

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 13 januari 2023 naar aanleiding van de op 12 april 202 medisch dossier bij het regionaal tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

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

k l a 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:

- 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 14 oktober 2022 van mr. Jansen 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 klaagster 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 B (verder patiënt), geboren in 1957 en overleden op 11 november 2018. Klaagster was zijn partner.

In mei 2018 bleek in het kader van het bevolkingsonderzoek dat bij patiënt sprake was van een maligniteit. Uit nader onderzoek bleek dat sprake was een coecumcarcinoom met levermetastasen. Op 22 juni 2018 werd patiënt besproken binnen de tumorwerkgroep (hierna: TWG) van het E (hierna: het ziekenhuis). Onder meer het volgende werd genoteerd (citaten zijn overgenomen inclusief eventuele taal- en typefouten):

"Advies/Beleid:

- Palliatief beleid

- Verwijzen naar Mede onco

- Studie: Kandidaat CAIROIV; indien geen participatie, wel registratie, zo niet dan CAIRO V"

Op 25 juni 2018 zag beklaagde patiënt voor het eerst. Ze besprak met hem de palliatieve systeemtherapie (capecitabine + oxaliplatin) waarmee hij zou gaan starten. Ze noteerde dat ze patiënt zou aanmelden voor registratie met betrekking tot CAIRO4, maar niet voor deelname gezien de leverfunctiestoornissen.

Bij 'Medicatie' noteerde ze onder meer het volgende:

"(...)
Dexamethason tablet, 4 mg, Oraal, 1xdd
Dexamethason tablet, 8 mg, Oraal, Volgens toedieningsinstructies
 (...)"

Op 27 juni 2018 kreeg patiënt de eerste kuur capecitabine + oxaliplatin (capox).

Op 4 juli 2018 zag beklagde patiënt opnieuw.

"Anamnese: voelt zich veel beter! Het hoesten is geheel weg, is veel energiever. Inname pillen gaat goed, wel wat neurotoxiciteit maar daar kan hij goed mee om gaan.

Lab: duidelijke verbetering leverfuncties. LDH daalt, bili daalt en CEA daalt.

(...)

Conclusie: volgende week opnieuw lab en consult in spreekkamer

Beleid: capecitabine 25% continueren"

Op 16 juli 2018 werd patiënt gezien door een AIOS onder supervisie van beklagde. Het ging volgens de anamnese naar omstandigheden goed met patiënt.

In overleg met beklagde werd op 18 juli 2018 gestart met kuur 2. De dosering capecitabine werd verhoogd naar 50%¹.

Op 28 juli 2018 bleek uit telefonisch contact dat het slecht ging. De verslaglegging van het gesprek meldt dat patiënt hard achteruitging. Patiënt had veel last van zijn mond waardoor eten moeilijk ging, was sterk afgefallen en verzwakt. Hij werd gevraagd naar de SEH te komen voor nader onderzoek.

De lab-resultaten waren sterk afwijkend:

"Glucose bij binnenkomst niet meetbaar: > 40 (in serum na 1L NaCl: 48)

Effectieve osmol 348.5 (ureum 21.5)

Gecorrigeerd natrium 152 (bij glucose 45? = schatting)

Watertekort obv bovenstaande gegevens en anamnestic gewicht 70kg: 3.5 Liter"

Patiënt werd opgenomen voor behandeling van de hyperglycemische ontregeling. In overleg met een collega van beklagde was de chemotherapie stopgezet tot de eerstvolgende controle bij beklagde zou plaatsvinden. Pas voorafgaand aan die controle zouden de leverwaarden weer worden bepaald.

Op 1 augustus 2018 werd patiënt ontslagen. Op 4 augustus 2018 belde klagster, omdat zij zich zorgen maakte. Patiënt had dikke benen en plaste minder. De oncoloog die klagster sprak noteerde het volgende:

"C: Verdinking progressie levermetastasen, portale compressie, danwel portatrombose met vena cava inferior syndroom

B: Morgenochtendvroeg naar SEG voor lab controle en echo danwel ct scan (tv contract) afh kliniek en lab."

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

Op 5 augustus 2018 werd patiënt op de SEH gezien. Uit de verrichte onderzoeken volgde als conclusie:

"(...)

1. *beiderzijds oedeem aan de benen*

Vena porta trombose/vena cava superiorsyndroom uitgesloten, met CT scan, mogelijk deels bij hypoalbuminemie en druk vanuit de buik

2. *leverenzymstoornissen, transaminasen sqa, ggtr/AF toename ten opzichte van eerder, iets verhoogd bilirubine*

3. *hypoalbuminemie en CRP, urine op eiwit volgt*

Beleid: iom [naam collega van beklagde]

Naar huis

Poliklinisch oppakken door hoofdbehandelaar

PM: Urine nog op eiwit/kreat ratio"

Beklaagde zag patiënt weer op 6 augustus 2018. Volgens de verslaglegging sprak zij indringend met patiënt over wel of niet nog een derde kuur, waarbij ze het risico van versneld overlijden door chemotherapie benoemde. Patiënt wilde er nog geen beslissing over nemen. Afsproken werd de volgende dag te bellen.

Op 8 augustus 2018 liet patiënt weten te willen stoppen met de chemotherapie.

Hiermee eindigde de betrokkenheid van beklagde haar afdeling bij de behandeling van patiënt.

Op 11 november 2018 overleed patiënt.

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

1. voorafgaand aan de behandeling van patiënt is ten onrechte geen RAS/BRAFV600E-mutatiestatus van de tumor bepaald;
2. beklagde heeft voorafgaand aan de behandeling geen test op een (zeldzame) DPD-mutatie gedaan;
3. er is geen bevacizumab toegevoegd aan de chemotherapie met capecitabine en oxaliplatin;
4. de dosering capecitabine was onjuist;
5. de dossiervoering was zeer ondermaats;

6. het gevoerde beleid ten aanzien van het geven van dexamethason is onjuist geweest;
7. er is onvoldoende informatie verstrekt aan patiënt.

Tot slot verzoekt klaagster 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 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 beklaagde 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 beklaagde 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 beklagde

Het college benadrukt dat de geschiktheid van beklagde tot het uitoefenen van haar beroep niet ter beoordeling voorligt. Het gaat hier namelijk niet om een beoordeling van een voordracht als bedoeld in artikel 79 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). In de individuele zaken kan alleen het handelen van beklagde worden beoordeeld in die individuele gevallen, waarbij de concrete klachtonderdelen als uitgangspunt worden genomen. Algemene zaken die herhaaldelijk naar voren zijn gebracht tijdens de behandeling ter zitting, maar niet als klachtonderdeel naar voren zijn gebracht kunnen door het college niet bij de beoordeling worden betrokken. Als voorbeeld noemt het college het herhaaldelijk benoemen van de 10.000 ongelezen "in basket" berichten. Dit is in geen van de zaken als verwijt naar voren gebracht en evenmin voorzien van een concrete onderbouwing in deze specifieke zaak.

5.2

Beoordeling afzonderlijke klachtonderdelen

Het college zal nu overgaan tot het bespreken van de afzonderlijke klachtonderdelen.

5.2.1

Geen RAS/BRAFV600E-mutatiestatus bepaald

Voorafgaand aan de behandeling van patiënt is volgens klaagster ten onrechte geen RAS/BRAFV600E-mutatiestatus van de tumor bepaald.

Volgens beklagde was er geen aanleiding om een RAS-/BRAF-mutatie te bepalen, omdat bij patiënt sprake was van een rechtszijdige tumor. Een RAS-bepaling is dan sowieso niet relevant. Ook een BRAF-bepaling had geen therapeutische meerwaarde vanwege het vergevorderde stadium van de ziekte en het feit dat intensievere chemotherapie vanwege onder meer de leverenzymstoornissen niet werd overwogen. Verder geldt dat het doen van een BRAF-bepaling ook geen protocollair voorschrift is onder omstandigheden, maar een aanbeveling.

Het college onderschrijft het standpunt van beklagde en acht dit klachtonderdeel ongegrond.

5.2.2

Geen test op een DPD-mutatie gedaan

Beklaagde heeft voorafgaand aan de behandeling volgens klaagster ten onrechte geen test op een (zeldzame) DPD-mutatie gedaan.

Beklaagde stelt dat deze test niet nodig was, aangezien gestart werd met een lage dosering capecitabine. Een DPD-mutatie kan pas relevantie hebben als 100% capecitabine wordt gegeven. Bij een onbekende DPD-mutatiestatus mag een dosering capecitabine van 75% gegeven worden volgens het Vademecum van het ziekenhuis. Patiënt zat hier ruim onder.

Ook het college is van oordeel dat een test op een DPD-mutatie geen relevantie heeft bij de lage dosering capecitabine die patiënt kreeg. Beklaagde handelde bovendien ruim binnen de door het Vademecum van het ziekenhuis gestelde grenzen van capecitabinedosering bij een onbekende DPD-mutatiestatus. Dit maakt dat ook het tweede klachtonderdeel ongegrond is.

5.2.3

Geen bevacizumab toegevoegd aan de chemotherapie

Er is geen bevacizumab toegevoegd aan de chemotherapie met capecitabine en oxaliplatin. Dit is volgens klaagster verwijtbaar, gezien de toegevoegde waarde hiervan in termen van tumorrespons, progressievrije overleving en soms ook totale overleving. Beklaagde stelt dat er op basis van de Richtlijn colorectaal carcinoom (hierna: de richtlijn) geen bevacizumab behoefde te worden toegevoegd aan de chemotherapie; zij beveelt dat slechts aan. Daarnaast geldt dat de toevoeging van bevacizumab ook niet onomstreden is volgens de richtlijn.

Het college stelt vast dat de richtlijn inderdaad niet voorschrijft dat bevacizumab had moeten worden toegevoegd aan de chemotherapie, maar beveelt dat aan. Daarnaast is de toegevoegde waarde van bevacizumab beperkt en kunnen er meer bijwerkingen ontstaan. Dat beklagde geen bevacizumab heeft toegevoegd aan de chemotherapie is niet tuchtrechtelijk verwijtbaar.

5.2.4

Dosering capecitabine

Klaagster stelt dat de dosering capecitabine (eerst 25% en daarna 50%) te laag is geweest.

Beklaagde is van mening dat je hier achteraf over kunt discussiëren, aangezien patiënt de lage dosering zeer goed bleek te verdragen. Echter op het moment zelf leek het haar verstandiger om voorzichtig te starten met een zeer lage dosering capecitabine vanwege de leverenzymstoornissen.

Het college is van oordeel dat de dosering capecitabine 25% zeer laag was, zelfs bij de leverenzymstoornissen van patiënt. Beklaagde is zeer voorzichtig gestart met de capecitabine, wat op zichzelf ongebruikelijk is, maar gezien de onbekende DPD-mutatiestatus, de leverenzymstoornissen en de bij beklagde gevoelde noodzaak tot snel starten met chemotherapie, niet dusdanig dat dit beklagde tuchtrechtelijk moet worden verweten. Bovendien heeft beklagde de dosering wel verhoogd toen bleek dat patiënt er goed op reageerde. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.2.5

Dossiervoering

De dossiervoering was zeer ondermaats volgens klaagster. Wat betreft de onderbouwing van dit klachtonderdeel wordt in algemene zin verwezen naar een stuk opgesteld door een deskundige (een andere internist-oncoloog) die het dossier heeft beoordeeld. Die deskundige stelt dat bepaalde onderwerpen niet of niet duidelijk genoeg in het medisch dossier zijn vermeld. Zo zou het dossier geen aantekening bevatten over de reden voor het starten met een lage dosering capecitabine. Dit verwijt is niet juist, aangezien beklagde op 25 juni 2018 aantekende dat de dosering met 75% is gereduceerd vanwege leverfunctiestoornissen. Op 8 augustus 2018 werd aangetekend dat de dosering naar 50% ging vanwege de afname van de leverfunctiestoornissen.

Juist is dat beklagde de overweging om de dosering capecitabine tot 50% te verhogen op een latere datum heeft genoteerd dan waarop de verhoging daadwerkelijk plaatsvond. Dat had eerder en dus beter gekund. Van een tuchtrechtelijk verwijt is echter geen sprake, nu de continuïteit van de zorg niet in het geding was. De deskundige mist in het dossier een uitleg waarom dexamethason als chronische onderhoudsdosering geïndiceerd was. Dit verwijt is niet gegrond omdat beklagde de dexamethason niet als onderhoudsdosering heeft voorgeschreven (zie ook de navolgende overweging). De deskundige bekritiseert voorts het verslag van het MDO d.d. 22 juni 2018. Nu beklagde dit verslag niet heeft opgesteld, kan haar dit niet op goede grond worden verweten. Dit betekent dat het vijfde klachtonderdeel ook ongegrond is.

5.2.6

Dexamethason

Het gevoerde beleid ten aanzien van dexamethason is onjuist geweest, aldus klaagster. Volgens haar heeft beklagde dit middel voor een chronische onderhoudsbehandeling voorgeschreven, zonder dat deze keuze wordt onderbouwd in het medisch dossier. Beklaagde bestrijdt het voorgaande. Zij heeft twee recepten dexamethason uitgeschreven (één recept voor dexamethason als standaard anti-emeticum bij de chemotherapie en één voor een korte periode vanwege vermoeidheid en malaise)

waarmee zij voor in totaal dertien dagen dexamethason aan patiënt heeft voorgeschreven. Het middel is dus niet als chronische onderhoudsbehandeling voorgeschreven. Patiënt heeft wel zoals gebruikelijk bij een behandeling met chemotherapie voor meerdere chemo-cycli tabletten meegekregen. Patiënt heeft zich echter niet aan de recepten, noch aan de instructie op de etiketten van de doosjes gehouden als hij de medicatie na dertien dagen is blijven gebruiken.

Het college overweegt het volgende. Uit het medisch dossier blijkt niet dat beklagde de dexamethason als chronische onderhoudsbehandeling heeft voorgeschreven, wat ook niet aannemelijk is. Als patiënt de medicatie langer heeft gebruikt dan waarvoor de medicatie was voorgeschreven, is dat een ongelukkige omstandigheid geweest. Het college kan echter niet vaststellen dat dit aan beklagde te wijten is. De recepten heeft zij op de juiste wijze uitgeschreven. De mogelijke verwarrende tekst op de instructie voor inname van het middel is beklagde niet aan te rekenen. Bovendien mocht ze er van uit gaan dat via de casemanager ook nog informatie over de inname van de anti-emetica (waaronder dexamethason) was besproken en het middel door de apotheek is afgegeven. Het klachtonderdeel is ongegrond.

5.2.7

Informatieverstrekking

Volgens klaagster heeft beklagde onvoldoende informatie aan de patiënt verstrekt. Zo heeft beklagde patiënt onvoldoende ingelicht over de samenstelling en de dosering van de chemotherapie. Evenmin heeft beklagde patiënt ingelicht over de klachten die hij kon krijgen na langdurig gebruik van dexamethason.

Het college deelt dit standpunt niet. Op basis van het medisch dossier kan niet worden vastgesteld dat patiënt onvoldoende is geïnformeerd over zijn behandeling met chemotherapie. Verder is ten aanzien van het gebruik van dexamethason onder 5.2.6 al overwogen dat patiënt de dexamethason langer heeft gebruikt dan waarvoor het middel was voorgeschreven. Dat beklagde patiënt niet heeft geïnformeerd over wat er kan gebeuren als hij de medicatie langer zou gaan gebruiken dan waarvoor het was voorgeschreven, kan haar niet tuchtrechtelijk worden verweten. Dit laatste klachtonderdeel is daarmee eveneens ongegrond.

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.