

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2022/3996

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 Y,

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

k l a g 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. Klager heeft zich laten vertegenwoordigen door zijn advocaat. Beklaagde is in persoon verschenen, bijgestaan door haar advocaat.

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

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch dossier) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

De klacht gaat over de behandeling van C, geboren in 1962 en overleden op 3 juni 2019. Klager was haar echtgenoot.

De huisarts van patiënte had haar op 6 februari 2018 wegens gewrichtsklachten en oedeem verwezen naar EE. Omdat de leverwaarden van patiënte afwijkend waren en eiwit werd aangetroffen in de urine werd patiënte door de reumatoloog verwezen naar een internist. Een CT-scan van 7 maart 2018 liet meerdere voor metastasen verdachte laesies in de lever zien en een volumineus aspect van het rectum.

Patiënte werd op 9 maart 2018 besproken in de tumorwerkgroep (hierna: TWG) van het E (hierna: het ziekenhuis), die concludeerde dat er een verdenking was op een rectumcarcinoom met multipele levermetastasen. De TWG adviseerde een verwijzing naar de afdeling medische oncologie en een coloscopie. De TWG noteerde dat patiënte in principe kandidaat was voor deelname aan de CAIRO5-studie.

De scopie werd verricht op 12 maart 2018. Beklaagde werd regiebehandelaar en zag patiënte voor de eerste keer op 14 maart 2018. Beklaagde noteerde dat sprake was

van een primair naar de lever gemetastaseerd rectumcarcinoom. Zij noteerde voorts dat zij patiënte uitgebreid geïnformeerd had over de CAIRO5-studie. Zij adviseerde patiënte te starten met chemotherapie, mede vanwege de uitgebreid aanwezige ziekte in de lever en de afwezigheid van klachten van de endeldarm.

Op 16 maart 2018 sprak beklagde patiënte opnieuw. Op dat moment waren ook nieuwe labuitslagen beschikbaar. Van dit gesprek noteerde beklagde (de citaten zijn weergegeven met eventuele tik- en spelfouten):

“Gezien labuitslagen (leverfunctiestoornissen) en flinke beperkende klachten van patiënte (kan nog geen kopje thee inschenken, zo veel pijn) gaan we niet wachten op de mutatieanalyse maar gaan we zo snel mogelijk starten met behandeling.

DPD is woensdag 14/3 afgenomen, nu nog geen uitslag van.

CAPOX beva qua logistiek uitgelegd; Q benoemt bijwerkingen.

Doel van behandeling nogmaals besproken en uitgelegd.

Evaluatie na 3 kuren middels CT thorax/abdomen.”

Op 22 maart 2018 startte patiënte met kuur 1 (capecitabine 75%, oxaliplatin 100% en bevacizumab 100%)[1].

De eerste kuur werd goed verdragen. Patiënte had de eerste dagen last gehad van wondjes aan de vingertoppen en polyneuropathie. Zij meldde voorts problemen met de ontlasting. Zij had vaak ontlasting, maar telkens maar kleine beetjes. Patiënte startte op 13 april 2018 met de tweede kuur, alles op 100%. Zij meldde vrij beroerd te zijn geweest van de kuur maar ook wel weer snel te zijn hersteld. Ook meldde zij dat de gewrichtsklachten er nog wel waren maar dat de pijn weg was. Kuur 3 werd gegeven op 3 mei 2018, weer op 100%. Een CT-scan op 18 mei 2018 liet een stabiele ziekte zien, waarna geadviseerd werd de chemotherapie te continueren.

Akkoord voor de kuren 4 (24 mei 2018), 5 (14 juni 2018), 6 (5 juli 2018) en 7 (26 juli 2018) werd gegeven door beklagde. De dosering voor deze kuren was 100%.

Akkoord voor kuur 8 (16 augustus 2018) werd gegeven door een collega van beklagde. Zij noteerde onder meer: *“Polyneuropathie neemt toe. Sinds laatste weken laat ze servies kapot vallen. Voeten geen probleem, kloofjes juist beter dan voorheen.”* De dosering oxaliplatin werd gereduceerd tot 75%.

Op 3 september 2018 werd een CT-scan gemaakt en op 7 september 2018 werd patiënte besproken in de TWG. De conclusie van de TWG was dat er respons was op chemotherapie maar dat er geen chirurgische opties waren voor de uitzaaiingen in de lever. De werkgroep adviseerde de palliatieve systeemtherapie te continueren.

Beklagde zag patiënte op 10 september 2018 voor de bespreking van de uitslag van de CT-scan en het verdere beleid. Over de bespreking van het beleid noteerde zij:

“Uitgebreid stilgestaan bij opties:

2. Deze behandeling continueren: niet te adviseren gezien dan zeer hoog risico op polyneuropathie en beenmergproblemen.

3. Stoppen oxaliplatin, rest continueren.

5. Behandeling pauzeren.

Prognose, kwaliteit van leven en CAIRO3 studie uitgebreid besproken. Hebben nu vooral behoefte aan pauze (en vakantie); ook gezien gewrichtsklachten zouden ze toch de chemotherapie in milde vorm willen continueren.

Akkoord.

Gezien vakantie: prednison mee zodat ze bij toename gewrichtsklachten kan starten met 1dd 10 mg.

Heeft pantoprazol: geadviseerd die bij start van prednison weer dagelijks te gebruiken.

Afspraak in oktober gepland.”

Van een afspraak op 17 oktober 2018 noteerde beklagde:

“Heerlijke vakantie gehad, genoten van alles. Is heerlijk op adem gekomen. Iedere 2 weken 3 dagen prednison 10mg genomen met uitstekend resultaat: veel minder last van gewrichten.

Besproken: nog even door met prednison om pauze van chemotherapie zo lang mogelijk te laten duren.

Is hier heel blij mee.

Lab: oplopend AF, oplopende tumormarker.

Beleid: door met incidenteel prednison

Revisie 4 weken, lab vooraf incl leverfuncties. Indien verdere stijging leverwaarden dan zelfde dag nog inloop CT.”

Vanwege toename van de klachten werd op 7 november 2018 besloten chemotherapie te hervatten. Een CT-scan werd niet gemaakt. Voorgesteld werd de combinatie capecitabine + irinotecan (Capiri) en bevacizumab. Uiteindelijk werd gestart met het Capiri-schema, zonder bevacizumab. De eerste kuur werd gegeven op 19 november 2018, gevolgd door een tweede kuur op 10 december 2018.

Na akkoord van beklagde werd een derde kuur gegeven op 3 januari 2019. De dosis irinotecan was in overleg met patiënte gereduceerd tot 75% in verband met leverenzymstoornissen. Patiënte werd op 25 januari 2019 gezien door een collega van beklagde die concludeerde dat patiënte niet fit was voor de volgende kuur. De op dezelfde dag gemaakte CT-scan liet progressie zien met nieuwe uitzaaiingen in lever en longen. Beklaagde besprak de uitslag van de scan met patiënte op 30 januari 2019. Zij noteerde van dit gesprek:

“Slecht nieuws gesprek. Nieuws komt hard aan, zowel bij patiënte als bij partner. Wil heel graag chemotherapie. Uitgelegd dat er weinig opties meer zijn, dat ik bang ben dat zelfs lonsurf niet meer kan. Patiënte vertelt dat ze zich met chemotherapie echt veel beter voelt als zonder. Dat is consistent zo geweest de afgelopen periode. Echter bij zeer slechte leverfunctie is het niet verstandig om welke vorm van chemotherapie dan ook te geven. Daarnaast is de kans dat lonsurf afname van ziekte geeft bijzonder gering.”

Op 6 februari 2019 sprak beklagde patiënte voor de laatste maal. Zij noteerde van dit gesprek onder meer:

“Conclusie:

Progressieve ziekte onder capiri, gezien labuitslagen (sterk verhoogd, LDH, gamma-GT) is starten met chemotherapie (bijv. Lonsurf) niet meer mogelijk.

P/bespreking/beleid:

Vorige week uitslag CT besproken. Vandaag opnieuw gesproken. Hebben slechte uitslag redelijk kunnen verwerken. Nog veel vragen over chemotherapie, beantwoord. Symptoomgerichte palliatie besproken, rol van huisarts uitgelegd.

In verband met progressieve pijnklachten in de gewrichten patiënte verwezen naar pijnteam.

Verzoek aan de huisarts om de palliatieve zorg op zich te nemen, waarbij ik natuurlijk beschikbaar ben voor overleg indien gewenst.”

Patiënte werd verder palliatief begeleid door de huisarts. Op 3 juni 2019 is zij overleden.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

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

- 3. patiënte is ten onrechte niet geïncludeerd in de CAIRO5-studie met betere behandelopties;
 - 4. de dosering capecitabine is in de eerste kuur ten onrechte gereduceerd tot 75%;
 - 6. patiënte is onnodig blootgesteld aan de risico's van ernstige bijwerkingen van oxaliplatin, doordat dit middel te lang is toegediend;
 - 9. het medisch dossier is niet zorgvuldig bijgehouden en bevat onjuistheden;
 - 13. er is ten onrechte een rustpauze ingelast tijdens de behandeling van patiënte en er is niet direct de juiste combinatie van tweedelijns chemotherapie aangeboden;
 - 18. in november 2018 is ten onrechte geen CT-scan gemaakt;
 - 24. beklagde heeft om onjuiste argumenten geen levensverlengende behandeling met Lonsurf gegeven en de mogelijkheid van een levensverlengende behandeling met een anti-EGFR antilichaam is blijkens het dossier geheel over het hoofd gezien;
 - 31. de monitoring en supervisie van het gehele behandeltraject door beklagde onvoldoende en onzorgvuldig is geweest;
 - 39. dat zij behandelingen heeft uitgevoerd, terwijl zij niet in het BIG-register stond ingeschreven en haar registratie als specialist niet op orde had.
- Tot slot verzoekt klager 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

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 beklaagde

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

Inclusie CAIRO5-studie

In de eerste plaats is het college van oordeel dat het niet laten deelnemen van een patiënt aan een behandeling in studieverband geen onjuist of onzorgvuldig medisch handelen is. Of een in studieverband onderzochte behandeling leidt tot betere behandelopties is onderwerp van studie. Het niet laten deelnemen van een patiënt betekent niet dat hem een bewezen betere behandeling wordt onthouden. Daarbij was de overweging van beklagde patiënte niet te laten deelnemen ook om andere redenen verdedigbaar. Voorafgaand aan deelname aan de CAIRO5-studie was een screeningsperiode met onder andere revisie van de beeldvorming met beoordeling door een landelijk panel en een RAS/BRAF mutatiebepaling noodzakelijk. Het duurde normaalgesproken anderhalve week tot twee weken voordat de resultaten daarvan bekend waren. Zonder screeningsperiode zou sneller kunnen worden gestart met chemotherapie. Gezien de ernst van de gewrichtsklachten is de hierin door beklagde gemaakte behandelkeuze navolgbaar. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.2.2

Dosering capecitabine op 75% bij de eerste kuur

Bij mensen met een eventuele DPD-deficiëntie worden bepaalde soorten chemotherapie (waaronder capecitabine) minder goed afgebroken. Deze mensen hebben een groter risico op ernstige bijwerkingen. Omdat patiënte zou worden behandeld met capecitabine had beklagde onderzoek naar de aanwezigheid van DPD-deficiëntie aangevraagd. Dit onderzoek moest buiten het ziekenhuis worden uitgevoerd en de uitslag zou niet binnen enkele dagen te verwachten zijn. Beklagde heeft gezien de ernstige gewrichtsklachten van patiënte op goede gronden besloten de kuur zo snel mogelijk te starten. De uitslag van de DPD-analyse was op het moment van het starten van de kuur nog niet ontvangen. Om die reden was het zorgvuldig om overeenkomstig het binnen het ziekenhuis geldende Vademecum de dosis capecitabine te reduceren tot 75%. Met deze dosisreductie zou een start kunnen worden gemaakt met de kuur én - mocht patiënte onverhoopt toch een DPD-deficiëntie hebben - de meest ernstige toxiciteit kunnen worden voorkomen. Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.2.3

Continueren oxaliplatin na 6 kuren

Het voortzetten van oxaliplatin na 6 kuren (bij respons op deze behandeling) is niet onzorgvuldig als de oxaliplatin redelijk wordt verdragen, wat in het geval van patiënte

zo was. Tot kuur 7 was telkens slechts een lichte neuropathie aanwezig gedurende een paar dagen. De keuze van beklagde onder deze omstandigheden akkoord te gaan met

kuur 7 met oxaliplatin was niet onzorgvuldig. Beklaagde is niet betrokken geweest bij het voor kuur 8 gegeven akkoord, zodat haar op dit punt alleen al hierom geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Klachtonderdeel 3 is eveneens ongegrond.

5.2.4

Bijhouden van het medisch dossier

Het college is van oordeel dat de verslaglegging van beklagde over patiënte in algemene zin voldoet aan het vereiste dat continuïteit van zorg gewaarborgd was. Een enkele verschrijving in het dossier (bijvoorbeeld de aanduiding dat het ging om kuur 6, terwijl het ging om kuur 7) kan voorkomen, was als zodanig herkenbaar en had daarmee ook geen consequenties voor het beleid of de (continuïteit van) zorg. Voor het ontbreken van een notitie van een (telefonisch) consult met een verpleegkundige kan beklagde niet tuchtrechtelijk verantwoordelijk worden gehouden.

Uit het advies van de TWG van 9 maart 2018 volgt dat op dat moment het verwijderen van metastasen door middel van een operatie niet (meer) mogelijk was. Dit was zo duidelijk dat beklagde dit niet nog eens expliciet in haar eigen notities hoefde op te nemen.

Uit de notitie van beklagde van 16 maart 2018 blijkt verder voldoende dat vanwege ernstige pijn is besloten niet te wachten op de mutatie-analyse maar te starten met de behandeling. Daarbij is capox beva (capecitabine, oxaliplatin + bevacizumab) als behandeling genoemd. Hiermee is voldoende vastgelegd dat niet zou worden deelgenomen aan CAIRO5 en waarom niet. De (eenmalige) dosisreductie van capecitabine (75%) bij de eerste kuur is overeenkomstig het in het vademecum van het ziekenhuis vastgelegde lokale beleid en de reden daarvan hoefde niet nader te worden genoteerd of gemotiveerd in het dossier.

De uitslag van de mutatie-analyse is in het patiëntendossier opgenomen en in ieder geval op 10 september 2018 al door beklagde in haar notities vermeld.

De notitie van het consult van 10 september 2018 is voldoende. Waar staat dat de CAIRO3-studie uitgebreid is besproken, moet worden aangenomen dat (de resultaten van) deze studie inderdaad is/zijn besproken. Een woordelijke weergave van wat precies is besproken hoefde niet van beklagde te worden verwacht. De reden voor het niet meteen continueren van de chemotherapie in milde vorm is in genoemde notitie toegelicht (namelijk vakantie). Ook in de notitie van 17 oktober 2018 is met opgaaf van reden opgenomen de pauze zo lang mogelijk te laten voortduren. Dit maakt dat dit klachtonderdeel ongegrond is.

5.2.5

Rustpauze/combinatie van tweedelijns chemotherapie

Uitgaande van de notities in het dossier had patiënte ten tijde van het consult van 10 september 2018 behoefte aan vakantie. De eerstelijnsbehandeling was op dat moment afgerond en het niet meteen vervolgen met een tweedelijnsbehandeling maar inzetten op kwaliteit van leven door middel van een vakantie, was op dat moment verdedigbaar. Gelet op de notities van het consult gaat het college er daarbij van uit dat voor- en nadelen van de drie genoemde opties zijn besproken en dat het beleid met patiënte is bepaald. Dit geldt ook voor het consult van 17 oktober 2018 waarvan de uitkomst was dat nog even door werd gegaan met prednison "om de pauze van

chemotherapie zo lang mogelijk te laten duren". Hierbij werd revisie afgesproken op een relatief korte termijn van vier weken.

Vanwege een toename van de klachten werd besloten de chemotherapie te hervatten. Overeenkomstig het lokale protocol werd gekozen voor capecitabine en irinotecan. Er waren ook geen aanwijzingen dat patiënte deze combinatie van chemotherapie niet goed zou kunnen verdragen zodat de keuze van beklagde voor de volgens het lokale protocol voorgeschreven (tweedelijns)behandeling niet onzorgvuldig was. Ook dit klachtonderdeel faalt.

5.2.6

Achterwege laten CT-scan in november 2018

Bij het starten van de tweedelijnsbehandeling was ook zonder baseline CT-scan duidelijk dat sprake was van progressie van ziekte. De tumormarker liep op en er was een toename van klachten, passend bij progressie van ziekte. Volgens beklagde was er dus geen CT-scan nodig om tot de conclusie te komen dat een tweedelijnsbehandeling geïndiceerd was. Het college overweegt dat normaalgesproken bij aanvang van een volgend behandelregime een baseline CT-scan wordt gemaakt. Deze wordt namelijk gebruikt ter beoordeling van de effectiviteit van de behandeling. Bij het hervatten van de chemotherapie in november 2018 heeft beklagde geen baseline CT-scan laten maken waar dit wel had moeten. Dit wordt door beklagde onderkend, maar volgens beklagde was gezien de setting waarin toename van ziekte gepaard ging met een duidelijke toename van klachten de klinische relevantie van de CT-scan in dit geval beperkt. Het was naar het oordeel van het college zorgvuldiger geweest om wel een CT-scan te laten maken, omdat men niet altijd op kliniek en tumormarkers kan varen en het in het gehele behandeltraject nog zeer wel mogelijk was geweest om alsnog een CT-scan te maken. Als er geen baseline CT-scan is gemaakt, kan men dit alsnog bijvoorbeeld na één chemotherapiekuur doen, zeker gezien het feit dat tijdens de zitting aan de orde kwam dat er in het ziekenhuis de mogelijkheid bestaat om dezelfde dag een inloop CT-scan te laten maken. Tijdens de behandeling kreeg patiënte in toenemende mate last van klachten van de lever waarna duidelijk was dat de tweedelijnsbehandeling geen positief effect had. De CT-scan van 25 januari 2019 bevestigde dit. Al met al is het college van oordeel dat klachtonderdeel 6 in deze specifieke context van onvoldoende gewicht is om tot een tuchtrechtelijk verwijt te leiden. Het zal daarom ongegrond worden verklaard.

5.2.7

Niet in overweging nemen Lonsurf en anti-EGFR

De uitkomsten van de scan van 25 januari 2019 werden op 30 januari 2019 met patiënte besproken en op 6 februari 2019 was er een vervolgggesprek. Op beide momenten noteerde beklagde een Karnofsky-score[2] van 80%. Uit de notities blijkt verder dat beklagde gezien de labuitslagen (AF 508 U/l; ALAT 38U/l; ASAT 116 U/l; Gamma GT 227 U/l; LDH 1.779 U/l; Albumine 28 g/l; Bilirubine 13umol/l) starten met chemotherapie niet meer mogelijk achtte.

Beklagde heeft de mogelijkheid van een derdelijnsbehandeling met Lonsurf (trifluridine-tipiracil) en anti-EGFR niet als reële opties met patiënte besproken. Vanwege de slechte conditie van patiënte, de lage responskans van 1-2% en de mogelijke bijwerkingen is het verdedigbaar dat de behandeling met Lonsurf niet als een reële optie met patiënte is besproken. De mogelijkheid van een behandeling met anti-EGFR had echter wel met patiënte moeten worden besproken. Hierbij is het volgende van belang. Niet in geschil is dat patiënte een duidelijke behandelwens had en dat deze ook nog bestond tijdens de gesprekken op 30 januari en 6 februari 2019.

De kans op een respons met anti-EGFR lag tussen de 10-15%. Bij respons zou levensverlenging met enkele maanden mogelijk kunnen zijn. Beklaagde had met patiënte deze mogelijkheid moeten bespreken zodat alle voor- en nadelen (waaronder de te verwachten bijwerkingen, specifieke wensen bij patiënte over haar laatste levensfase, kans op respons etc.) konden worden betrokken bij de afweging. De conditie van patiënte (met onder meer een Karnofsky-score van 80% en slechte leverwaarden) had zeker bij die overweging betrokken moeten worden. Haar conditie was echter niet zo slecht dat anti-EGFR niet meer overwogen en besproken hoefde te worden. Daarbij is nog van belang dat ten tijde van het consult op 6 februari 2019 niet kon worden uitgesloten dat de slechte conditie van patiënte voor een deel een (tijdelijk) gevolg was van de nog in januari 2019 gegeven chemokuur. Klachtonderdeel 7 is dan ook gegrond.

5.2.8

De monitoring en supervisie van het gehele behandeltraject door beklagde

Klager motiveert dit klachtonderdeel grotendeels met een verwijzing naar het volgens klager onvoldoende bijgehouden medisch dossier. De dossiervoering is met klachtonderdeel 4 echter afzonderlijk aan de orde gesteld. Hiervoor onder 5.2.4 is overwogen dat deze dossiervoering voldoende is geweest. Nu verder niet specifiek is onderbouwd op welke punten monitoring en supervisie onvoldoende zijn geweest kan dit klachtonderdeel 8 niet slagen.

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 ze 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 patiënte duurde van 14 maart 2018 tot 2019. Dit betekent dat beklagde gedurende een deel van de behandelrelatie niet BIG-geregistreerd was. Zij was wel geregistreerd in het specialistenregister. Tijdens deze periode heeft beklagde handelingen verricht die aan artsen zijn voorbehouden. Hiervoor geldt het navolgende.

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 tuchtrechtelijk toezicht. Naast het BIG-register is er ook een 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. Beklaagde heeft haar registratie in het specialistenregister laten verlopen op 28 mei 2017. Haar registratie in het BIG-register heeft ze laten verlopen op 8 januari 2018.

Op

6 februari 2018 heeft beklagde zich weer laten inschrijven in het specialistenregister. Normaliter leidt dat automatisch ook tot een herinschrijving in het BIG-register, aangezien inschrijving in het specialistenregister niet kan plaatsvinden zonder inschrijving in het BIG-register. Bij beklagde is dat om een voor het college onbekende reden niet gebeurd. Pas op 13 april 2018 is beklagdes registratie in het BIG-register hervat. Dit betekent dat beklagde tijdens een deel van de

behandelrelatie, namelijk van 14 maart 2018 tot 13 april 2018 niet BIG-geregistreerd is geweest. Beklaagde mocht er naar het oordeel van het college echter van uitgaan dat haar BIG-registratie zou worden hervat op het moment waarop haar registratie in het specialistenregister werd hervat. Om die reden zal het haar niet worden aangerekend dat dit niet het geval was. Het klachtonderdeel is ongegrond.

5.3

Slotsom en maatregel

Klager heeft verzocht om oplegging van een maatregel waarmee verzekerd wordt dat beklagde 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 beklagde zijn ingediend betekent niet dat alleen al daarom moet worden geconcludeerd dat beklagde 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 tuchtklachten) gegrond zijn verklaard een patroon is terug te zien van zulk aan beklagde te wijten ernstig onzorgvuldig handelen dat dit, ongeacht de omstandigheid dat beklagde niet eerder met het tuchtrecht in aanraking is geweest, zou moeten leiden tot de conclusie dat uitoefening van het beroep van internist-oncoloog door beklagde 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.

De klacht is gedeeltelijk gegrond, namelijk wat betreft klachtonderdeel 7. 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 beklagde zich ter zitting ter zake van dit klachtonderdeel toetsbaar heeft opgesteld.

De gemachtigde van klager heeft verzocht om beklagde te veroordelen in de kosten die klager in verband met de behandeling van zijn zaak heeft moeten maken. Omdat de klacht van klager (deels) gegrond wordt verklaard en aan beklagde een maatregel wordt opgelegd, zal het verzoek van klager om beklagde 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[3]. 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.

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

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] Dit is een scorelijst die de functionele toestand van de patiënt weergeeft.

[3] Gepubliceerd op www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl