

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 13 januari 2023 naar aanleiding van de op 7 maart 2022 bij het regionaal tuchtcollège te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te U,
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:

- 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 beklagde;
- de brief van mr. Jansen van 17 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 19 oktober 2022 met bijlagen;
- 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 klager en beklaagde in persoon zijn verschenen, allebei bijgestaan door hun advocaat.

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

2. DE FEITEN

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

De klacht gaat over de behandeling van C (patiënte), geboren in 1961 en overleden op 14 april 2019. Klager was haar partner.

In 2016 is in het P bij patiënte dikke darmkanker met uitzaaiingen naar de lever geconstateerd. Patiënte werd behandeld met chemotherapie (capecitabine en oxaliplatin + bevacizumab). In 2017 werd patiënte voor een operatie verwezen naar het E (hierna: het ziekenhuis). De rechterhelft van de dikke darm en de helft van de lever werden verwijderd. De behandeling met chemotherapie leek succesvol.

In april 2018 bleek in het P dat er sprake was van nieuwe afwijkingen in lever, longen en buikvlies. Patiënte werd opnieuw verwezen naar het ziekenhuis. Op 20 april 2018 werd patiënte (opnieuw) besproken in de tumorwerkgroep van het ziekenhuis (hierna: TWG). Beklaagde maakte onderdeel uit van deze werkgroep. De bevindingen op basis van aanvullend onderzoek waren als volgt (citaten zijn overgenomen inclusief eventuele taal- en typefouten):

"Beeldvormend onderzoek: Ct Thorax + Abdomen l.v. Contrast

Patiënt met gemetastaseerd coloncarcinoom. Waarvoor hemicolectomie rechts; hemihepatectomie en cholecystectomie. Nu uitgebreide metastasering met longmetastasen, levermetastasen, lymfkliermetastasen, en peritoneale metastasen. Tumorthrombus vena cava inferior duidelijk progressie.

(...)

Aanvulling conclusie door MDO: Pulmonaal, hepatogeen en peritoneaal gemetastaseerde ziekte.

Beleid:

Opzet behandeling: palliatief

Voorgestelde behandeling: chemotherapie

Toelichting beleid: Patiënt verwezen naar polikliniek Medische Oncologie.

Start antistolling i.v.m. tumorthrombus vena cava.

Klinische studie: Klinische studie: LION studie"

Op 30 april 2018 zag beklagde patiënte voor het eerst. In de anamnese staat het volgende:

"Geen enkele klacht, begrijpt er niets van.

Voelt zich super goed, doet alles wat ze anders ook doet.

Beklaagde heeft blijkens haar verslaglegging het volgende met patiënte besproken:

Uitgebreid stil gestaan bij de huidige situatie, plaatjes bekeken van de CT-scan. Uitgelegd dat er ziekte zit in meerdere organen, dat dat niet meer te genezen is, maar dat ze hier ook niet meteen aan zal overlijden.

Gesproken over behandelopties: nog even afwachten, milde chemotherapie tot intensieve chemotherapie.

Wil graag nog even nadenken over wat haar voorkeur heeft. Akkoord, ik bel haar op 7 mei."

Op 7 mei 2018 belde beklagde patiënte. Volgens het gespreksverslag koos patiënte na veel wikken en wegen en uitgebreide herhaling van voorlichting voor start van een milde chemotherapiekuur. In juni zou er gestart worden met capecitabine, want patiënte ging eerst nog vakantie.

Op 4 juni 2018 zag beklagde patiënte opnieuw. Zij noteerde het volgde:

"Anamnese:

Voelt zich prima, geen enkele klacht. Is op vakantie geweest naar II, erg van genoten.

(...)

Conclusie:

Akkoord start capecitabine monotherapie (...)"

Patiënte kreeg 3 kuren. Daarna, op 3 augustus 2018, zag beklagde patiënte weer en noteerde ze onder andere het volgende.

"Anamnese:

Behoudens vermoeidheid nu geen klachten. HSF goed hersteld, geen diarree. Gebruikt geen anti-emetica. Vooral veel last van de warmte, werkt nog gewoon.

(...)

Aanvullend onderzoek: lab is goed"

Op 24 augustus 2018 werd er beeldvormend onderzoek gedaan (CT-thorax + abdomen met contrast). Het resultaat hiervan was als volgt:

"Toename van de levermetastasen, longmetastasen en lymfkliermetastasen. Ontstaan van nieuwe longlesies passend bij metastasen. Ongewijzigde tumorthrombus vena cava inferior."

Op 3 september 2018 besprak beklagde de resultaten met patiënte en ze noteerde onder meer het volgende:

"Bespreking/beleid

Gesproken over hoe nu verder:

1. Intensivering van chemotherapie (oxiliplatin of irinotecan toevoegen): net als in het eerste gesprek geeft patiënte aan hier niets voor te voelen. De bijwerkingen in het verleden waren zo heftig dat ze dat niet nog eens wil. Ze wil graag genieten van de tijd die ze nog heeft

2. EGFR gerichte behandeling: hiervoor is mutatie-analyse nodig, deze is ingezet.

Voorlichting omtrent cetuximab sturen we op.

3. immunotherapie is geen optie gezien normale MSI.

Afspraak: nu mutatie analyse, over 2 weken opnieuw bespreken. Indien ras mutatie aanwezig dan geen reële behandelopties meer.

Heeft goede band met huisarts."

Op 28 september 2018 werd patiënte weer door beklagde gezien.

Aangezien bij patiënte enkele dagen daarvoor pijnklachten waren ontstaan in beide schouders met uitstraling naar nek en bovenarmen werd daar beeldvormend onderzoek naar gedaan.

Daarnaast vermeldt het verslag:

"RAS ongemuteerd, dus kandidaat voor EGFR remming, echter rechtszijdige tumor.

Twijfels over werkzaamheid bij rechtszittend coloncarcinoom besproken. Patiënte is kandidaat voor IMPACT CRC studie; uitgebreid besproken.

Ook niet-deelname besproken. Implicaties voor studies aangegeven (leverbiopt, scans etc)

SDM: patiënte ervaart goede kwaliteit van leven; kan alles doen. Als er een behandelmogelijkheid is dan wil ze dat graag, mits niet te belastend. Na bespreken van bijwerkingen cetuximab geeft patiënte aan dat ze deze bijwerkingen kan accepteren."

Uit het beeldvormend onderzoek naar de pijnklachten in schouders met uitstraling naar nek en bovenarmen bleek het volgende:

"CT:

Toename pulmonale meetbare klier, lever en bijnier metastasen. Ingroei in de vena cava inferior tot in het rechter atrium. Ondanks toename lesies evenwel geen duidelijke verklaring voor acute pijnklachten in de armen.

MRI CWK:

- Stenose van het wervelkanaal op niveau C3-C4 op basis van breedbasische disco-osteofyttaire protrusie, echter zonder aangetoonde myelopathie. Tevens stenose van de recessus lateralis en het neuroforamen beiderzijds, alwaar de wortels C4 kunnen worden beïnvloed.

- Degeneratieve stenose recessus lateralis en het neuroforamen C5-C6 beiderzijds, alwaar de wortels C6 kunnen worden beïnvloed.

- Geen metastasen in of rond de cervicale wervelkolom aangetoond. Geen pathologische contrastaankleuring van de leptomeningen."

Op 17 oktober 2018 heeft beklagde patiënte gezien en vragen beantwoord over de IMPACT-CRC-studie. Patiënte wilde graag deelnemen aan deze studie. Er werden nog laboratorium-uitslagen afgewacht voor het definitieve oordeel. Ook heeft beklagde met patiënte gesproken over deelname aan ook de CPCT-02-studie. Ook hieraan zou patiënte gaan deelnemen.

Op 30 oktober 2018 vond de laatste eligibility check en een leverbiopsie plaats.

Op 31 oktober 2018 startte patiënte met de eerste kuur cetuximab. De verpleegkundig specialist noteerde op deze datum onder andere dat patiënte bewust voor deze behandeling heeft gekozen om kwaliteit van leven te behouden.

Op 5 november 2018 sprak een verpleegkundige telefonisch met patiënte. Het ging naar omstandigheden goed met patiënte. Ze was wel wat vermoeid en moest vaker plassen dan anders, maar verder geen bijzonderheden.

Op 14 november 2018 zag beklagde patiënte weer. Beklagde noteerde dat patiënte enorm opgeknapt was. Ze had geen pijn meer, gebruikte ook geen pijnstillers meer en had haar eetlust weer terug. Ook werkte patiënte nog met veel plezier. Op deze datum werd gestart met kuur 2.

Op 27 november 2018 werd patiënte door een collega van beklagde beoordeeld voor de start van kuur 3. Er kon worden gestart met kuur 3, wat op 29 november 2018 gebeurde.

Op 10 december 2018 werd de CPCT-uitslag van patiënte buiten aanwezigheid van beklagde in de TWG besproken. Dit onderzoek had geen additionele behandelopties opgeleverd.

Op 12 december 2018 zag beklagde patiënte weer. Zij noteerde dat patiënte zich kerne gezond voelde, weer werkte, alles at en dronk en sportte en fietste. Ze had alleen wel meer last van haaruitval. Beklagde concludeerde:

"Verbetering van de conditie en de leverwaardes. Suggestief voor goede response. CT volgt.

Op 13 december 2018 werd gestart met kuur 4."

Op 19 december 2018 werd er een controle CT-scan gemaakt.

"Conclusie:

Langzame toename in omvang van de hepatische metastasen met doorgroei in de vena cava inferior.

Toename in omvang van lymfadenopathie centraal in de buikt.

Discrete toename in omvang van pulmonale metastasen.

Geen nieuwe lesies."

Op 27 december 2018 startte patiënte met kuur 5. Patiënte had toen nog niet de uitslag van de CT-scan vernomen, omdat die nog niet ontvangen was.

Op 9 januari 2019 besprak beklagde de uitslag met patiënte. Gezien het ontbreken van ernstige toxiciteit werd besloten om nog even door te gaan met cetuximab. Na zes weken zou een nieuwe CT-scan gemaakt worden. Op 11 januari 2019 kreeg patiënte kuur 6 en op 25 januari 2019 kuur 7. Op de laatste dag werd patiënte door een AIOS onder supervisie van een collega gezien. Patiënte had aan de dagverpleging gemeld dat ze wat pijn had rechts in de buik, niet continu aanwezig. Er was geen pijnstilling nodig. Op 6 februari 2019 kreeg patiënte kuur 8. De pijn in de buik was ongewijzigd.

Op 13 februari 2019 werd er weer een CT-scan gemaakt.

"Conclusie:

- Aandoening: gemetastaseerd coloncarcinoom

- Nieuwe lesies: geen aangetoond

- Response (alleen bij CR of PD): zie verslag. Wisselen beeld: cave progressieve lymfadenopathie.

- Relevante nevenbevindingen: geen"

Op 20 februari 2019 zag beklagde patiënte weer. De intentie was de uitslag van de scan te bespreken, maar die was er nog niet. Daarvoor werd een nieuwe afspraak gemaakt.

Het consult ging nu vooral over de vraag of met kuur 9 gestart kon worden. Patiënte gaf aan pijn in de rug te hebben. Ook was ze voor het eerst wat moe na het fietsen.

Beklaagde noteerde dat ze vermoedde dat de pijn myogeen (van de spieren afkomstig) van aard was.

Beklaagde concludeerde:

"Vooralsnog voordeel van de twijfel, kuur kan vrijdag gewoon doorgaan."

Op 27 februari 2019 zag beklagde patiënte voor de bespreking van de CT-scan:

"Nogmaals slecht nieuws gesprek: cetuximab is niet werkzaam.

Heeft een zeer duidelijke behandelwens, periode voor start cetuximab gekenmerkt door zeer matige kwaliteit van leven en enorm opgeknapt na de start. Hoopt dat dit nog een keer gaat gebeuren.

In goed overleg: start lonsurf 35 mgh/m 2 2dd. Daarmee op 50 mg 2 dd.

Recept heeft ze mee.

@JJ: opsturen informatie

En controle afspraak over 4 weken.

Uitvoerig stilgestaan bij het feit dat er hierna geen behandelopties meer mogelijk zijn. Advies gegeven om huisarts meer op te zoeken, uitleg retourverwijzing naar huisarts voor palliatieve zorg indien lonsurf niet het gewenste effect sorteert."

Op 25 maart 2019 werd patiënte op de SEH gezien met toegenomen klachten.

"Conclusie

57 jr. patiënt, bekend met gemetastaseerd coloncarcinoom, waarvoor sinds 27-2 3e lijns palliatieve therapie met lonsurf. Komt nu met:

1. Sinds 2 dagen progressieve pijn RBB met aanvallen met bewegingsdrang en Hb daling WD bloeding in levermetastase, goede reactie NSAID i.m. door huisarts dd urolithiasis Niet passend bij cholelithiasis zonder cholestase in lab.

Beleid iov [naam beklagde], oncoloog

Uitleg en geruststelling

Naar huis met diclofenac 3dd 25 mg p.o. En pantoprazol 40mg 1dd1 p.o.

Poli controle dr. [naam beklagde] donderdag (order geplaatst door haar)"

Op 25 maart 2019 belde de huisarts van patiënte naar het ziekenhuis. Blijkens de telefoonnotitie wachtte de huisarts nog steeds op een brief. En patiënte had nog steeds geen vervolgspraak en was teleurgesteld, aldus de huisarts.

Op 28 maart 2019 had beklagde telefonisch contact met patiënte. Beklagde schreef dexamethason voor. Patiënte belde naar het ziekenhuis diezelfde dag, omdat het recept niet goed bij de apotheek terecht was gekomen. De arts die hierover in consult werd gevraagd, schreef 'voor nu' dexamethason 1dd 2mg voor 10 dagen voor en stuurde een bericht hierover naar beklagde.

Het telefonisch contact op 28 maart 2019 was het laatste contact tussen beklagde en patiënte.

Patiënte vroeg een 'second opinion' aan bij een collega van beklagde. Op 16 april 2019 werd patiënte door deze internist-oncoloog gezien. Zij noteerde onder meer het volgende:

"S/Anamnese:

Is verdrietig en boos. Voelt zich onbeschoft behandeld.

17-4-2018 voor het eerst bij dr [naam beklagde] geweest. Had toen tijd. Wilde toen naar II.

Heeft toen 3 kuren gehad. En toen is het lastig geworden. Moest terug voor evaluatie uitslag. Mochten toen niet CT zien. Uitslag was slecht.

Heeft getekend voor CPCT en Impact studie. 6 weken erna nog geen bericht. Telefonisch contact met Q gehad. Vreemd verhaal.

Gestart met cetuximab. Voelde zich heel snel opknappen. Kon weer alles.

CT in december 2018 weer niet echt besproken. CT van februari ook niet echt besproken (1.5 uur gewacht: nog geen 5 minuten binnen gezeten). Was slechter. Maar patiënte had verslag gelezen (leek dat het beter was). Patiënte gaf aan dat het toch echt beter was en ze voelde zich goed. Werkte en was actief. In februari veel buikpijn/rugpijn. [naam beklagde] gaf aan dat het er niets mee te maken had. Kuur werd gestopt. Gevraagd

naar CPCT uitslag. ([naam beklagde] wist dit niet meer; en wilde haar eventueel naar BB sturen)

Toen lonsurf gehad. Afsproken na 3 kuren CT te maken. Mara toch niet; eerst 1 kuur en dan bloed prikken om te zien of het werkt. Wist niet dat het chemo was. Enige bijwerking zou loopneus zijn. Zag de bijwerkingen thuis. Q zou informatie geven. Nooit gehad.

Callcenter AA: [naam beklagde] zou terugbellen voor afspraak. Belde tegen 17 uur. Volgende week maak ik afspraak en kunnen jullie niet kom ik naar jullie.

Gaat maar heel matig. Heeft morfine pleisters gehad. Heeft mogelijk bloeding levermetas gehad.

Pijn is te doen. Gaat hard achteruit. Sinds stoppen met cetuximab kuur. Heeft wel eetlust. Is beetje actief. Loopt tuin in en doet licht huishoudelijk werk.

Patiënt heeft deelgenomen aan de impact colon studie, lijkt onterecht gestopt te zijn; had geen PD; heeft 1 kuur lonsurf gehad; verdroeg cetuximab heel goed; geen tox; goede Qol

Daarnaast gepraat over de gevoelde miscommunicatie: verdriet en boosheid: afgesproken dit terug te koppelen.

P/Bespreking/beleid:

Nu bloed prikken, mail morgen uitslag; zij bespreekt het met de huisarts; ik met [naam beklagde]; vrijdag a.s. 19-4 telefonisch contact: dan i principe 9na maken CT) herstarten van cetuximab (als ze dat wil)"

De collega internist-oncoloog werd hiermee de regiebehandelaar.

Patiënte kreeg nog 5 kuren cetuximab. Op 11 juli 2019 werd patiënte opgenomen vanwege een toename van tumorlaesies. De behandeling met cetuximab werd gestopt. Op 22 juli 2019 overleed patiënte.

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

1. het medisch dossier van patiënte is niet zorgvuldig bijgehouden en bevat onjuistheden;
2. patiënte is niet adequaat voorgelicht omtrent de (mogelijke) behandelingen;
3. patiënte heeft onvoldoende medische begeleiding gehad;
4. de communicatie met beklagde was ondermaats;
5. de keuze voor capecitabine monotherapie is bij patiënte onjuist geweest;
6. patiënte had een FOLFIRI-schema moeten krijgen;
7. patiënte is ten onrechte geïncludeerd in de IMPACT-studie;

8. de cetuximab had niet aangeboden mogen worden en is op onjuiste indicatie toegediend;
9. de cetuximab is in februari 2019 ten onrechte gestaakt;
10. het geneesmiddel diclofenac is ten onrechte toegediend;
11. beklagde heeft verzuimd de RAS/BRAF mutatiestatus van de tumor te laten bepalen.

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

5.1

Het toetsingskader

Alvorens in te gaan op de afzonderlijke klachtonderdelen, zal het college ingaan op de voor de beoordeling geldende toetsingskaders.

5.1.1

Algemene norm: redelijk handelend internist-oncoloog

Het college moet beoordelen of beklagde met inachtneming van de geldende beroepsnormen de zorg heeft verleend die van haar mocht worden verwacht. De norm daarvoor is 'de redelijk bekwaam handelende' internist-oncoloog. In deze en samenhangende zaken is uitvoerig gediscussieerd over de vraag welke oncologische zorg de patiënt had moeten worden verleend. Klagers hebben daarbij veelal verwezen naar het oordeel van een door hen ingeschakelde deskundige.

Het is het college bekend dat er verschillen in inzicht tussen de ziekenhuizen en internist-oncologen kunnen bestaan over welke therapie in bepaalde gevallen de voorkeur verdient, waarbij niet één bepaalde behandeling of therapie als exclusief juist kan worden aangemerkt. In dergelijke situaties gaat het er om of de keuze die beklagde heeft gemaakt in het licht van alle relevante factoren – waaronder de wensen van de patiënt en overwegingen met betrekking tot de kwaliteit van leven - verdedigbaar is, ook als daarbij is afgeweken van professionele richtlijnen.

Het college heeft bij zijn oordeel over de klachtonderdelen rekening gehouden met het gegeven dat elke patiënt met kanker een op hem of haar toegesneden behandeling vergt. Daarbij spelen meerdere factoren een rol, zoals het type tumor, de uitgebreidheid van de metastasering, de mate en het tempo waarin en de wijze waarop de kanker zich heeft ontwikkeld, het effect van de voorgaande behandelingen, de leeftijd en conditie van de patiënt en - niet in de laatste plaats - de wensen van de patiënt.

5.1.2

Oordeel naar het moment van handelen

Het college beoordeelt de door beklagde verleende zorg naar het moment van handelen. Wetenschap achteraf hoe de ziekte zich feitelijk heeft ontwikkeld en hoe het de patiënt verder is vergaan, wordt bij het tuchtrechtelijke oordeel in beginsel buiten beschouwing gelaten.

Het buiten beschouwing laten van 'wetenschap achteraf' heeft onder andere te maken met het feit dat het verloop van een ziekte soms moeilijk te voorspellen is. Het inschatten van levensverwachtingen mét en zonder behandeling is bijvoorbeeld gebaseerd op statistische gemiddelden. Het verloop van de ziekte en de overlevingskansen zullen voor elke individuele patiënt kunnen afwijken van statistische gemiddelden. Als meerdere therapieën op elkaar volgen, kunnen de daarvan te verwachten kansen op een langere overleving niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld.

5.1.3

Regiebehandelaar

Beklaagde is in veel gevallen opgetreden als regiebehandelaar (bij de bespreking van de klachten in de stukken en ter zitting ook wel hoofdbehandelaar genoemd). Zij kan ook in haar rol als regiebehandelaar tuchtrechtelijk worden aangesproken. De taak van de regiebehandelaar is erop toe te zien dat de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet, dat er een adequate informatie-uitwisseling en overleg is tussen de bij de behandeling betrokken zorgverleners en dat er één aanspreekpunt is voor de patiënt en diens naaste betrekkingen voor het beantwoorden van vragen (ECLI:NL:TGZCTG:2021:36, Uitspraak van 29 januari 2021 van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag).

De rol van de regiebehandelaar gaat dus niet zo ver dat deze in die rol aangesproken kan worden op zelfstandig handelen of nalaten van bijvoorbeeld collega-artsen, zoals de radioloog, de chirurg of collega-internist-oncologen die bij de behandeling waren betrokken. Ook in haar rol als regiebehandelaar wordt beklagde dus beoordeeld op haar eigen handelen.

5.1.4

Individuele toets

Beklaagde werd ter zitting verweten dat zij zich met haar verweer zou willen "verschuilen" achter anderen. Het college merkt daarover op dat het vanwege de individuele aanspreekbaarheid in het tuchtrecht van belang is nauwkeurig vast te stellen wie waar verantwoordelijk voor was, zodat beklagde van haar uitleg op dat punt redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.

5.1.5

Concrete klachten

Het college merkt op dat het geen acht zal slaan op het verzoek van klagers om "het medisch handelen" van beklagde integraal te beoordelen. Een dergelijke toets is te algemeen van aard, nu in het tuchtrecht klachten voldoende concreet omschreven moeten zijn en onderbouwd moet worden op welk handelen of nalaten van de arts de klacht precies betrekking heeft.

5.1.6

Het dossier

Daar waar de standpunten van partijen uiteenlopen, zal in beginsel worden uitgegaan van de juistheid van de dossieraantekeningen. Waar het woord van de ene partij tegenover dat van de andere staat, geldt het volgende. Als uit andere bronnen geen steun voor het ene of andere standpunt gevonden kan worden, zal het college de feiten niet met voldoende mate van zekerheid kunnen vaststellen. Dit zal in die gevallen leiden tot ongegrondverklaring van het desbetreffende klachtonderdeel.

Wat betreft de dossiervorming geldt de maatstaf van artikel 7:454, eerste lid, van het Burgerlijk Wetboek (BW). Dit houdt onder meer in dat de zorgverlener in het patiëntendossier aantekening houdt van de gegevens over de gezondheid van de patiënt en de uitgevoerde verrichtingen. Ook andere gegevens worden daarin opgenomen, voor zover dit voor een goede hulpverlening aan de patiënt noodzakelijk is.

Waar klachten over de dossiervoering niet of onvoldoende zijn geconcretiseerd, zal het college de klacht in zoverre ongegrond verklaren.

5.1.7

De communicatie

Als basis voor de communicatie met patiënten zal het college artikel 7:448 BW hanteren. Deze bepaling houdt in dat de zorgverlener de patiënt inlicht op duidelijke wijze en passend bij zijn bevattingsvermogen. Ook moet tijdig overleg plaatsvinden met de patiënt over het voorgenomen onderzoek, de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen in het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. De zorgverlener laat zich hierbij leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijze moet weten over:

- 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 beklagde het stelde: door de voormalige werkgever van beklagde). Sommige klagers hebben ter zitting hun klacht(en) in eigen bewoordingen

anders weergegeven dan hoe ze in het klaagschrift zijn neergelegd. Het college merkt hierover op dat deze kwestie van geen belang is. De eigen weergave van de verwijten door deze klagers valt binnen de reikwijdte van de geformuleerde klachtonderdelen, waar klagers naar eigen zeggen ook achter staan. Bij de beoordeling van de klachten worden de verwijten zoals ze zijn omschreven in de klaagschriften als uitgangspunt genomen.

5.1.9

Het functioneren van 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

Bijhouden medisch dossier

Volgens klager staat ten onrechte in het medisch dossier dat patiënte op vakantie zou zijn geweest. Ook heeft beklaagde op 3 september 2018 in het medisch dossier alleen vermeld dat patiënte eerder bijwerkingen had gehad van een bepaalde chemotherapie zonder erbij aan te geven om wat voor bijwerkingen het ging. Daarnaast blijkt uit het medisch dossier niet dat beklaagde voldoende voorlichting heeft gegeven over de behandelingen, noch dat (en - zo ja - waarom) patiënte zou hebben gekozen voor een minder intensieve therapie.

Wat betreft de vakantie overweegt het college het volgende: ter zitting heeft klager gezegd dat patiënte wel op vakantie is geweest in de betreffende periode, maar dat hij dit vergeten was ten tijde van het indienen van de klacht. Dit verwijt mist dus feitelijke grondslag.

Wat betreft de bijwerkingen: het betreft hier bijwerkingen die patiënte in 2016 tijdens behandeling met bepaalde chemotherapie in een ander ziekenhuis heeft gehad. Het college acht het niet vermelden van de aard van de bijwerkingen onder de gegeven omstandigheden niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Het ging om chemotherapie die patiënte vanwege de heftige bijwerkingen niet nogmaals wilde ondergaan. De kern van de notitie is dat patiënte de betreffende chemotherapie niet meer wilde ondergaan, niet de aard van de bijwerkingen.

Wat betreft het geven van onvoldoende voorlichting over de behandelingen geldt dat dit niet volgt uit de notities in het medisch dossier. Het college kan dit verwijt daarom niet objectiveren.

Het college is verder van oordeel dat de verslaglegging van beklagde over patiënte in algemene zin voldeed aan het vereiste dat continuïteit van zorg gewaarborgd was. Het eerste klachtonderdeel is al met al ongegrond.

5.2.2

Voorlichting over de behandelingen

Zoals onder 5.2.1 al is overwogen, volgt uit het medisch dossier niet dat beklagde patiënte onvoldoende heeft voorgelicht over de behandelingen. Gezien de notities in het medisch dossier heeft beklagde in voldoende mate met patiënte gesproken over de behandelingen, de voor- en nadelen en eventuele alternatieven.

Wat betreft klagers stelling dat beklagde in februari 2019 de uitslagen van een CT-scan op het scherm niet wilde laten zien aan patiënte, geldt dat deze gang van zaken niet bevestigd is door beklagde en evenmin uit het medisch dossier volgt. Dat dit heeft plaatsgevonden, kan dan ook niet worden vastgesteld. Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.2.3

Medische begeleiding

Klager is van mening dat patiënte onvoldoende medisch is begeleid bij het gebruiken van Lonsurf (Trifluridine/tipiracil). Tijdens het consult op 27 februari 2019 schreef beklagde derdelijnsbehandeling met Lonsurf voor aan patiënte zonder haar te instrueren in het gebruik. Beklaagde heeft uiteengezet dat het gebruikelijk is dat de casemanager, ook een BIG-geregistreerd zorgverlener, degene is die patiënten nader informeert over het gebruik van dit middel. Beklaagde weet niet beter dan dat dit bij patiënte ook is gebeurd. Het college overweegt hierover het volgende. Als patiënte onvoldoende instructie heeft gekregen voor het gebruik van Lonsurf, betekent dit niet automatisch dat beklagde verwijtbaar heeft gehandeld. In de onderhavige situatie gaat het college ervan uit dat het voorgaande beklagde niet is aan te rekenen. Dit geldt mede op basis van de notities in

het medisch dossier naar aanleiding van het consult op 27 februari 2019 en hetgeen ter zitting ter sprake is gekomen. Beklaagde is niet degene die de medicatie daadwerkelijk heeft verstrekt en mocht ervan uitgaan dat patiënte van de casemanager informatie over het gebruik zou hebben ontvangen, dat is immers bij de start van de andere behandelingen ook steeds gebeurd en hoorde bij de dagelijkse gang van zaken op de afdeling medische oncologie. Dit klachtonderdeel slaagt evenmin.

5.2.4

Communicatie

Volgens klager zouden de gesprekken met beklagde niet uitgebreid genoeg zijn geweest en was beklagde ook vaak niet bereikbaar. Klager en patiënte hebben hierover gesproken met een andere internist-oncoloog, zo blijkt uit de notitie van deze collega van beklagde van 16 april 2019. Echter de verwijten vinden geen steun in het medisch dossier. Het college is van oordeel dat op basis van het medisch dossier niet kan worden vastgesteld dat de gesprekken in verwijtbare zin te kortdurend waren, noch dat beklagde in verwijtbare zin onbereikbaar zou zijn geweest. Ook klachtonderdeel 4 faalt.

5.2.5

Keuze voor capecitabine monotherapie

Klager stelt zich op het standpunt dat de keuze voor eerstelijns palliatieve therapie met capecitabine onlogisch was, nu CAPOX + bevacizumab – wat patiënte eerder kreeg – al tot niet meer dan een stabiele ziekte heeft geleid. De bevacizumab had niet weggelaten mogen worden, enerzijds omdat het om het hervatten van een eerstelijns therapie ging in mildere vorm en patiënte geen bijwerkingen van dit middel had ondervonden; anderzijds was er volgens klager geen zinvolle respons te verwachten van de monotherapie gelet op het matige effect van de therapie mét bevacizumab. Beklaagde heeft verklaard dat zij bevacizumab heeft weggelaten in de therapie om gehoor te geven aan de wens van patiënte om een zo min mogelijk belastende therapie te krijgen. Ze heeft de chemotherapie wel al na tweeëneenhalve maand geëvalueerd, terwijl na drie maanden gebruikelijk is in een palliatieve setting. Het college is van oordeel dat de keuze van beklagde voor capecitabine monotherapie bij patiënte, gezien haar wensen, goed te volgen is en daardoor niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Ook was er gezien de relatief beperkte symptomen van de uitzaaiingen bij patiënte geen noodzaak tot een snelle respons en dus intensievere chemotherapie. Dit betekent dat dit klachtonderdeel eveneens ongegrond is.

5.2.6

Geen FOLFIRI-schema

Volgens klager had de keuze voor een FOLFIRI-schema een langere overleving tot gevolg kunnen hebben dan de gemaakte keuze voor capecitabine. Nu patiënte hiervoor niet gekozen heeft, kan het niet anders dan dat zij onvoldoende is voorgelicht hierover. Zoals beklagde stelt en ook uit het medisch dossier volgt, was er bij patiënte geen wens en ook geen noodzaak om de behandeling te intensiveren. De keuze voor FOLFIRI is een standaard tweedelijnsbehandeling bij patiënten met uitgezaaide dikke darmkanker. De therapie geeft echter heftige bijwerkingen, waaronder kaalheid. Voor patiënte was met name het laatste geen optie, aldus beklagde. Ter zitting heeft klager – gevraagd naar een reactie hierop – dit niet weersproken. Daarnaast gold ook voor de overige heftige bijwerkingen dat ze niet pasten bij de wens van patiënte om nog zoveel mogelijk te genieten van de haar resterende tijd. Het college kan ook hier beklagdes beleid volgen en zal dit klachtonderdeel dan ook ongegrond verklaren.

5.2.7

Inclusie IMPACT-studie en aanbieden van cetuximab

Volgens klager had patiënte niet mogen worden geaccepteerd voor de IMPACT-studie volgens de meest recente inzichten ten aanzien van de indicatie voor anti-EGFR therapie. Ook had aan haar volgens klager geen cetuximab mogen worden gegeven, wat wel is gebeurd in het kader van de IMPACT-studie.

Beklaagde heeft hierover verklaard dat zij de twijfel over de werking van cetuximab in het licht van een rechtszijdige tumor met patiënte en een collega heeft besproken. In goed overleg is er toen voor gekozen patiënte toch te includeren in de IMPACT-studie en te starten met cetuximab. Reden hiervoor was dat op dat moment het bewijs rond ineffectiviteit bij rechtszijdige tumoren niet erg sterk was en omdat er verder niet zo veel andere opties waren. Het ging vervolgens meteen na de start met cetuximab klinisch beter met patiënte. Voor de IMPACT-studie geldt volgens beklagde voorts dat de in- en exclusiecriteria destijds in het ziekenhuis niet waren aangepast aan de nieuwste inzichten ter zake van de locatie van de tumor. Deze verantwoordelijkheid lag bij de hoofdonderzoeker van de studie en lag niet bij beklagde.

Het college is van oordeel dat er in deze geen sprake is van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen. Het beleid was weliswaar zeer ongebruikelijk, maar zorgvuldig afgewogen en werd mede door een collega gedragen. Vervolgens heeft patiënte er - na erover geïnformeerd te zijn - zelf voor gekozen. Bovendien is het weliswaar zo dat anti-EGFR therapie geen overlevingswinst geeft bij patiënten met een rechtszijdig colorectaal carcinoom, maar er is wel degelijk een kans op respons (van ongeveer 20%) waardoor patiënte toch van een dergelijke behandeling zou kunnen profiteren. Gezien de concrete

omstandigheden was het op dat moment verdedigbaar om patiënte te includeren in de IMPACT-studie en te starten met cetuximab in dat kader.

5.2.8

Staken van de cetuximab in februari 2019

Klager is van mening dat de cetuximab ten onrechte gestaakt is, omdat het volgens beklagde geen werking meer zou hebben. Er was namelijk geen progressie van ziekte te zien. Na het staken van de cetuximab ging patiënte ineens hard achteruit, volgens klager waarschijnlijk als gevolg daarvan.

Blijkens het dossier ging de situatie van patiënte echter al eerder achteruit. Op de CT-scan van 19 december 2018 was, blijkens het verslag van de radioloog, al een progressie in de ontwikkeling van de uitzaaiingen te zien. Vanaf eind januari 2019 had patiënte ook last van buikpijn. Ondanks het voorgaande besloot beklagde de behandeling met cetuximab nog zes weken voort te zetten, gezien de aanvankelijk goede reactie op de symptomen van patiënte, en dan weer een CT te maken. Hierbij speelde ook mee dat het gebruik van cetuximab nog steeds een klinisch voordeel had en geen hinderlijke bijwerkingen opleverde. Daarnaast waren de andere behandelopties beperkt. In de weken hierna leek de werking van cetuximab uit te doven gezien de persisterende buikpijn. In februari 2019 is de cetuximab gestaakt, vanwege verdere (beperkte) toename van lymfkliermetastasen en afwezigheid van klinisch effect.

Het college kan beklagde volgen in haar onderbouwing om in februari 2019 te stoppen met cetuximab. Dat patiënte op een later moment opnieuw cetuximab zou krijgen en daar – wellicht vanwege de gevoeligheid van de tumor – wel weer goed op zou gaan reageren, doet daar niet aan af. Dat beklagde in februari 2019 op basis van klinische en radiologische bevindingen concludeerde dat de cetuximab niet meer werkzaam was en daarmee gestopt werd, is volgens het college niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Het klachtonderdeel faalt.

5.2.9

Toedienen van diclofenac

Dit verwijt heeft betrekking op 25 maart 2019. De keuze voor een NSAID (non-steroidal anti-inflammatory drugs) pijnstiller als diclofenac was volgens klager vanwege het bloedingsrisico verkeerd, omdat patiënte op dat moment wellicht een bloeding in de lever had. Beklagde verklaart hierover dat – voor zover er al sprake zou zijn geweest van een bloeding in een levermetastase – diclofenac dan nog niet gecontra-indiceerd is omdat een dergelijke bloeding self-limiting is.

Het college is niettemin van oordeel dat een andere pijnstilling, met een minder hoog bloedingsrisico, een betere keuze was geweest, ook al was de dosering diclofenac laag en

had patiënte eerder goed gereageerd op dit middel. Het risico op complicaties van diclofenac was echter beperkt en beklagde had op korte termijn weer een afspraak gepland waarin de behandeling geëvalueerd kon worden. Hoewel het handelen van beklagde hier beter had gekund, voert het naar het oordeel van het college te ver om beklagde – gezien de lage dosering diclofenac en het beperkte risico – hiervan een tuchtrechtelijk verwijt te maken. Ook dit klachtonderdeel faalt.

5.2.10

Geen RAS/BRAF mutatiestatus van de tumor laten bepalen

Volgens klager had beklagde de RAS/BRAF-mutatiestatus van de tumor moeten laten bepalen voorafgaande aan de behandeling.

Beklaagde heeft – terecht – toegelicht dat er wel degelijk een RAS-mutatiebepaling heeft plaatsgevonden, namelijk in september 2018. Voor een BRAF-mutatiebepaling was geen aanleiding omdat bij patiënte geen wens bestond tot intensievere behandeling en zij ook niet in aanmerking kwam voor triple therapie.

Het college deelt het standpunt van beklagde. De prognostische waarde van een mutatiebepaling was bij patiënte gezien haar behandelwens van geringe klinische betekenis. De mutatiebepaling mocht naar het oordeel van het college achterwege gelaten worden. Dit betekent dat ook het elfde en laatste klachtonderdeel niet slaagt.

5.3

Slotsom

De slotsom is dat de klacht ongegrond is. Omdat de klacht ongegrond is, bestaat er geen aanleiding voor een proceskostenveroordeling.

6. DE BESLISSING

Het college:

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

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

voorzitter

secretaris

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

- 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.