

## **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**

en

**B**, wonende te Z,

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

k l a g e r s

-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:

- het klaagschrift met de bijlagen en de begeleidende brief bij het klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de brief van mr. Zwartjens van 24 juni 2022;
- de brief van mr. Jansen van 14 juli 2022 met bijlage;
- de brief van mr. Zwartjens van 19 juli 2022 met als bijlage een aangepaste brief van 24 juni 2022;
- de brief van mr. Jansen van 21 juli 2022 met bijlage;
- de brieven van de secretaris van 3 augustus 2022 aan partijen met het verslag van de regiebespreking van 14 juli 2022;
- de brieven van 29 september 2022 van de secretaris aan partijen met informatie over de zitting en algemene vragen aan beklaagde;
- de brief van mr. Jansen van 12 oktober 2022 met bijlage;
- de brief van mr. Zwartjens van 17 oktober 2022 met als bijlage de beantwoording van de algemene vragen;

- de brief van mr. Zwartjens van 26 oktober 2022 met bijlagen.

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 C, verder patiënte te noemen. Klagers zijn de echtgenoot en dochter van patiënte.

Patiënte is geboren in 1943 en overleden op 1 november 2017. In december 2015 werd bij patiënte in het E (hierna: het ziekenhuis) een rectumcarcinoom geconstateerd met een verdenking op uitzaaiingen in lever, long, lymfklieren en mogelijk rechternier. Nader onderzoek toonde een ossale metastase (L1). Aanvankelijk werd gedacht dat de afwijking in de long kon passen bij een primaire longtumor. De werkgroep longtumoren achtte de afwijkingen na pathologisch anatomisch onderzoek beter passen bij een metastase van het rectumcarcinoom. In de bespreking van de tumorwerkgroep (hierna: TWG) van 8 januari 2016 werd besloten patiënte eerst chirurgisch te behandelen (het aanleggen van een deviërend stoma).

In de TWG van 29 januari 2016 werd het volgende advies/beleid geformuleerd (alle citaten zijn overgenomen met eventuele tik- en spelfouten):

- "- *Kandidaat voor orchestra studie*
- *Overleg studievoorzitter*
- *P.m. analyse rechter nier door uroloog.*"

Op 29 januari 2016 werd patiënte samen met haar dochter gezien door een arts-assistent interne geneeskunde. Bij dit consult werd ook een eventuele deelname aan de ORCHESTRA-studie besproken.

Patiënte werd ten behoeve van de deelname aan de ORCHESTRA-studie opnieuw besproken in de tumorwerkgroep van 12 februari 2016. Het advies van de tumorwerkgroep luidde:

*"-Biopt lever in kader van Orchestra studie  
-Primair tumor en lever chirurgisch/RFA  
-P.m. analyse rechter nier door uroloog"*

Op 15 februari 2016 zag beklagde patiënte voor het eerst. Bij dit consult werd besproken dat er geen contra-indicaties waren voor deelname aan de ORCHESTRA-studie.

De punctie ten behoeve van het leverbipt was op 25 februari 2016. Op 26 februari 2016 begon patiënte met kuur 1, bestaande uit capecitabine, oxaliplatin en bevacizumab. Bij deze kuur kreeg patiënte ernstige diarree en last van jicht. De tweede kuur werd met een dosisreductie tot 75%<sup>1</sup> gestart op 25 maart 2016.

In verband met neutropenie (beenmergdepressie graad III) werd de derde kuur op 15 april 2016 met één week uitgesteld. Op 22 april 2016 werd vanwege de beenmergdepressie kuur 3 gestart zonder oxaliplatin. Vanwege een verhoogde bloeddruk werd besloten ook de bevacizumab uit deze kuur te schrappen en alleen capecitabine te geven.

Een CT-scan van 8 mei 2016 liet een partiële respons zien.

Op 18 mei 2016 werd de vierde kuur gestart, met capecitabine, oxaliplatin en bevacizumab. De vijfde kuur startte op 29 juni 2016 en was ongewijzigd ten opzichte van kuur 4. De zesde kuur startte (wederom ongewijzigd) op 29 juni 2016.

Een CT-scan van 18 juli 2016 liet wederom een afname van de lever- en longmetastasen zien en ongewijzigde klier- en botmetastasen. Een therapiepauze werd afgesproken met na drie maanden een CT-scan.

Op 27 september 2016 meldde patiënte via het callcenter veel pijn te hebben in rug, buik en rechterheup. In overleg met beklagde werd de CT-scan vervroegd naar

---

<sup>1</sup> Waar wordt gesproken over percentages chemotherapie, wordt bedoeld percentages van de aanbevolen dosering.

29 september 2016. Beklaagde noteerde op 5 oktober 2016 dat de klachten anamnestic meer leken te passen bij artrose dan bij een metastase. De CT-scan toonde stabiele ziekte en gaf geen verklaring voor de klachten. De TWG adviseerde op 7 oktober 2016 een voortzetting van de therapiepaauze.

Op 23 november 2016 meldde patiënte zich tussentijds met hevige pijn, die volgens de notities van beklaagde bij doorvragen niet in de rug maar in het rechter os ileum bleek te zitten. Beklaagde besprak dat dit een metastase kon zijn en verwees patiënte voor een PET-CT. De PET-CT toonde een uitbreiding van de metastase in wervel L1 met een uitbreiding naar L2 en een nieuwe laesie in wervel C7. Voor de metastase L1/L2 werd radiotherapie in overweging gegeven. Deze werd in december 2016 gegeven.

Een controle CT-scan op 23 januari 2017 liet progressieve ziekte zien. Deze uitslag werd op 30 januari 2017 met patiënte besproken. Patiënte startte vervolgens op 7 februari 2017 een eerste kuur capecitabine (1250 mg/m<sup>2</sup>) en bevacizumab. Vanwege vermoeidheid werd de capecitabine op 11 februari 2017 gestaakt. De tweede kuur werd gegeven op 28 februari 2017, met een dosisreductie voor de capecitabine naar 750 mg/m<sup>2</sup>. Vanwege de hoge bloeddruk van patiënte werd geen bevacizumab gegeven. Beklaagde zag patiënte weer op 20 maart 2017 voor de start van de derde kuur. Patiënte meldde heel moe te zijn en het niet meer te zien zitten. Omdat patiënte thuis normale bloeddrukken had, gaf beklaagde akkoord voor kuur 3 (capecitabine en bevacizumab). Op 10 april 2017 gaf beklaagde akkoord voor kuur 4 (capecitabine en bevacizumab).

Patiënte werd op 23 mei 2017 gezien door een collega van beklaagde. Daar meldde patiënte een sinds zes weken sterk toenemende pijn rechts op de bekkenkam. Een MRI bekken en LWK (lumbale wervelkolom) werd aangevraagd. Deze werd aanvankelijk pas op 24 juni 2017 gepland. In de periode tot de MRI was er regelmatig contact in verband met pijn, angst en somberheid, waarop de medicatie werd aangepast. De MRI werd vervroegd naar 7 juni 2017. Uit de MRI bleek een absolute kanaalstenose op niveau Th12-L1 op basis van een botmetastase met daarbij myelumcompressie. De collega van beklaagde gaf de uitslag telefonisch door aan patiënte. De volgende dag werd gestart met radiotherapie.

Op 23 juni 2017 vond een gesprek plaats tussen beklaagde, patiënte, de echtgenoot van patiënte en de dochter van patiënte. Hierin werd onvrede besproken. De onvrede betrof het (vermeend) missen of niet benoemen door beklaagde van metastasen in de botten en de bijnier. Tevens wenste de familie een meer intensieve chemobehandeling. Beklaagde legde volgens het gespreksverslag uit dat botmetastases niet zijn genegeerd,

gezien de palliatieve radiotherapie, de destijds gegeven uitleg, en het gegeven dat niet elke uitzaaiing relevant is voor het beleid. Tevens legde beklagde uit dat intensievere chemokuur niet haalbaar was, nu de 75% dosering voor patiënte al heel zwaar was. Een op 27 juni 2017 gemaakte CT-thorax en abdomen liet geen progressie zien en de chemotherapie werd niet herstart.

Beklaagde zag patiënte op 4 augustus 2017. De pijn was op dat moment goed onder controle maar patiënte was moe en suf. Beklaagde paste de medicatie aan.

Op 22 augustus 2017 meldde de dochter van patiënte dat het psychisch niet goed ging met patiënte en dat zij soms agressief was naar haar echtgenoot en dochter. Ook meldde de dochter dat de buik van patiënte dikker werd. Beklaagde had op 24 augustus 2017 telefonisch contact met de familie. Deze gaf aan dat patiënte raar praatte (cynisch, gekke opmerkingen), soms niet op namen kon komen, meer dan 50% van de dag in bed lag en nog steeds heel suf was in de ochtenden. De buik werd ook dikker, waarbij patiënte wel dagelijks ontlasting had. Beklaagde noteerde hersenmetastasen in haar differentiaaldiagnose, adviseerde de slaapmedicatie te staken, een afspraak met de huisarts te maken en daarna contact op te nemen met beklagde. De huisarts bezocht patiënte op 25 augustus 2017. Na het door de huisarts gedane buikonderzoek was patiënte misselijk geworden en had zij vier tot zes keer gebraakt. Zij was in vlagen misselijk en ook verward. Patiënte werd gezien op de SEH, waar zij niet meer misselijk was en graag naar huis wilde. Patiënte is dezelfde dag naar huis gegaan. Beklaagde was bij dit SEH bezoek niet betrokken.

Op 28 augustus 2017 had beklagde telefonisch contact met patiënte. Beklaagde noteerde dat het een stuk beter ging, dat ze veel minder suf was en niet meer braakte. Ook noteerde ze dat patiënte helder en adequaat was. Ze adviseerde de slaapmedicatie achterwege te laten. Op 2 september 2017 was er opnieuw telefonisch contact omdat patiënte erg misselijk was. Geadviseerd werd zetpillen te nemen tegen de misselijkheid. De volgende dag was er opnieuw contact, waarna beoordeling op de SEH werd afgesproken. In overleg met beklagde werd onder meer besloten een MRI-cerebrum te laten maken ter uitsluiting van cerebrale metastasen. Uit de op 5 september 2017 gemaakte MRI bleek er sprake te zijn van een ruimte innemend proces in de hersenen, passend bij een metastase. De uitslag werd dezelfde dag door een arts-assistent met de familie besproken.

Beklaagde is hierna niet meer bij de behandeling van patiënte betrokken geweest. Een collega van beklagde werd regiebehandelaar. In verband met de metastase in de

hersenen vond op 20 september 2017 een neurochirurgische ingreep plaats. De lichamelijke toestand van patiënte ging verder achteruit en zij was niet meer in staat naar het ziekenhuis te komen. Patiënte is op 1 november 2017 thuis overleden.

### 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. Deze klachtonderdelen luiden als volgt:

1. beklagde heeft zich voorgedaan als internist-oncoloog en in die hoedanigheid patiënte behandeld, terwijl zij vanaf 28 maart 2017 tot na de behandeling van patiënte niet in het specialistenregister stond ingeschreven;
2. de dossiervoering en correspondentie met andere behandelaars was ondermaats;
3. er heeft ten onrechte geen bestraling van het rectumcarcinoom plaatsgevonden;
4. er is ten onrechte geen RAS/BRAF-mutatiestatus en MMR-status bepaald van de tumor;
5. patiënte is niet verwezen naar de uroloog voor beoordeling van de tumor in de onderpool van de nier, zoals in het MDO-verslag van 12 februari 2016 was geadviseerd;
6. de behandeling van patiënte was onvoldoende voortvarend;
7. er is ten onrechte bevacizumab toegediend;
8. de derde chemokuur is ten onrechte uitgesteld;
9. na de zesde kuur is ten onrechte geen onderhoudstherapie gestart of overwogen, terwijl de meerwaarde hiervan ten aanzien van overleving in een Nederlandse studie was aangetoond;
10. de systemische therapie was in februari 2017 ten onrechte hervat met een te hoge dosering;
11. er is ten onrechte niet tijdig actie ondernomen naar aanleiding van de ernstige pijnklachten in de rug en heup en er is niet tijdig een MRI gemaakt;
12. er is ten onrechte niet tijdig actie ondernomen naar aanleiding van de botmetastase ter hoogte van corpus C7;
13. het pijnteam is ten onrechte niet ingeschakeld;
14. er werd geen actie ondernomen nadat er verdenking van cerebrale metastasering werd geopperd en neurochirurgie heeft te laat plaatsgevonden.

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 – 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 beklaagde 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 beklaagde 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:

- a. de aard en het doel van het voorgenomen onderzoek, de voorgestelde behandeling of de uit te voeren verrichtingen;
- b. 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;
- c. andere mogelijke methoden van onderzoek en behandelingen al dan niet uitgevoerd door andere hulpverleners;
- d. de staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid voor wat betreft het terrein van de mogelijke methoden van onderzoek of behandelingen;
- e. 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

#### *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.

Patiënte is door beklaagde behandeld tot in september 2017. Dit betekent dat beklaagde gedurende een deel van de behandelrelatie niet geregistreerd was in het specialistenregister, maar wel altijd BIG-geregistreerd is geweest. Tijdens het betreffende deel van de behandelrelatie heeft beklaagde handelingen verricht die aan artsen zijn voorbehouden en zich geafficheerd als internist. Hiervoor geldt het volgende.

In artikel 17 lid 1 Wet BIG is bepaald dat het recht om een specialistentitel te voeren is voorbehouden aan degenen die zijn ingeschreven in het desbetreffende erkende specialistenregister. Klagers verwijten beklaagde terecht dat zij de titel internist voerde gedurende het deel van de behandelrelatie waarin zij niet als zodanig was ingeschreven in het specialistenregister. Zij handelde hiermee strikt genomen in strijd met artikel 17

lid 1 en 2 van de Wet BIG. Zij was echter wel als arts ingeschreven in het BIG-register en – indien bekwaam – bevoegd om de medische handelingen op gebied van de interne geneeskunde en de 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 niet in het specialistenregister ingeschreven te staan en wel haar werkzaamheden als internist voort te zetten, het te ver voert om haar hiervoor een tuchtrechtelijk verwijt te maken. Het klachtonderdeel is daarom ongegrond.

## 5.2.2

### *De dossiervoering*

#### 5.2.2.1

Klagers stellen zich op het standpunt dat beklagde te weinig heeft gecorrespondeerd met de huisarts, wat adequate zorg vanuit de huisarts in de weg kan hebben gestaan. Beklaagde heeft aangegeven dat zij niet de enige betrokken behandelaar was. Toch geeft zij aan dat zij de huisarts mogelijk beter eerder had kunnen inlichten.

Het college stelt vast dat beklagde de huisarts op 4 juli 2017 heeft geïnformeerd over de behandeling. Het was beter geweest als de huisarts eerder was geïnformeerd over de behandeling van patiënte. De huisarts had dan kort voor of na de start van de chemotherapie (eind februari 2016) geweten dat patiënte zou worden behandeld met chemotherapie. Gelet op de overige correspondentie kan er echter geen misverstand over hebben bestaan dat de huisarts ervan op de hoogte was dat bij patiënte sprake was van een gemetastaseerd rectumcarcinoom. Ook was met de brief van 4 maart 2016 aan de huisarts duidelijk dat zij werd behandeld met capecitabine en oxaliplatin. Het is daardoor niet aannemelijk dat de continuïteit van zorg in het geding is geweest, doordat beklagde niet eerder dan op 4 juli 2017 de huisarts informeerde. Klagers hebben dat ook niet op andere wijze concreet kunnen maken. Dat brengt het college tot het oordeel dat het handelen van beklagde op dit punt beter had gekund, maar dat een tuchtrechtelijk verwijt haar niet kan worden gemaakt.

#### 5.2.2.2

Voorts stellen klagers dat beklagde nauwelijks notities in het dossier van patiënte heeft geplaatst. In het bijzonder zouden er vanaf april 2017 geen aantekeningen zijn gemaakt. Beklaagde meent dat het verwijt ongegrond is. Zij verwijst naar de dossieraantekeningen die zij in het verweerschrift aanhaalt. Dat er vanaf april weinig aantekeningen zijn

gemaakt, kan worden toegeschreven aan de kuur die vanaf 10 april 2017 werd gestart. Patiënte zou daarna worden terug gezien. Patiënte was ook nog met vakantie geweest. Daarvan zijn dossieraantekeningen gemaakt d.d. 20 april en 11 mei 2017.

Het college constateert dat de dossieraantekening van beklaagde d.d. 10 april 2017 onder andere vermeldt: *"Reden van komst: controle vooraf aan kuur 4 [...] CT staat gepland op 24/4 graag 1 week later, dan controle bij mij na mijn vakantie."*

De behandelassistent medische oncologie noteerde op 20 april 2017: *"Patient heeft 2/5 een afspraak bij I en op O voor behandeling. Je hebt op 10/4 gezegd dat deze afspraken mogen vervallen. Ik kan echter geen order vinden en weet dus niet of dit klopt. Patient gaat met vakantie in die week en is dus niet aanwezig. [...] Heb wel een afspraak geboekt op 10/5 na CT scan 25/4."*

Verder bevat het dossier een aantekening d.d. 11 mei 2017 van de behandelassistent. Daaruit blijkt dat patiënte op zaterdag (d.w.z. twee dagen later) op vakantie zou gaan.

Het college leidt uit deze aantekeningen af dat de uitleg van beklaagde juist is. De door beklaagde gemaakte afspraken zijn vanwege de kuur en de daaropvolgende vakantie(s) van de patiënte uitgesteld, hetgeen het ontbreken van dossieraantekeningen verklaart. Voor het overige is de klacht over de ontoereikendheid van de dossieraantekeningen niet concreet gemaakt. Ook dit klachtonderdeel 2 is daarmee ongegrond.

### 5.2.3

#### *Bestraling van het rectumcarcinoom*

Klagers stellen zich op het standpunt dat voorafgaande aan de systemische therapie ten onrechte geen bestraling heeft plaatsgevonden van het rectumcarcinoom. Volgens de richtlijnen is bestraling gebruikelijk en er kunnen redenen zijn van bestraling af te zien, maar beklaagde heeft de mogelijkheid niet eens besproken.

Beklaagde stelt zich op het standpunt dat er eind 2015/begin 2016 geen aanleiding was om te bestralen, omdat er op dat moment geen klachten waren van rectaal bloedverlies, pijn of obstipatie. Beklaagde wijst erop dat patiënte een palliatieve behandeling kreeg en dat er alleen op klachten werd geacteerd. Voorts merkt zij op dat de beoordeling om al dan niet over te gaan tot bestraling, een beslissing van de radiotherapeuten is. Patiënte werd tot driemaal toe in de multidisciplinaire overleggen (MDO) besproken, waar geen indicatie voor radiotherapie werd gezien.

Het college heeft geconstateerd dat patiënte aan het begin van de behandeling meerdere malen in de TWG is besproken, te weten op 28 december 2015, 8 januari 2016,

12 januari 2016, 29 januari 2016 en 12 februari 2016. Gedurende de eerste drie besprekingen van de TWG viel de patiënte niet onder de afdeling medische oncologie. Het advies op 8 januari 2016 was een verwijzing naar heelkunde voor het aanbrengen van een stoma, waarna patiënte naar oncologie zou worden verwezen. Het college constateert dat in de MDO's waarin patiënte werd besproken vóór de verwijzing naar medische oncologie geen noodzaak werd gezien voor bestraling van het rectumcarcinoom. Ook ná de verwijzing naar medische oncologie, zagen de deelnemers kennelijk geen aanleiding daartoe over te gaan. Het college merkt op dat voor patiënte alleen mogelijkheden voor een palliatieve behandeling werden gezien. Het uitgangspunt om de primaire tumor alleen bij klachten gericht te behandelen past daarbij. Blijkbaar vormden de door patiënte ondervonden klachten in geen van de MDO's aanleiding om bestraling te adviseren. Het verslag van het MDO van 12 februari 2016 vermeldt bovendien dat de grootte van de rectumtumor nagenoeg onveranderd was. Het college ziet dan ook geen redelijke grond beklagde desondanks een tuchtrechtelijk verwijt te maken van het niet (laten) bestralen van het rectumcarcinoom. Dit betekent dat het verwijt faalt.

#### 5.2.4

##### *RAS/BRAF-mutatiestatus en MMR-status*

Klagers menen dat van een oncoloog in een academisch ziekenhuis verwacht had mogen worden dat een RAS/BRAF en MMR-status was bepaald. Dat dit niet is gebeurd, valt beklagde als regiebehandelaar aan te rekenen.

Beklaagde verweert zich door te stellen dat het bepalen van een dergelijke status pas in november 2017 in de Richtlijn colorectaal carcinoom is opgenomen. De RAS/BRAF-mutatiestatus was ook geen relevant criterium voor deelname aan de ORCHESTRA-studie. In die periode was het bepalen van de MMR-eiwitten evenmin noodzakelijk, nu immunotherapie voor patiënte nog niet in beeld was.

Het college onderschrijft het verweer. Het bepalen van voornoemde status was op het moment van handelen nog geen aanbevolen praktijk. Klachtonderdeel 4 is ongegrond.

#### 5.2.5

##### *Verwijzing naar de uroloog*

Klagers stellen dat beklagde als regiebehandelaar ten onrechte geen opvolging heeft gegeven aan de aanbeveling van het MDO van 12 februari 2016 om de tumor in de rechternier te laten beoordelen door de uroloog.

Beklaagde voert daartegen verweer met de stelling dat de follow-up heeft plaatsgevonden door middel van regelmatige CT-scans. Er heeft zich nooit een probleem voorgedaan waarvoor een consult door een uroloog noodzakelijk was.

Het college volgt dit verweer. Er heeft follow-up plaatsgevonden. Daar komt bij dat de patiënte palliatief behandeld werd. Het nader laten onderzoeken van afwijkende bevindingen die (mogelijk) een uitzaaiing zijn van de primaire tumor is in een palliatieve setting niet nodig, tenzij de patiënt klachten heeft die daarmee verband (kunnen) houden. Ook zou een eventuele tweede primaire (kleine) niertumor in geen geval de prognose van patiënte of het behandelbeleid hebben veranderd. Uit het dossier blijkt dat beklagde tijdens het consult van 5 juli 2017 heeft toegelicht dat sommige metastasen weinig relevant zijn voor de prognose en het beleid. Klachtonderdeel 5 is eveneens ongegrond.

#### 5.2.6

##### *Voortvarendheid van de behandeling*

Klagers stellen dat er een te lange tijd zit tussen de eerste diagnose en de start van de systemische behandeling. Er is een interval geweest van één maand tussen het eerste polibezzoek en de start van de behandeling. Hierdoor werd een groot risico genomen. Ook na de CT-scan van 11 februari 2016 duurde het twee weken voor de eerste kuur van start ging.

Beklaagde merkt op dat de coloscopie plaatsvond op 17 december 2015 en de CT-scan op 23 december 2015 en de start van de behandeling op 26 februari 2016. Dit is in haar optiek geen lange periode, zeker niet wanneer wordt bedacht dat patiënte in de tussentijd nog werd geopereerd. Voorts wijst zij erop dat patiënte pas op 29 januari 2016 naar medische oncologie werd verwezen. Hetgeen daarvoor is gebeurd, regardeert haar niet. Een collega van heelkunde was immers hoofdbehandelaar. In de tussentijd moest patiënte worden beoordeeld voor deelname aan de ORCHESTRA-studie. Ook daarvoor was tijd nodig. Verder merkt beklagde op dat zij geen invloed had op de planning van de polikliniek.

Het college volgt het verweer. Beklaagde kan geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt voor handelen in een periode waarin zij niet was betrokken. Van het tijdsverloop tussen de verwijzing naar oncologie op 29 januari 2016 en de start van de therapie op 26 februari 2016 kan in de gegeven omstandigheden in redelijkheid niet worden gezegd dat dit zodanig lang is dat beklagde daarvan een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

#### 5.2.7

##### *Toediening bevacizumab*

Klagers voeren aan dat beklagde vanwege een te hoge bloeddruk geen bevacizumab aan patiënte had mogen toedienen. Er is sprake van een medische fout.

Beklaagde stelt zich op het standpunt dat de bloeddruk in februari 2016 met medicatie (drie antihypertensiva) goed onder controle was en dat er geen reden was deze niet te geven. In april 2016 was er (na vermindering van medicatie) een te hoge bloeddruk en werd bevacizumab niet voorgeschreven. In april 2017 was de bloeddruk – gemeten in het ziekenhuis – weer wat hoog, maar gezien de goede tensie thuis was het geen probleem door te gaan met bevacizumab.

Het college constateert dat uit dossieraantekeningen van beklaagde blijkt dat zij oog had voor de bloeddruk van patiënte. Ook waren er, naar oordeel van het college, ondanks dat patiënte drie antihypertensiva gebruikte, nog voldoende mogelijkheden om door bevacizumab geïnduceerde hypertensie te behandelen. Zoals blijkt uit een dossieraantekening van 22 april 2016 had beklaagde aangegeven dat de toediening van bevacizumab niet door kon gaan vanwege de hoge bloeddruk. Uit de dossieraantekening van 8 juni 2016, van beklaagde zelf, blijkt dat de bloeddruk goed in beeld was en op dat moment voldoende om de kuur weer te starten. De overweging om in april 2017 ondanks de wat hoge bloeddruk in het ziekenhuis toch de bevacizumab te geven vanwege de goede tensie thuis was voldoende zorgvuldig. Het college acht het klachtonderdeel ongegrond.

#### 5.2.8

##### *Uitstel derde chemokuur*

Klagers menen dat de derde chemokuur niet uitgesteld had mogen worden, nu er geen sprake was van neutropenie.

Beklaagde acht dit verwijt niet juist. Het protocol van de ORCHESTRA-studie schreef voor dat chemotherapie pas mag worden gegeven bij een neutrofielengehalte van tenminste  $1,5 \cdot 10^9/l$ .

Het college merkt op dat het protocol inderdaad de door beklaagde aangehaalde bloedwaarde vermeldt. Zodoende kan beklaagde geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt dat de kuur om die reden werd uitgesteld. Dat er vakgenoten zijn die daar anders tegenaan kijken, maakt het handelen van beklaagde nog niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Dit klachtonderdeel 8 is ongegrond.

#### 5.2.9

##### *Onderhoudstherapie na de zesde kuur*

Klagers verwijten beklaagde dat zij na de zesde chemokuur geen onderhoudsdosering heeft gegeven. Daar zou patiënte wel baat bij kunnen hebben gehad.

Beklaagde voert aan dat in overleg met patiënte - vanwege de chemotherapie-gerelateerde vermoeidheid - was besloten tot een therapiepauze. De verlenging van de therapiepauze werd in een MDO besproken op 7 oktober 2016. Zij wijst er bovendien op



dat een therapiepauze veilig is, zo blijkt uit de FOCUS4-N-studie. Er is geen eenduidig bewijs dat een onderhoudsbehandeling een kans op een langere overleving biedt. Het college acht de dossieraantekeningen over de therapiepauze summier, maar uit de dossieraantekeningen valt wel af te leiden dat patiënte veel klachten ondervond die aan de therapie te koppelen zijn. De TWG heeft dit beleid gesteund ("wait and see-beleid"). Ook volgt het college de stelling dat een onderhoudsbehandeling weliswaar de progressievrije overleving verbetert, maar niet de totale overleving van patiënten met gemetastaseerd colorectaal carcinoom. Hoewel de dossieraantekeningen beter hadden gekund, ziet het college geen grondslag voor een tuchtrechtelijk verwijt. Ook dit klachtonderdeel 9 is ongegrond.

#### 5.2.10

##### *Dosering systemische therapie in februari 2017*

Klagers stellen dat bij de hervatting van de systemische therapie in februari 2017 een te hoge dosis is voorgeschreven. Deze moest al snel worden teruggebracht vanwege ernstige vermoeidheidsklachten.

Beklaagde verwerpt het verwijt. Patiënte kreeg in februari 2017 1.250 mg/m<sup>2</sup> capecitabine toegediend. Deze dosering was inderdaad hoger dan in 2016. Maar toen werd in het ORCHESTRA-programma oxaliplatin toegevoegd. In die combinatie werd de capecitabine gedoseerd op 1.000 mg/m<sup>2</sup>. Omdat patiënte in 2017 in een betere conditie verkeerde, is ingezet op een hogere dosering capecitabine.

Het college is van oordeel dat de voorgeschreven dosering niet in strijd is met een verantwoorde zorg. Het enkele feit dat ook een andere afweging had kunnen worden gemaakt, is niet voldoende voor het oordeel dat tuchtrechtelijk verwijtbaar is gehandeld. Nadat patiënte vermoeidheidsklachten ontwikkelde, is de dosering onmiddellijk aangepast. Klachtonderdeel 10 is eveneens ongegrond.

#### 5.2.11

##### *Onderzoek naar pijn in de rug en heup, laten maken MRI*

Klagers menen dat beklagde de progressie van een botmetastase in corpus L1 heeft gemist. Zij heeft de klachten die patiënte daarvan en van de heup ondervond ten onrechte aangezien voor artrose. De diagnostiek had eerder moeten worden uitgebreid met een MRI.

Beklaagde wijst erop dat zij aan meerdere oorzaken heeft gedacht, ook aan mogelijke verdere ontwikkeling van de tumor in corpus L1. Zij wijst erop dat zij haar oordeel heeft voorgelegd, met vermelding van de L1, aan de TWG. De TWG was geen andere mening toegedaan.

Het college constateert dat uit de dossieraantekeningen niet blijkt of beklaagde de progressie in L1 al dan niet heeft gemist. Uit de dossieraantekeningen van beklaagde en anderen blijkt echter niet dat patiënte rug- of heupklachten ondervond. De eerste dossieraantekening daarover dateert van 27 september 2016. De gespecialiseerde verpleegkundige vermeldde daarin dat patiënte sinds 18 september 2019 pijn in de rug, buik en rechterheup had. Het bericht werd aan beklaagde gemeld. Uit een aantekening van de dag erna volgt dat na overleg met beklaagde de CT-scan is vervroegd. Deze vond nu de volgende dag plaats. De aantekening van beklaagde d.d. 5 oktober 2016 vermeldde dat de pijn in rug en heup klinisch meer imponeren als artrose dan als metastase. Zij noteerde daarbij: *"Botten, met name haakvormige afwijkingen, passend bij artrose."* Zij noteert daarbij dat het bericht van de radioloog nog moet worden afgewacht. Van de CT-scan was op dat moment nog geen definitief verslag beschikbaar. Uit het MDO-verslag van 7 oktober 2016 blijkt dat beklaagde de volgende vraag heeft voorgelegd: *"beoordelen evaluatie scan. Toename van klachten buik/pijn heup; progressie? lokale opties? VG: gemetastaseerd rectumcarcinoom met long- en levermetastasen, en ossale metastase L1 wv deelname ORCHESTRA studie; nu wait and see beleid"*. De conclusie van de TWG was dat sprake is van een stabiele ziekte en dat er geen verklaring was voor de klachten. Het advies was het continueren van de therapiepauze. Het college stelt vast dat beklaagde adequaat heeft gereageerd na de presentatie in september 2016 van de rug- en heupklachten. Dit past bij het al eerder ingezette en in de TWG besproken palliatieve beleid waarin werd geacteerd op klachten. Dat er niet reeds in mei 2016 actief werd ingegrepen op de metastase in de L1 kan beklaagde tuchtrechtelijk niet worden verweten. Hetzelfde geldt voor de beslissing om eind september geen nadere behandeling in te zetten op de metastase in corpus L1, nu de aanwijzingen dat deze verantwoordelijk was voor de klachten van patiënte niet eenduidig waren en beklaagde haar inschatting door de TWG heeft laten toetsen. Dat de klachten later alsnog te maken bleken te hebben met de L1 is kennis achteraf van het ziekteverloop en vormt geen bewijs voor het oordeel dat van meet af aan anders had moeten worden gehandeld. Het klachtonderdeel 11 is ongegrond.

#### 5.2.12

##### *Onderzoek naar botmetastase corpus C7*

Klagers voeren aan dat niet adequaat is ingegrepen op de al in december 2016 geconstateerde botmetastase in corpus C7. Op de CT-scan van 6 september 2017 werd de metastase opnieuw gezien. Daarvan werd gezegd dat deze op de scan van juni 2017 niet te zien zou zijn. De scan van 19 september 2017 toonde een metastase in C6. Daarbij werd de opmerking gemaakt dat het cervicale kanaal erg nauw is. Nergens uit het dossier blijkt dat deze bevinding is opgemerkt, terwijl een uitzaaiing op die plek tot

ernstige klachten kan leiden. Ter voorkoming hiervan had al in 2016 actie moeten worden ondernomen en had een radiotherapeut bij de behandeling moeten worden betrokken. De laesie is veronachtzaamd.

Beklaagde voert aan dat het gebruikelijk is dat een asymptomatische botmetastase in beginsel niet wordt bestraald. De klachten manifesteerden zich vanaf oktober 2017. Op dat moment was beklagde niet meer bij de behandeling betrokken. Anders dan klagers menen, was de radiotherapeut vanaf december 2016 bij de behandeling betrokken. Deze zag geen aanleiding voor bestraling van de C7.

Het college constateert dat in het dossier een aantekening van beklagde zit van 23 november 2016. Patiënte is toen tussentijds gekomen met rugklachten. Bij doorvragen – zo noteert beklagde – blijkt de pijn in het rechter os ileum te zitten. Zij bespreekt met patiënte dat het een uitzaaiing kan zijn. Daarom besluit zij om een PET-CT te maken en – als het een uitzaaiing blijkt te zijn – te verwijzen voor lokale radiotherapie. Uit de aantekening van 14 december 2016 blijkt dat patiënte is geïnformeerd dat er botmetastasen zijn te zien. Zij wordt verwezen voor radiotherapie. Het college is van oordeel dat beklagde daarmee adequaat heeft gehandeld naar aanleiding van de gepresenteerde klachten. Voor het handelen van de radiotherapeut draagt zij geen tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid. Uit het dossier blijkt evenmin dat er in dit opzicht tussentijds klachten of signalen waren waarop beklagde had moeten acteren. Klachtonderdeel 12 is eveneens ongegrond.

### 5.2.13

#### *Inschakelen van het pijnteam*

Klagers zijn van mening dat beklagde patiënte ten onrechte niet heeft verwezen naar het pijnteam. Dat had wel moeten gebeuren, omdat zij ernstige pijn had.

Beklaagde meent dat dit verwijt niet terecht is. De pijn was met orale medicatie goed onder controle te houden.

Het college is van oordeel dat uit het dossier blijkt dat bij de behandeling steeds ruimschoots aandacht was voor de pijn en dat hierop adequaat is gereageerd. Het dossier bevat geen concrete aanwijzingen dat de pijn niet door een behandelend internist-oncoloog behandeld konden worden. Klachtonderdeel 13 is ongegrond.

### 5.2.14

#### *Actie en neurochirurgie bij (verdenking) cerebrale metastasering*

Klagers wijzen erop dat zij beklagde al in januari 2017 hebben geattendeerd op de verwardheid van patiënte. Zij vreesden dat er sprake was van een uitzaaiing in de hersenen. Vanaf augustus 2017 zijn de klachten echt zo duidelijk dat beklagde daarop beter had moeten handelen. Zij heeft alleen naar de huisarts verwezen. De MRI van

5 september 2017 toont een metastase in de hersenen, die achteraf beoordeeld ook al te zien was op de PET/CT-scan van december 2016.

Beklaagde voert aan dat de eerste melding over verwardheid van 24 augustus 2017 dateert. In de decursus van 11 februari 2017 stond dat verwardheid niet aan de orde is. Op 24 augustus 2017 kon beklagde de klachten niet meteen duiden. Gelet op de vermoedheid van patiënte heeft ze toen voorgesteld eerst met de huisarts te bellen. In het dossier heeft zij toen wel meteen aangetekend dat er mogelijk sprake was van een hersenmetastase. Op 25 augustus 2017 werd patiënte door een collega van beklagde op de SEH gezien. Beklaagde werd daarvan niet op de hoogte gesteld. Patiënte is weer naar huis gestuurd. Op 28 augustus 2017 sprak beklagde weer met patiënte. De sufheid was minder. Op 3 september 2017 meldde patiënte zich weer op de SEH. Vervolgens heeft beklagde een MRI gepland ter uitsluiting van hersenmetastasen. Beklaagde meent ook op dit punt adequaat te hebben gehandeld op geleide van klachten.

Het college constateert dat het medisch dossier steun geeft aan de uitleg van beklagde. Dat er op de scan van december 2016 mogelijk al een hersenmetastase te zien zou zijn, kan haar niet worden verweten. De interpretatie van dergelijke scans ligt bij de radioloog en nucleair geneeskundige. Dat er eerder klachten zijn geweest waarop beklagde had moeten handelen, is niet gebleken. Het laatste klachtonderdeel is ook ongegrond.

### 5.3

#### **Slotsom**

Uit het voorgaande blijkt dat de klacht in al zijn onderdelen ongegrond is. Omdat de klacht ongegrond is, bestaat er geen aanleiding voor een proceskostenveroordeling.

## 6. DE BESLISSING

Het college:

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

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

voorzitter

secretaris

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

- a. 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.
- b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.
- c. 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.