

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2022/3997

### 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 X,

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

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

-tegen-

**D**, internist, (destijds) werkzaam te Y,

bijgestaan door mr. D. Zwartjens, advocaat te Leiden,

**b e k l a a g d e**

#### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 10 en 11 november 2022. Klaagster en beklaagde zijn allebei in persoon verschenen, 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 C, geboren in 1939 en overleden op 24 december 2018 (hierna te noemen: patiënt). Klaagster is zijn dochter.

Patiënt had prostaatkanker gehad, waarvoor hij in 2012 was bestraald. In 2017 werd een distaal rectumcarcinoom (T4N2M1) vastgesteld met een solitaire levermetastase van ruim 7 cm in segment 7/8. Patiënt werd op 3 en 10 november 2017 besproken in de tumorwerkgroep (hierna: TWG) van het E (hierna: het ziekenhuis). De TWG stelde als beleid "chirurgie" voor met als toelichting (de citaten worden weergegeven inclusief tik- en taalfouten):

*"Gezien eerder radiotherapie: re irridiatie niet de voorkeur – beoordelen poli heelkunde/oncologie waarbij opties totale excenteratie vs eerst starten met neo adjuvante chemotherapie besproken worden".*

Op 13 november 2017 werd patiënt gezien door de chirurg en beklaagde gezamenlijk. Genoteerd werd dat met patiënt werd besproken dat afhankelijk van de respons te zijner tijd zou worden beslist over:

*“resectie en wat eerst te doen (lever of exenteratie of zodanig goede respons dat er wellicht iets te combineren is).”*

Op 20 november 2017 zag beklagde patiënt opnieuw. Zij noteerde als plan *“neo-adjuvante systeemtherapie, restadieren en dan indien mogelijk in opzet curatieve chirurgie.”* Een leverbiopt werd genomen op 28 november 2017. Een volgend contact was er op 29 november 2017. Beklaagde noteerde toen dat patiënt op 20 november 2017 informed consent had gegeven voor deelname aan de ORCHESTRA-studie. Zij noteerde verder: *“Biopt uit lever, Nog bespreken op TWG hoe te behandelen.”* Patiënt werd geïncludeerd in de ORCHESTRA-studie. Kuur 1 met capecitabine, oxaliplatin en bevacizumab (alles in een dosering van 100%)[1] startte op 1 december 2017. Patiënt verdroeg de kuur goed en op 21 december 2017 startte de tweede kuur. Nog dezelfde dag volgde een opname op de SEH met een laryngospasme graad 4, geduid als reactie op de oxaliplatin. De derde kuur, rond 10 januari 2018, werd gegeven zonder de oxaliplatin.

Beeldvormend onderzoek van 24 januari 2018 liet afname van de metastase in de lever zien. Beklaagde zag patiënt weer op 31 januari 2018. In het verslag van dit spreekuurbezoek staat een verwijzing naar beeldvormend onderzoek van 8 november 2017 en de bevindingen van dat onderzoek. Als conclusie staat in het verslag *“Afname van ziekte na 2 kuren capox + beva en 1 kuur capecitabine met beva (allergie oxaliplatin).”* De behandeling met capecitabine en bevacizumab werd voortgezet. Patiënt werd door middel van loting ingedeeld in “arm A” van de ORCHESTRA-studie, wat inhield dat doorgegaan zou worden met de chemokuren, zonder lokale behandeling van metastasen.

De vierde kuur (capecitabine en bevacizumab) startte op 1 februari 2018. Beklaagde zag patiënt weer voorafgaand aan de start van de vijfde kuur. Zij noteerde onder meer:

*“Beetje ontdaan over telefonische bericht dat er nu geen OK zal volgen.*

*Nogmaals randomisatie uitgelegd.*

*Beleid: door tot 8 kuren, dan pauze en zien of er langdurige stabiele ziekte is die mogelijk weg te opereren valt. Ook benadrukt dat technisch er veel mogelijkheden zijn maar dat het heel dubieus is of het ook zinvol is voor de patiënt.*

*Erg tevreden met uitleg.”*

De zesde en de zevende kuur werden gegeven in maart en april 2018.

Een nieuwe CT-scan werd gedaan op 18 april 2018. De conclusie van dit beeldvormend onderzoek was dat er stabiele ziekte was. Beklaagde besprak de uitslag en het beleid met patiënt op 25 april 2018. Patiënt gaf tijdens dit spreekuurbezoek aan dat hij last van de voeten had (hand-foot-syndroom/HFS) wat flinke gevolgen had gehad voor zijn kwaliteit van leven. Beklaagde noteerde over het besproken beleid:

*“Gesproken over verschillende opties:*

*2. Doorgaan met capecitabine monotherapie in continue schema (conform CAIRO 3); echter gezien de hand/voet perikelen lijkt mij dat wat te hoog gegrepen.*

*3. Alternatief is therapiepauze.*

*Beiden besproken, met name ten aanzien van kwaliteit van leven en van levensduur.*

*Uiteindelijk valt de keuze op een therapiepauze.”*

Op 1 augustus 2018 was er weer een spreekuurcontact met beklagde. Een op 25 juli 2018 gemaakte CT-scan liet een geringe toename van ziekte zien. Afgesproken werd een nieuwe CT-scan te maken eind september, met de aantekening dat de aard van de op de CT-scan zichtbare nieuwe kleine laesies in de lever nog niet te duiden was.

Een op 3 oktober 2018 gemaakte CT-scan liet progressie zien bij nieuwe levermetastasen. Patiënt meldde bij het spreekuurbezoek op dezelfde dag aan beklagde dat hij veel last had van onvoorspelbare explosieve diarree. Als beleid noteerde beklagde dat er gezien de zeer beperkte progressie geen reden was om direct te starten met chemotherapie. Vanwege de problemen met ontlasting verwees zij patiënt naar heekunde om eventueel palliatieve resectie van de primaire tumor te bespreken.

De chirurg zag patiënt op 8 oktober 2018 en adviseerde een dubbelloops colostoma. Patiënt werd op 12 oktober 2018 besproken in de TWG. In het verslag van de TWG werd als beleid genoteerd het aanleggen van een split of dubbelloops sigmoïdstoma. Er werden geen mogelijkheden gezien voor radiotherapie van de rectumtumor, gezien de eerdere bestraling op de prostaat.

Voordat de stoma zou worden geplaatst werd patiënt op de SEH gezien in verband met urineretentie en hematurie, waarvoor een CAD werd geplaatst. Nader onderzoek wees uit dat de problemen met de blaas werden veroorzaakt door ingroei van de tumor in de achterwand van de blaas. Patiënt werd op 9 november 2018 besproken in de TWG, waarbij het bespreken van tweedelijns chemotherapie als beleid werd genoteerd.

Beklaagde besprak de behandelopties met patiënt op 14 november 2018 en stelde voor te starten met capecitabine met irinotecan. Op 21 november 2018 werd patiënt met forse hematurie gezien op de polikliniek. In overleg met beklagde werd besloten nog geen chemotherapie te geven, maar eerst radiotherapie op de tumoringroei in de blaas.

Na bestraling zag beklagde patiënt weer op 12 december 2018. Het bloedverlies was verminderd en patiënt startte de volgende dag met de eerste kuur capecitabine met irinotecan (dosering 75%).

Patiënt werd op 20 december 2018 met diarree opgenomen via de SEH en gezien door een arts-assistent inwendige geneeskunde. Deze noteerde in de avond van 20 december 2018 dat patiënt sinds 04:00 uur drie keer last had gehad van grote hoeveelheden waterdunne ontlasting en die middag om 16:00 uur de laatste keer ontlasting had gehad, die dun was, maar wel minder dun. Daarna had hij geen diarree meer gehad. In verband met de diarree had hij elke twee uur loperamide genomen, na 16:00 uur niet meer. De dag daarvoor had patiënt buikkrampen gehad, was hij misselijk geweest en had hij eenmalig gebraakt. Volgens de dochter van patiënt, had patiënt vaker diarree gehad dan drie keer. De assistent noteerde van lichamelijk onderzoek onder meer: *“Abd: NP, WT, traube helder, soepele buik zonder drukpijn, geen abnormale wt palpabel.”*

In overleg met beklagde werd het volgende beleid bepaald:

Patiënt werd op 22 december 2018 opnieuw gezien op de SEH en opgenomen, nu met een ileus beeld. Patiënt had na 20 december 2018 geen ontlasting meer gehad en zijn buik was gezwollen. Op 23 december 2018 werd in verband met een klinische verbetering besloten de maagsonde af te doppen en enige voeding te starten. Op 24 december 2018 vond aspiratie van voedsel plaats, waarna patiënt overleed. Beklaagde was bij de laatste opname niet betrokken.

Door het ziekenhuis zijn twee calamiteitenmeldingen gedaan. De eerste melding betrof de heen-zending van patiënt op 20 december 2018 en de tweede melding betrof de inclusie in de ORCHESTRA-studie. Beide meldingen zijn inmiddels afgesloten.

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

Klaagster stelt zich op het standpunt dat beklagde bij de behandeling van patiënt ernstig tekort is geschoten. Klaagster verzoekt om een integrale beoordeling van het

handelen van beklaagde en formuleert ook concrete klachtonderdelen. Deze klachtonderdelen luiden als volgt:

3. beklaagde heeft patiënt een in opzet curatieve behandeling onthouden;
4. beklaagde heeft patiënt ten onrechte in de ORCHESTRA-studie opgenomen;
6. beklaagde heeft een kunstfout begaan door een biopsie uit de lever te nemen;
9. beklaagde laste ten onrechte een therapiepauze in en er had mogelijk een switch van capecitabine naar S-1 (Teysuno) besproken moeten worden met patiënt;
13. beklaagde heeft tijdens een polikliniekbezoek in oktober 2018 de verkeerde CT-scan besproken;
18. beklaagde heeft op 31 januari 2018 de uitslag van de MRI van 8 november 2017 besproken met patiënt in plaats van de uitslag van de CT-scan van 24 januari 2018. Daarnaast heeft beklaagde de uitslag van die scan ook niet in de daaropvolgende brief aan de huisarts genoemd;
24. de dossiervoering is zeer ondermaats geweest;
31. beklaagde heeft ruim een half jaar na het overlijden van patiënt het medisch dossier nog bewerkt;
39. de communicatie met patiënt en diens familie is zeer ondermaats geweest;
48. de keuze van het behandelingschema in december 2018 was onjuist;
58. patiënt is op 20 december 2018 ten onrechte naar huis gestuurd en niet gezien door beklaagde;
69. op 23 december 2018 is de orale intake ten onrechte uitgebreid zonder dat er auscultatie van de buik is verricht. Bij de laatste opname is ook op andere punten verwijtbaar onzorgvuldig gehandeld;
81. beklaagde heeft zich voorgedaan als internist-oncoloog en in die vermeende hoedanigheid patiënt behandeld, terwijl zij in ieder geval vanaf 28 mei 2017 tot 6 februari 2018 (en mogelijk langer) niet in het specialistenregister stond ingeschreven. Ook heeft zij patiënt behandeld in de periode van 6 januari 2018 tot 13 april 2018 waarin zij niet als arts ingeschreven stond in het BIG-register. Tot slot verzoekt klagster beklaagde 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 beklaagde 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

beklaagde 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 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

##### *Palliatief ipv curatief/opname in ORCHESTRA-studie/Leverbiopt*

Het college zal de klachtonderdelen 1 tot en met 3 gezamenlijk beoordelen.

De TWG adviseerde op 10 november 2017 een beoordeling op de poli heekunde/oncologie van de opties totale exenteratie[2] versus eerst starten met neo-adjuvante chemotherapie. De TWG ging dus uit van een behandeling die in opzet was gericht op curatie. Voor deelname aan de ORCHESTRA-studie is vereist dat er geen curatieve opties meer zijn.

Op 13 november 2017 werd patiënt door de chirurg en beklaagde gezien tijdens een gecombineerd consult (heekunde/oncologie). Wat tijdens dit gesprek precies is gezegd, is achteraf niet geheel te reconstrueren. Klaagster heeft ter zitting toegelicht dat op dat moment is uitgelegd dat een palliatief traject zou volgen. Dit blijkt niet (helemaal) uit de door de chirurg van dit consult gemaakte notities. Beklaagde bestrijdt deze lezing van klaagster echter niet. Nu beklaagde in volgende notities heeft genoteerd dat patiënt op 20 november 2017 informed consent had gegeven voor deelname aan de ORCHESTRA-studie, en er dus mag worden verondersteld dat uitgebreide schriftelijke informatie aan patiënt is meegegeven over de aard en intentie van de studie, gaat het college ervan uit dat inderdaad op 13 november 2017 uitleg is gegeven over een palliatief beleid. Dit was een afwijking van het door de TWG op 10 november 2017 geadviseerde in opzet curatieve beleid. Afwijken van het door de TWG geadviseerde beleid is niet per definitie onzorgvuldig. De kans op curatie was klein en er zou – naast chemotherapie – een zeer ingrijpende operatie voor nodig zijn. De inschatting door de chirurg of een dergelijke operatie ook een optie is bij en voor

een specifieke patiënt, kan na een consult een andere zijn dan bij de ‘papieren’ inschatting door de TWG. De door de patiënt uitgesproken wensen of zijn conditie kunnen tot een andere afweging leiden.

Een dergelijke afwijking van het voorgestelde – in opzet curatieve – beleid had echter wel moeten worden teruggekoppeld aan de TWG. Temeer daar een van de vereisten voor deelname aan de ORCHESTRA-studie een multidisciplinair geformuleerd plan voor tumordebuling voorafgaand aan start met chemotherapie is. Ook had duidelijk genoteerd moeten worden wat de overwegingen waren om te kiezen voor een palliatieve behandeling in plaats van een in opzet curatieve behandeling.

Daarbij komt dat bij patiënt geen (zekere) metastasering buiten de lever aanwezig was en hij dus in principe niet in aanmerking kwam voor deelname aan de ORCHESTRA-studie. Dat patiënt desondanks is toegelaten tot de studie is mogelijk terug te voeren op het onjuist invullen van de randomisatieformulieren. In het voortgangsverslag van beklagde van 29 november 2017 is onder meer ingevuld dat sprake was van non-target lesions in het peritoneum. De aanwezigheid van peritoneale metastasen werd echter niet benoemd in de verslagen van de aanwezige beeldvorming. De notitie van beklagde in het voortgangsverslag was dan ook onjuist en heeft mogelijk mede geleid tot de onterechte inclusie van patiënt in de ORCHESTRA-studie.

Dat patiënt ten onrechte in de ORCHESTRA-studie is geïnccludeerd, betekent ook dat ten onrechte een biopt uit de lever is genomen. Een biopt was namelijk niet nodig geweest als niet voor deelname aan de ORCHESTRA-studie was gekozen. Een biopt uit de lever is bij een behandeling met curatieve intentie niet geïndiceerd.

Uit het voorgaande volgt dat de klachtonderdelen 1 tot en met 3 gegrond zijn.

#### 5.2.2

##### *Therapiepauze/(bespreken) switch van capecitabine naar S-1 (Teysono)*

Met patiënt is op 25 april 2018 gesproken over de opties na kuur 8. Uit de dossiernotities volgt dat beklagde daarbij de optie van doorgaan met capecitabine monotherapie (conform de CAIRO3-studie) en de optie van therapiepauze heeft besproken. Uit de CAIRO3-studie blijkt dat er weliswaar een significant betere progressievrije overleving was in de groep met onderhoudsbehandeling ten opzichte van observatie, maar dat de totale overleving in beide groepen niet significant verschillend was. Uitgaande van de notities is bij de bespreking van onderhoudsbehandeling versus therapiepauze het (mogelijk) effect van beide opties op kwaliteit van leven en levensduur aan de orde geweest. Het college gaat er dan ook vanuit dat de keuze voor een therapiepauze is gemaakt in samenspraak met patiënt en dat deze voorafgaand aan deze keuze voldoende geïnformeerd was. Dat beklagde de mogelijkheid van een switch van capecitabine naar S-1 (Teysono) niet heeft besproken is niet onzorgvuldig. De te maken afweging is namelijk hetzelfde. Ook deze behandeling kent bijwerkingen en geeft verlies van conditie en de mogelijke winst van deze behandeling is vergelijkbaar met de onderhoudsbehandeling conform CAIRO3.

Klachtonderdeel 4 is ongegrond.

#### 5.2.3

##### *Besproken beeldvorming in oktober 2018 en 31 januari 2018/communiceren uitslag CT-scan van 24 januari 2018 aan de huisarts*

Volgens het verslag van het consult op 3 oktober 2018 was het doel van dit consult het bespreken van de uitslag van de CT en het verdere beleid. In het verslag staat voorts als “resultaatdatum” bij het beeldvormend onderzoek “25-7-2018”. Dit was niet de datum van de meest recente beeldvorming (die dateerde van eind september



2018). Ondanks de verwijzing naar beeldvorming van 25 juli 2018 moet uit de (verdere) inhoud van het verslag van het consult worden geconcludeerd dat de beeldvorming van eind september 2018 is besproken. De op de beeldvorming van 25 juli 2018 zichtbare leverlaesies waren nog te klein om te kunnen duiden, terwijl in het consultverslag van 3 oktober 2018 (beperkte) progressie in de lever wordt genoemd. Niet aannemelijk is dan ook dat in oktober 2018 niet de meest recente beeldvorming is besproken.

In het verslag van het consult van 31 januari 2018 én de brief aan de huisarts van dezelfde datum staat een verwijzing naar beeldvormend onderzoek van 8 november 2017. Uit de in de notities van het consult en de in de brief opgenomen conclusie (afname van ziekte na 2 kuren) blijkt echter duidelijk dat deze conclusie niet kán zijn gebaseerd op beeldvorming van 8 november 2017. Niet alleen is die beeldvorming gemaakt voorafgaand aan de kuren, ook is op die beeldvorming nog geen afname van ziekte te zien. Aangenomen moet daarom worden dat bij het consult op 31 januari 2018 wel de meest recente beeldvorming is besproken. Voor de huisarts zal in één oogopslag duidelijk zijn geweest dat de in de brief van 31 januari 2018 opgenomen conclusie moest zijn gebaseerd op recentere beeldvorming dan die van 8 november 2017.

De klachtonderdelen 5 en 6 zijn daarom ongegrond.

#### 5.2.4

##### *De dossiervoering*

Zoals volgt uit 5.2.1 is de dossiervoering ten aanzien van deelname aan de ORCHESTRA-studie onjuist geweest. Beklaagde heeft in haar voortgangsverslag van 29 november 2017 ten onrechte opgenomen dat sprake was van non-target lesions in het peritoneum. Klachtonderdeel 7 is in zoverre gegrond.

Voor het overige is klachtonderdeel 7 ongegrond, omdat dit klachtonderdeel niet nader is geconcretiseerd. Zo wordt gewezen op niet afgeronde notities, zonder te specificeren om welke notities het gaat. Ook wordt gewezen op niet genoteerde bevindingen, zonder te concretiseren om welke bevindingen het gaat.

#### 5.2.5

##### *Bewerken van het medisch dossier na het overlijden van patiënt*

Beklaagde heeft in juni 2019 de notitie van 29 november 2017 afgerond. Niet duidelijk is of beklagde daadwerkelijk iets heeft gewijzigd of alleen de status van de notitie heeft aangepast. Het achteraf bewerken van een notitie in het dossier is niet per definitie tuchtrechtelijk verwijtbaar. Als men bij het raadplegen van een dossier op een fout stuit, mag deze worden hersteld. Het hangt af van de inhoud van de wijziging of de zorgverlener in het dossier aantekening moet maken van het feit dat hij de inhoud heeft aangepast. Dat zal niet altijd nodig zijn, bijvoorbeeld bij het herstel van een evidente verschrijving. Het achteraf manipuleren van een dossier om tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid te ontlopen is uiteraard niet toegestaan (zie ook: ECLI:NL:TGZCTG:2022:83 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag C2021.038). Dat daarvan sprake is blijkt echter nergens uit. Van een (dreigende) tuchtklacht was op het moment van aanpassen nog geen sprake en beklagde was ook nog niet op non-actief gesteld.

Klachtonderdeel 8 is ongegrond.

#### 5.2.6

##### *De communicatie*

Klaagster stelt ter onderbouwing van dit klachtonderdeel dat patiënt niet werd geïnformeerd over alle behandelmogelijkheden. Ten aanzien van het hiervoor onder 5.2.2 besproken klachtonderdeel over de therapiepauze/therapieswitch moet worden

geoordeeld dat de communicatie daarover voldoende is geweest. Voor het overige heeft klagster niet onderbouwd over welke behandel mogelijkheden patiënt ten onrechte niet geïnformeerd zou zijn. Het gestelde bespreken van oud beeldmateriaal is ook in klachtonderdeel 5.2.3 aan de orde gesteld. Dit klachtonderdeel is door het college in die overweging als ongegrond beoordeeld. Klagster stelt verder dat bepaalde behandelkeuzes en consequenties daarvan niet (aantoonbaar) met patiënt en zijn familie werden besproken, zonder te specificeren om welke behandelkeuzes het gaat. Nu ook verder onvoldoende is geconcretiseerd op welke momenten of punten beklagde beter had moeten communiceren, zal klachtonderdeel 9 ongegrond worden verklaard.

#### 5.2.7

##### *Behandelschema in december 2018*

Een tweedelijnsbehandeling met capecitabine en irinotecan werd op 14 november 2018 met patiënt besproken. Vanwege de problemen met de blaas werd de start van de behandeling uitgesteld tot na bestraling en op 12 december 2018 opnieuw besproken. De dosering werd door beklagde op 75% gezet met de notitie "*Indien geen bijwerkingen dan eventueel dosering bij volgende kuur aanpassen.*"

De keuze voor dit schema was verdedigbaar en conform het vademecum van het ziekenhuis. De eerdere behandeling met capecitabine was al langer geleden en het pas aan het einde van deze behandeling opgetreden hand-foot-syndroom was inmiddels verdwenen. Het opnieuw opstarten van een behandeling met capecitabine was daarmee niet onverantwoord. Dat gold ook voor de keuze voor irinotecan. Gezien de overgevoeligheid voor oxaliplatin was irinotecan een verantwoord alternatief, zeker nu in eerste instantie werd gekozen voor een dosering van 75% met de mogelijkheid deze dosering te verhogen als de kuur goed verdragen werd. Een switch naar S1 (Teysuno) was te overwegen als de capecitabine niet goed verdragen werd. Klachtonderdeel 10 is ongegrond.

#### 5.2.8

##### *Heenzenden patiënt op 20 december 2018/niet zien van patiënt*

Op het moment van heenzenden in de late avond van 20 december 2018 had patiënt al sinds 16:00 uur geen diarree meer. Er was een soepele buik zonder drukpijn en zonder abnormale weerstand. Er waren geen aanwijzingen voor een ileus beeld en aangenomen kon worden dat de diarree een bijwerking was van de irinotecan. Na vochttoediening is patiënt met adviezen naar huis gestuurd. Met de kennis van toen was dit niet onzorgvuldig. Ook hoefde beklagde in de door de arts-assistent gegeven informatie geen aanleiding te zien zich persoonlijk op de hoogte te stellen van de toestand van patiënt. Een afspraak op de poli op 4 januari 2019 was evenmin onzorgvuldig, uitgaande van de situatie dat niet opnieuw heftige diarree zou optreden en de ontlasting weer op gang zou komen. Klachtonderdeel 11 is ongegrond.

#### 5.2.9

##### *Uitbreiden intake op 23 december 2018/handelen bij de laatste opname*

Beklaagde is bij de laatste opname niet betrokken geweest. Zij was geen klinisch regiebehandelaar en heeft geen enkele zeggenschap gehad in het besluit de intake uit te breiden. Klachtonderdeel 12 is ongegrond.

#### 5.2.10

##### *Registratie*

Beklaagde was van 28 mei 2017 tot 8 januari 2018 niet geregistreerd in het specialistenregister als internist. Ze was in die periode wel BIG-geregistreerd als arts. Van 8 januari 2018 tot 6 februari 2018 was beklagde niet BIG-geregistreerd als arts. Ook was zij niet geregistreerd als internist in het specialistenregister. Op 6 februari

2018 was ze weer geregistreerd in het specialistenregister. Vanaf 13 april 2018 was ze ook weer BIG-geregistreerd.

De behandelrelatie tussen beklagde en patiënt duurde van november 2017 tot het overlijden van patiënt eind 2018. Dit betekent dat beklagde gedurende een deel van de behandelrelatie niet geregistreerd was in het specialistenregister. Ook was beklagde gedurende een overlappende periode evenmin BIG-geregistreerd. In deze perioden heeft beklagde handelingen verricht die aan artsen zijn voorbehouden en zich geafficheerd als internist-oncoloog. Hiervoor geldt het navolgende.

#### 5.2.10.1

Niet ingeschreven in specialistenregister

In artikel 17 lid 1 van de Wet BIG is bepaald dat het recht om een specialistentitel te voeren is voorbehouden aan degenen die zijn ingeschreven in het desbetreffende erkende specialistenregister. Klager verwijt beklagde op zichzelf terecht dat zij de titel internist-oncoloog voerde gedurende het deel van de behandelrelatie waarin zij niet als internist was ingeschreven in het specialistenregister. Zij handelde hiermee in strijd met artikel 17 lid 1 en 2 van de Wet BIG. Zij was echter wel als arts ingeschreven in het BIG-register en – indien bekwaam – bevoegd om de medische handelingen op het gebied van interne geneeskunde en oncologie te verrichten. Het college is van oordeel dat niet gebleken is dat beklagde hiertoe niet bekwaam was. Ze is als internist(-oncoloog) opgeleid, was ook als internist ingeschreven totdat de inschrijving verliep en heeft die inschrijving enkele maanden later weer doen hervatten. Ook verder zijn er geen omstandigheden gebleken die de conclusie rechtvaardigen dat beklagde niet bekwaam zou zijn geweest. Een en ander maakt dat, hoewel beklagde niet juist heeft gehandeld door enige tijd de specialistentitel te voeren zonder ingeschreven te staan in het specialistenregister, het te ver voert om haar hiervoor een tuchtrechtelijk verwijt te maken. Het verweten handelen is daarvoor – gelet op de korte duur van de omissie en het feit dat er geen twijfels bestaan over de bekwaam- en bevoegdheid van beklagde om als internist-oncoloog medische handelingen te verrichten – van onvoldoende gewicht.

#### 5.2.10.2

Niet ingeschreven in BIG-register

Het BIG-register is door de minister ingesteld op grond van artikel 3 van de Wet BIG. Deze wet kent een stelsel van titelbescherming voor bepaalde beroepen, waaronder dat van arts. Alleen degenen die als arts 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 tuchtrechtspraak. Beklagde heeft haar BIG-registratie laten verlopen op 8 januari 2018, maar is in de periode hierna wel onverminderd blijven handelen als arts, waaronder als behandelend arts van de patiënt in de onderhavige zaak. Hiertoe was zij in de periode waarin zij niet langer BIG-geregistreerd was niet bevoegd. Daarnaast heeft beklagde zich door haar inschrijving te laten verlopen onttrokken aan het tuchtrecht, terwijl zij wel als arts naar buiten is getreden en handelingen is blijven verrichten die naar hun aard tuchtrechtelijk getoetst moeten kunnen worden. Het college rekent het beklagde aan dat zij het voorgaande heeft laten gebeuren. Wat de achtergrond van deze kwestie is geweest, is niet duidelijk nu beklagde hierin geen inzicht heeft willen geven. Een en ander maakt dat het handelen als hierboven beschreven onverkort verwijtbaar is. Het klachtonderdeel is in zoverre gegrond.

#### 5.3

**Slotsom en maatregel**

Klaagster heeft 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 normen in deze casus rechtvaardigen 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 tuchtklachten) 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.

De klacht is gedeeltelijk gegrond, namelijk wat betreft de klachtonderdelen 1, 2, 3, 7 (gedeeltelijk) en 13 (gedeeltelijk). Omdat de beklaagde voor de gebrekkige registratie (klachtonderdeel 13) in de zaak met zaaknummer Z2022/3999 al een waarschuwing krijgt opgelegd, zal het college dit handelen niet meewegen bij het bepalen van de maatregel in de onderhavige zaak. Het college overweegt ten aanzien van de in verband met de overige gegronde klachtonderdelen op te leggen maatregel verder het volgende.

De gegronde klachtonderdelen hebben allemaal betrekking op de overgang van een in opzet curatieve behandeling naar een deelname aan een palliatieve behandeling in studieverband. Van beklaagde kon worden verwacht dat zij ervan op de hoogte was dat patiënt niet voldeed aan de inclusiecriteria van de studie. Daarbij komt dat beklaagde in haar notities van 29 januari 2017 ten onrechte heeft genoteerd dat er sprake was van peritoneale laesies, wat kon bijdragen aan de onterechte inclusie. Al met al gaat het om een ernstig verwijt omdat hiermee de patiënt een in opzet curatieve behandeling is onthouden en hij ten onrechte een leverbiopt heeft moeten ondergaan. Het college is van oordeel dat dit handelen een berisping rechtvaardigt. De gemachtigde van klaagster heeft op de zitting verzocht om beklaagde te veroordelen in de kosten die zij in verband met de behandeling van haar zaak heeft moeten maken. Omdat de klacht (deels) gegrond wordt verklaard en aan beklaagde een maatregel wordt opgelegd, zal het verzoek van klaagster 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[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. De vergoeding voor de door klaagster gemaakte reiskosten bedraagt € 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  
M. Keukenmeester, secretaris.

voorzitter  
secretaris

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

6. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als  
- het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard of  
- als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

2. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

3. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griff

[1] Waar hierna wordt gesproken over percentages chemotherapie, wordt bedoeld percentages van de aanbevolen dosering.

[2] Bij een totale exenteratie worden de organen en klieren uit het kleine bekken, de blaas en de endeldarm verwijderd.

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