunnen vaststellen. En de behandeling dan te kunnen staken. Gesproken over prognose en alternatief voor behandeling: richten op kwaliteit van leven en proberen zo lang mogelijk klachtenvrij te blijven. Uitgelegd dat palliatieve zorg altijd kan en moet, los van de chemotherapie. Patiënte geeft aan de afgelopen week ook nagedacht te hebben over het levenseinde. Ze wil geen lijdensweg: als ze niet meer kan functioneren of heel veel pijn heeft dan wil ze euthanasie. Kort euthanasieprocedure uitgelegd. Huisarts telefonisch bij het gesprek betrokken; hij is zeer betrokken bij patiënte en haar gezin. As donderdag zal er bij patiënte een gesprek plaatsvinden onder andere over euthanasiewens. (...)”*

Op 13 juni 2010 sprak beklagde patiënte telefonisch. Zij noteerde daarover het volgende:

*“Anamnese: het gaat goed met patiënt, geen last van tabletten. Is niet meer moe dan voorheen, daarom nu geen actie op Hb van 4,5. Indien meer vermoeidheid, dan alsnog transfusie, als alternatief infuus met ferro. Indien toename vermoeidheid en Hb gedaald dan transfusie.”*

Op 20 juni 2019 had beklagde opnieuw telefonisch contact met patiënte. Beklaagde deelde mee dat de lab-uitslagen niet leken te verbeteren. Het Hb was nu 4.4 mmol/l. Ze besprak de behandelopties met patiënte en patiënte gaf toestemming voor bloedtransfusie. Hiervoor werd patiënte opgenomen op 24 juni 2019.

Op 1 juli 2019 zag beklagde patiënte weer. Beklaagde besprak de optie om de chemotherapie te gaan intensiveren: capecitabine 50%, oxaliplatin 75% en bevacizumab 100%. Patiënte koos hiervoor. Op 4 juli 2019 werd gestart met de eerste kuur.

Op 8 juli 2019 gaf patiënte tijdens een telefonische afspraak met een verpleegkundige aan geen klachten te hebben. Op 10 juli 2019 gaf patiënte aan dat het minder goed met haar ging.

Op 11 juli 2019 werd patiënte op de SEH gezien met (samengevat) koorts en pijn in de bovenbuik. Ze was zeven kilogram afgevallen in zes weken tijd. Ze werd opgenomen en de dag daarop werd aanvullend beeldvormend onderzoek verricht. Op de CT-scan was een duidelijk progressie van ziekte te zien. Bestaande metastasen waren toegenomen en er werden nieuwe metastasen gezien in de longen en het rechter adnex.

Op 13 juli 2019 besprak beklagde de uitslagen met patiënte. Ze legde uit dat leverfuncties sterk waren verslechterd waardoor er nu geen behandeling meer mogelijk was. Er werd gestart met dexamethason tegen de pijn.

Op 18 juli 2019 sprak beklagde patiënte telefonisch en noteerde hierover het volgende:

*“TELEFONISCH CONSULT: Het gaat goed! Pijn is goed onder controle met dexamethason, geen koorts meer gehad.*

*(...)*

*Verzoek voor second opinion GG; ik maak brief maar informeer ook even naar wachttijden.”*

Bij brief van 7 augustus 2019 liet het GGweten het verzoek van patiënte om een second opinion niet te kunnen honoreren, omdat behandeling in het GG voor haar geen meerwaarde zou hebben.

Op 22 augustus 2019 overleed patiënte.

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

Klagers stellen zich op het standpunt dat beklagde bij de behandeling van patiënte ernstig tekort is geschoten. Klagers verzoeken om een integrale beoordeling van het handelen van beklagde en formuleren ook concrete klachtonderdelen. De klachten laten zich als volgt samenvatten.

3. er was sprake was van een lange wachttijd voordat de behandeling van patiënte kon worden gestart in E;

4. de behandeling van patiënte is gestart zonder dat pathologisch anatomisch onderzoek van de tumor is verricht;

6. er is geen familieanamnese verricht;

9. er is aan patiënte een te lage dosis, dan wel onjuiste dosis chemotherapie gegeven en haar is ten onrechte een kans op vervolgbehandeling onthouden;

13. de bloedtransfusies had eerder bij patiënte moeten plaatsvinden;

18. beklagde heeft verzuimd gehoor te geven aan de wens van patiënte een second opinion aan te vragen bij GG;

24. de communicatie van beklagde richting patiënte en klagers was onzorgvuldig en onvoldoende.

Mondeling ter zitting is door de gemachtigde van klagers aangegeven dat het ook in deze zaak de bedoeling was om te klagen over het feit dat beklagde een periode niet BIG-geregistreerd was.

Tot slot verzoeken klagers beklagde te veroordelen in de proceskosten.

### 4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

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

#### *BIG-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 beklaagde niet BIG-geregistreerd als arts, noch was ze 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. Beklaagde zag patiënte voor het eerst op 5 juni klaagschrift. Zij was toen alweer volledig geregistreerd. Daardoor mist het klachtonderdeel feitelijke grondslag en is het ongegrond.

#### 5.2.2

##### *Lange wachttijd*

Klagers stellen dat het mede aan beklagde te wijten is dat patiënte te lang heeft moeten wachten voor de behandeling in E van start ging.

Beklaagde stelt dat het klaagschrift niet klopt met de feiten. De patiënte werd op 22 mei 2019 na verwijzing van de huisarts gezien op de afdeling MDL van N. Op 24 mei 2019 werd de afdeling heekunde benaderd met het verzoek patiënte te bespreken op de TWG van 31 mei 2019. Op 28 mei 2019 werd zij door N rechtstreeks aangemeld bij een collega van beklagde, werkzaam als internist-oncoloog in E. Deze collega heeft een e-mail aan onder andere beklagde gestuurd met het verzoek patiënte zo spoedig mogelijk te zien en te bespreken op de TWG van 31 mei 2019. Tijdens die TWG werd patiënte inderdaad besproken. Op 29 mei 2019 werd patiënte gebeld of zij bloed wilde laten prikken in E. Tevens werd haar gezegd dat zij op 5 juni 2019 een afspraak had met beklagde. Patiënte werd op die dag inderdaad op de polikliniek gezien. Vóór 31 mei 2019 is beklagde niet betrokken geweest bij de behandeling. Het college merkt op dat de beklagde de patiënte binnen vijf dagen na de TWG heeft gezien. Van een vertraging die tuchtrechtelijk aan beklagde te wijten is, is redelijkerwijs geen sprake. Het klachtonderdeel is ongegrond.

#### 5.2.3

##### *Pathologisch anatomisch onderzoek*

Klagers stellen dat er bij de start van de behandeling ten onrechte geen pathologische bevestiging is verkregen van het klinisch vermoeden van een uitgezaaid coloncarcinoom. In de TWG was een coloscopie met het nemen van bipten geadviseerd. Dit heeft zij zonder goede reden nagelaten.

Beklaagde erkent dat er geen pathologisch onderzoek naar de tumoren (de colontumor en/of de verdachte leverafwijkingen) heeft plaatsgevonden. Zij meent echter dat dit verdedigbaar is geweest. Patiënte gaf namelijk aan euthanasie te wensen als zij zeker zou worden. De kans op verslechtering was gezien de klinische omstandigheden reëel. Gezien de haast die geboden was heeft beklagde besloten geen biopt van de lever te doen. Zij had geen twijfel aan de diagnose gemetastaseerd coloncarcinoom. Het klinisch beeld, de radiologie en het laboratoriumonderzoek lieten daartoe geen enkele ruimte (de tumormerkstof CEA bedroeg 2.400, bij een normaalwaarde van <5). Een biopt zou hieraan alleen formeel bewijs toevoegen. Het college volgt de uitleg van beklagde niet. De redenering die beklagde volgt, is niet redengevend voor het afzien van pathologisch onderzoek. Een start met behandeling had niet hoeven wachten op de uitslag van de bipten. Een alternatieve diagnose was weliswaar niet heel waarschijnlijk, maar is op basis van de beeldvorming en het verhoogde CEA niet uitgesloten. Een eventuele alternatieve diagnose had bovendien grote consequenties voor de behandeling gehad. Een behandeling met chemotherapie kan gepaard gaan met forse bijwerkingen en moet niet lichtvaardig worden toegepast. Mede om die reden is het voor het college onduidelijk gebleven waarom een eventuele euthanasiewens van patiënte in geval van mogelijk in de nabije toekomst te vrezende toenemende klachten pathologisch onderzoek in de weg had moeten staan. Beklaagde lijkt zich door de tijdsdruk onvoldoende rekenschap te hebben gegeven van de wenselijkheid pathologisch onderzoek te doen. Het klachtonderdeel is gegrond.

#### 5.2.4

##### *Geen familieanamnese*

Klagers stellen dat beklagde ten onrechte geen familieanamnese heeft verricht. Beklaagde stelt dat zij uitvoerig met patiënte heeft gesproken en geen tijd had ook de familieanamnese te verrichten.

Het college merkt op dat het verrichten van een familieanamnese wel de voorkeur had verdiend, omdat deze ook voor familieleden van belang kan zijn geweest. In het geheel genomen acht het college dit klachtonderdeel van ondergeschikt belang, nu die anamnese ook nog later had kunnen worden verricht. Het klachtonderdeel is daarom ongegrond.

#### 5.2.5

##### *Dosering chemotherapie*

Klagers stellen dat beklagde te lage doseringen chemotherapie heeft gegeven en dat patiënte daardoor een kans op een vervolgbehandeling is onthouden. Klagers ontkennen dat patiënte nadacht over euthanasie en dat dit een bijzondere factor in de afwegingen van beklagde had moeten zijn.

Beklaagde merkt op dat bij patiënte een palliatief beleid aan de orde was. De lever was al ernstig aangetast. Bij de start van de therapie kon nog niet worden ingeschat hoe progressief de leverfunctiestoornissen zouden zijn, bij een patiënte die niet wilde inleveren qua kwaliteit van leven. Beklaagde stelt dat zij snel met de chemotherapie wilde starten. Dat ze met een voorzichtige dosis monotherapie capecitabine begon, had als voordeel dat patiënte ook meteen, dezelfde dag nog, kon starten. In geval van intensievere, intraveneuze therapie moet de voorlichting en behandeling worden gepland op de dagverpleging, waarvoor de wachttijd op dat moment zelfs bij spoed gemiddeld een week was. Beklaagde heeft frequente controles afgesproken en het beloop intensief gevolgd. Beklaagde heeft bij haar afweging betrokken het gegeven dat oxaliplatin de toxiciteit fors doet toenemen, terwijl patiënte al een matige eetlust en een slechte leverfunctie had. Daarom heeft zij dit middel aanvankelijk niet toegevoegd en wilde zij voorzichtig beginnen. Bevacizumab heeft zij niet toegevoegd vanwege het beperkte effect op de overleving. In dat verband speelde mee dat patiënte ook een euthanasiewens had als de levenskwaliteit sterk zou afnemen. Toen bleek dat patiënte de kuur redelijk goed verdroeg, heeft beklagde in juli 2019 besloten de kuur alsnog te intensiveren door toevoeging van oxaliplatin en bevacizumab (op 50% vanwege de leverfunctie). Kort daarna bleek dat patiënte de tweede kuur slecht verdroeg. Er gebeurde wat patiënte vreesde, namelijk dat zij weinig meer kon. Beklaagde meent dat haar geen verwijt treft. Er is geen informatie beschikbaar om aan patiënten met verminderde leverfunctie de dosering capecitabine aan te passen. In die situatie ligt het voor de hand voorzichtig te starten. Daarna lag een intensieve kuur niet meer voor de hand. Patiënte was al bedlegerig en wilde geen lijdensweg, zoals volgens beklagde duidelijk uit het dossier blijkt.

Het college acht het beleid van beklagde in de door haar geschetste context weliswaar ongewoon, maar niet onverdedigbaar. Patiënte had slechte leverwaarden en beklagde heeft haar goed onder controle gehouden. Tevens heeft zij de dosering verhoogd en uitgebreid toen dat mogelijk leek. Het college neemt daarbij op grond van de dossieraantekeningen aan dat patiënte inderdaad gemotiveerd was voor palliatieve behandeling én dat zij zich daarnaast ook bewust was dat een situatie zou kunnen ontstaan waarin ze euthanasie zou willen. Het college heeft geen reden te twifelen aan de juistheid van de dossieraantekeningen van beklagde op dit punt. Ook de arts-assistent noteert op 12 juli 2019 dat patiënte met de huisarts heeft gesproken over euthanasie. Dat beklagde bij haar beleid op dit punt dus ook bijzondere



aandacht heeft gehad voor de vrees van patiënte voor een “lijdensweg”, die haar tot bijzondere voorzichtigheid heeft gebracht, acht het college dan ook aannemelijk geworden. Patiënte had een evidente behandelwens en wilde snel met de behandeling te beginnen. Dat de gekozen behandeling en de dosering van de chemotherapie ertoe heeft geleid dat patiënte een kans op een vervolgbehandeling is onthouden, is gezien het ziektebeloop onaannemelijk. Dit brengt het college tot de slotsom dat het klachtonderdeel ongegrond moet worden verklaard. Dat een andere afweging mogelijk was geweest, doet daaraan niet af.

#### 5.2.6

##### *Bloedtransfusies*

Klagers menen dat het Hb-gehalte van patiënte van 4,5 mmol/l op 13 juni 2019 aanleiding had moeten zijn haar bloedtransfusie te geven.

Beklaagde voert aan dat op dat moment besloten is nog even aan te zien hoe het Hb zich zou ontwikkelen door de chemokuur.

Het college merkt op dat de onder “Feiten” aangehaalde dossieraantekening d.d. 13 juni 2017 het verweer ondersteunt. Op dat moment is overwogen dat patiënte niet vermoedder was dan voorheen. Daarom werd op dat moment geen actie ondernomen op het Hb van 4,5 mmol/l. Indien de vermoeidheid zou toenemen, zou alsnog transfusie plaatsvinden, bij verlaagd Hb. Zo is vervolgens op 20 juni 2019 ook geschied. Beklaagde heeft terecht een restrictief transfusiebeleid gevoerd. Patiënte is goed in beeld gebleven en er is adequaat gehandeld. Het klachtonderdeel is ongegrond.

#### 5.2.7

##### *Second opinion*

Patiënte wenste een second opinion bij GG. Beklaagde heeft daaraan volgens klagers geen medewerking verleend.

Beklaagde wijst erop dat patiënte heeft uitgelegd dat een second opinion weinig zin zou hebben. Zij heeft deze wel aangevraagd. Het GG heeft bij brief van 7 augustus 2019 aangegeven het verzoek niet te honoreren wegens – kort gezegd – gebrek aan meerwaarde.

Het college constateert dat beklagde op 18 juli 2019 contact met patiënte heeft gehad voor een second opinion. Deze heeft zij ook aangevraagd. Dat GG het verzoek niet heeft gehonoreerd, kan beklagde niet worden verweten. Het klachtonderdeel mist feitelijke grondslag en is daarom ongegrond.

#### 5.2.8

##### *De communicatie*

Klagers menen dat beklagde tegenstrijdige uitspraken heeft gedaan over de behandel mogelijkheden en de levensverwachtingen. Daarnaast zou beklagde niet hebben gereageerd op behandelverzoeken van patiënte.

Beklaagde ontkent het verwijt. Zij verwijst naar het dossier waaruit blijkt dat zij uitvoerig met patiënte en haar familie heeft gesproken. Er is nooit een klacht geweest over communicatie of voorlichting. Ook andere betrokken zorgverleners maken daarvan geen aantekening. Alle opties heeft zij met patiënte en haar familie besproken. Zij is zelfs eens op zaterdag, zonder dat ze dienst had, bij patiënte in het ziekenhuis gekomen toen patiënte daar was opgenomen.

Het college merkt op dat het klachtonderdeel summier is onderbouwd. Beklaagde zou hebben gezegd dat patiënte mogelijk nog tien jaar te leven zou hebben, terwijl patiënte al enkele weken later “opgegeven” werd. Ook zou patiënte hebben aangegeven dat zij graag alle opties die er nog waren, wilden proberen. Het college constateert dat beklagde in het dossier uitvoerig aantekening heeft gemaakt van

haar gesprekken met patiënte. Het dossier geeft geen aanleiding voor het oordeel dat beklaagde patiënte op het verkeerde been heeft gezet, onrealistische verwachtingen heeft gewekt of opties onthouden zou hebben. Ook blijkt dat beklaagde aanspreekbaar was voor patiënte en haar familie. Het college acht het klachtonderdeel ongegrond.

### 5.3

#### **Slotsom en maatregel**

Uit het voorgaande blijkt dat het klachtonderdeel dat besproken is in overweging 5.2.3 gegrond is. De overige klachtonderdelen zijn ongegrond.

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

Ook de omstandigheid dat nu gelijktijdig twaalf tuchtklachten tegen beklaagde zijn ingediend betekent niet dat alleen al daarom moet worden geconcludeerd dat beklaagde een risico vormt voor de individuele gezondheidszorg. In dit geval is van belang dat de twaalf klachten een unieke voorgeschiedenis kennen. Daarbij komt dat het niet zo is dat in de klachtonderdelen die (ook in de andere klachtzaken) gegrond zijn verklaard een patroon is terug te zien van zulk aan beklaagde te wijten ernstig onzorgvuldig handelen dat dit, ongeacht de omstandigheid dat beklaagde niet eerder met het tuchtrecht in aanraking is geweest, zou moeten leiden tot de conclusie dat uitoefening van het beroep van internist-oncoloog door beklaagde niet verantwoord is.

Uit het voorgaande volgt dat het college bij de beoordeling van de vraag welke maatregel moet worden opgelegd telkens (alleen) de ernst van het verwijtbaar handelen in de specifieke casus betreft. Het college is voor wat betreft het opleggen van een maatregel van oordeel dat in dit geval met een waarschuwing kan worden volstaan. Dit is een zakelijke terechtwijzing die de onjuistheid van een handelwijze naar voren brengt, zonder daarop een stempel van laakbaarheid te drukken. Daarbij weegt het college mee dat beklaagde zich ter zitting ter zake van dit klachtonderdeel toetsbaar heeft opgesteld.

Beklaagde is zonder toereikende motivering is afgeweken van een advies van de TWG om eerst pathologisch onderzoek te doen naar de tumoren om daar de behandeling op af te stemmen. Daarmee is een basisuitgangspunt voor de meest passende behandeling gemist. Beklaagde heeft echter wel ruimschoots aandacht voor patiënte en haar wensen willen hebben, maar vermoedelijk heeft zij te veel geleund op haar bevindingen van dat moment en haar overtuiging dat de situatie vroeg om snel te beginnen met een chemokuur. Het college betreft bij zijn oordeel ook het gegeven dat beklaagde geen eerdere tuchtrechtelijke maatregelen heeft gehad. Tot slot betreft het college in zijn afweging de ruime publieke aandacht die de tuchtaak tegen haar heeft verkregen, waarvan de impact op haar groot is. De norm zal daardoor extra zijn ingescherpt. Het college meent dat een waarschuwing in dit geval een passende maatregel is.

De gemachtigde van klagers heeft verzocht om beklaagde te veroordelen in de kosten die zij in verband met de behandeling van de zaak hebben moeten maken. Omdat de klacht (deels) gegrond wordt verklaard en aan beklaagde een maatregel wordt opgelegd, zal het verzoek om beklaagde te veroordelen tot betaling van deze kosten worden toegewezen. Voor wat betreft de berekening van deze kosten sluit het college

aan bij de Oriëntatiepunten kostenveroordeling tuchtcolleges voor de gezondheidszorg[2]. De voor vergoeding in aanmerking komende kosten voor door een derde beroepsmatig verleende juridische bijstand bedragen € 1.194,00 (1 punt voor het klaagschrift + 1 punt voor de zitting bij het college x tarief € 597,00). Voor de regiebespreking zal geen punt worden toegekend. Dit was een bespreking waarin alleen praktische punten zijn besproken en afgestemd. Voor de reiskosten ontvangen klagers samen € 50,00.

## 6. DE BESLISSING

Het college:

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

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