

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 058/2019

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 15 oktober 2019 naar aanleiding van de op 26 maart 2019 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

I, arts, werkzaam te D,

bijgestaan door E en F, beiden werkzaam als jurist bij de afdeling Bestuurlijke en Juridische zaken van het G te D,

b e k l a a g d e

#### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift;
- het verweerschrift met bijlagen;
- de brief van beklagde van 30 augustus 2019 met bijlagen.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 17 september 2019, alwaar klaagster en beklagde, met de arts-assistent (waar eveneens een klacht tegen is ingediend met nummer 059/2019) van wie hij de supervisor was en zijn gemachtigde, zijn verschenen. In beide zaken is tegelijkertijd door het college beslist.

#### 2. FEITEN

Op grond van de stukken dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klaagster is weduwe van H (geboren in 1956), verder te noemen patiënt.

In augustus 2016 wordt patiënt gediagnosticeerd met een mantelcellymfoom (non-hodgkin) stadium IVA met beenmerglokalisatie en uitgebreide lymfadenopathie boven en onder het diafragma en een miltlokalisatie (MIPI 5,7). Hij wordt hiervoor behandeld met chemotherapie (3x R-CHOP) waarna een partiële remissie optreedt. Daarna ontvangt patiënt een vervolgbehandeling met een hoge dosis cytarabine, waarna stamcellen gemobiliseerd worden. Dit verloopt moeizaam. Uiteindelijk is plerixafor nodig waarna voldoende stamcellen geogst kunnen worden.

Na conditionering met BEAM-chemotherapie krijgt patiënt op 27 februari 2017 een autologe stamceltransplantatie (ASCT). De opname wordt gecompliceerd door een forse neutropene enterocolitis (darmontsteking), influenza infectie (griepvirus) en atriumfibrilleren (hartritmestoornissen), waarvoor patiënt een tijdlang op de Intensive Care is opgenomen. Na terugplaatsing naar de verpleegafdeling breekt een periode aan van langzaam herstel van waaruit patiënt uiteindelijk, op 20 maart 2017 in redelijke conditie is ontslagen.

Patiënt blijft gedurende de maanden hierna een trombopenie (tekort aan bloedplaatjes) houden, geduid bij matige engraftment van de stamcellen. Patiënt is op 4 april, 7 april, 11 april, 14 april, 25 april, 30 mei, 6 juni, 8 juni, 29 juni en 27 juli 2017 poliklinisch gecontroleerd door een arts-assistent, van wie beklagde de supervisor was (hierna: de arts-assistent). In verband met klachten over een branderige pijn bij de schouderbladen heeft de arts-assistent begin juni 2017 een ECG gemaakt en bloedonderzoek ingezet. De ingezette onderzoeken leverden geen afwijkingen op. Daarnaast heeft de arts-assistent patiënt in juni 2017 verwezen naar een neuroloog, die een MRI-scan heeft gemaakt van de volledige wervelkolom. Op die scan worden geen aanwijzingen gezien voor een tumor of een wortelcompressie. Tijdens het poliklinisch bezoek op 27 juli 2017 heeft patiënt meegedeeld dat de pijn tussen de schouderbladen minder is en dat het beter met hem gaat. Uit het laboratoriumonderzoek komen geen aanwijzingen voor ziekteactiviteit. Bij het poliklinisch bezoek op 3 oktober 2017 is sprake van achteruitgang van de conditie van patiënt en diarree.

Nog geen week later wordt patiënt via de afdeling SEH opgenomen met een ileus en blijkt er sprake van een recidief van het mantelcellymfoom met lymfadenopathie mediastinaal en abdominaal en met orgaanlokalisatie in het terminale ileum en coecum en mogelijk ook in de milt. Initieel wordt gestart met prednison, waarbij de ileus snel verbetert. Aansluitend wordt gekozen voor start met rituximab-ibrutinib, met de hoop bij complete remissie te kunnen consolideren met een allogene stamceltransplantatie. Deze behandeling wordt gecompliceerd door een sterke toename van de trombopenie en waarschijnlijk ook een trombopathie met daarbij rectaal bloedverlies. Een CT-thorax-abdomen drie weken na aanvang van deze behandeling toont verdere progressie van het mantelcellymfoom. Gezien het rectaal bloedverlies en een grote mediastinale massa die reeds een compressie op de linker hoofdbronchus en de linker arteria pulmonalis veroorzaakt, wordt het continueren van dit behandelregime niet als zinvol geacht, omdat het effect van ibrutinib vaak pas na enkele maanden inzet. In deze tijd wordt het zeer waarschijnlijk geacht dat patiënt aan de complicaties van de voortschrijdende ziekte zal overlijden.

Als alternatieve behandeloptie wordt nog rituximab-bendamustine overwogen. Dit wordt met patiënt en familie besproken, maar hierbij wordt de kans van slagen van de behandeling zeer klein ingeschat en de kans op complicaties (bloeding) zeer groot. Patiënt

kiest er dan voor om naar huis te gaan om met palliatieve zorg nog kwaliteit en tijd te hebben met regelmatige controles en transfusies op de dagbehandeling.

Op 7 december 2017 is patiënt overleden.

In de periode 2016-2017 was de arts-assistent in opleiding tot hematoloog in het vijfde jaar van haar opleiding. Zij is betrokken geweest bij de poliklinische behandeling van patiënt in de periode april-oktober 2017; zij heeft geen directe betrokkenheid gehad bij de klinische opname na recidief van patiënt.

Sinds 1995 is beklagde werkzaam in het G als internist met als specialisatie hematologie. Hij was de supervisor van de arts-assistent bij de poliklinische contactmomenten tussen haar en patiënt in de periode april-juli 2017.

Op 12 maart 2018 en 23 januari 2019 heeft een tweetal nagesprekken plaatsgevonden waarbij (onder meer) klaagster en de arts-assistent aanwezig waren. Bij het tweede gesprek op 23 januari 2019 was ook beklagde aanwezig.

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

Klaagster verwijt beklagde – zakelijk weergegeven – ten eerste dat hij in de periode april-oktober 2017, toen patiënt poliklinisch werd behandeld, niet adequaat heeft gereageerd op de klachten van patiënt (pijn en misselijkheid), terwijl deze klachten wezen op een recidief van de ziekte. Pas in oktober 2017, toen patiënt zwarte ontlasting kreeg en zwarte ontlasting overgaf, werd nadere diagnostiek verricht en geconstateerd dat sprake was van een recidief. Deze diagnose had volgens klaagster eerder gesteld moeten worden.

Ten tweede stelt klaagster dat beklagde ten onrechte in april 2017 en de maanden die daarop volgden (de poliklinische fase) geen CT-scan heeft (laten) verricht(en) om vast te stellen of uit te sluiten dat sprake was van een recidief van de ziekte.

Ten derde en tot slot stelt klaagster zich op het standpunt dat haar in de periode tussen 17 oktober en 7 november 2017 informatie is onthouden. Zij wijst er daarbij op dat op 17 oktober 2017 aan patiënt is meegedeeld dat ze hem konden helpen met een allogene stamceltransplantatie. Op 19 oktober 2017 zei een verpleegkundige nog tegen patiënt dat hij goed moest aansterken, omdat de week erop begonnen zou worden met chemotherapie. Vervolgens werd op 7 november 2017 plotseling door een physician assistant verteld dat de behandeling geen doorgang kon vinden, dat de artsen het somber inzagen en dat patiënt zou komen te overlijden. Patiënt of zijn familie was hierover niet eerder geïnformeerd, terwijl er tot vijf keer toe om een gesprek was gevraagd door de familie. Volgens klaagster valt beklagde ter zake een tuchtrechtelijk verwijt te maken.

### 4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Kort samengevat heeft beklagde tegen de klacht ingebracht dat hem ter zake geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Volgens beklagde is bij de behandeling van patiënt steeds zijn belang vooropgesteld.

Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel is beklagde van mening dat het langzame maar zekere herstel bij patiënt met nog klachten van reflux, een verminderde intake en traag herstel van conditie paste in het te verwachten beloop na een behandeling met BEAM en ASCT. Te meer, nu in dit geval het beloop gecompliceerd werd door een influenza, een ernstige neutropene enterocolitis en een traag beenmergherstel bij een krap transplantaat. Beklagde heeft alle poliklinische contactmomenten tussen de arts-assistent en patiënt voorafgaand aan of aansluitend op het consult met de arts-assistent besproken.

Ten aanzien van het tweede klachtonderdeel stelt beklagde dat de arts-assistent zich ten volle heeft ingezet om de oorzaak van de pijn aan de schouderbladen van patiënt te achterhalen door hem te verwijzen naar een neuroloog. Gezien het ontbreken van afwijkende en richtinggevende bevindingen bij uitgebreide lichamelijke en aanvullende onderzoeken alsmede het uiteindelijke spontane herstel van patiënt, was er volgens beklagde op dat moment geen reden om extra aanvullende beeldvorming in de vorm van een CT-scan te laten verrichten. Dit beleid heeft de arts-assistent met beklagde besproken en hij kon het onderschrijven. In dit verband meent beklagde dat het, mede gezien de verbetering van de klachten in de tijd, maar zeer de vraag is of de pijnklachten van patiënt daadwerkelijk gerelateerd zijn geweest aan het recidief van de ziekte, zoals klaagster vermoedt. Daarbij komt dat na BEAM en ASCT bij patiënten met een complete remissie volgens de landelijke richtlijn Mantelcellymfoom (versie 11 oktober 2017) beeldvorming middels CT-scan ook niet standaard is geïndiceerd, maar alleen op indicatie. Een reden voor een CT-scan zou kunnen zijn: onbegrepen koorts, klierzwellingen of progressieve ernstige buikklachten met misselijkheid en braken. Deze alarmsignalen waren bij patiënt niet aanwezig, aldus beklagde. Beklagde acht het in dit kader van belang dat het in een vroegere fase ontdekken van het recidief geen invloed zou hebben gehad op de prognose van patiënt. Er zouden vrijwel geen behandelopties zijn geweest gezien de zeer beperkte beenmergreserve van patiënt en de onmogelijkheid tot enige vorm van intensievere cytoreductieve therapie. Er is bij patiënt sprake geweest van een snel recidief na een eerdere complete metabole remissie van de ziekte met zeer matig beenmergherstel na de transplantatie. De ziekte blijkt dus ook achteraf chemorefractair (ongevoelig voor chemotherapie) te zijn geweest, aldus beklagde.

Tegen het derde klachtonderdeel voert beklagde aan dat dit betrekking heeft op de klinische opname van patiënt in oktober 2017 na recidief en dat hij in deze periode niet de hoofdbehandelaar van patiënt was en ook niet op andere wijze (als supervisor, medebehandelaar of consulent) betrokken is geweest bij de behandeling van patiënt. Nu hij niet (direct) bij de zorg van patiënt betrokken is geweest gedurende de opname in oktober-november 2017 (met uitzondering van deelname van beklagde aan het MDO-overleg op 18 oktober 2017 en 8 november 2017, waarbij beklagde niet was betrokken bij de communicatie van de besluitvorming richting patiënt, klaagster en familie), meent beklagde dat hem hierover geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt.

## 5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

### 5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

## 5.2

In de voortgangsverslagen die de arts-assistent heeft gemaakt naar aanleiding van de vele poliklinische controles die zij bij patiënt in de periode van april tot begin oktober 2017 uitvoerde, is vermeld dat patiënt in de eerste maanden na de ASCT nog erg moe was, koorts heeft gehad, aanhoudend hoestte en een branderig gevoel tussen de schouderbladen had. Al deze verschijnselen pasten ook naar het oordeel van het college in het beeld van een herstel na een zeer moeizame autologe stamceltransplantatie, waarbij diverse complicaties waren opgetreden die ertoe hadden geleid dat patiënt op de Intensive Care was opgenomen. Voor het overige vertoonde patiënt volgens die voortgangsverslagen geen klachten die wezen op een terugkeer van de ziekte. Hierbij wordt opgemerkt dat dit oordeel niet berust op het uitgangspunt dat het woord van klaagster minder geloof verdient dan dat van beklagde, maar op de omstandigheid dat onvoldoende aannemelijk is dat wat in het patiëntdossier staat vermeld een onjuiste weergave is van de klachten van patiënt. Dat geldt in dit geval te meer, nu in de voortgangsverslagen die de arts-assistent heeft gemaakt iedere keer zeer uitgebreid de voorgeschiedenis, anamnese, het lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek en conclusie zijn beschreven.

## 5.3

Ten aanzien van het handelen van beklagde wordt het navolgende vooropgesteld. Het is een supervisor toegestaan handelingen over te laten aan een arts-assistent in opleiding. Bij de beoordeling van de vraag welke handelingen in welke fase van de opleiding overgelaten kunnen worden aan een arts-assistent om verricht te worden onder het toezien oog van de supervisor, dan wel met de supervisor als achterwacht op afroep beschikbaar, moet een doorslaggevende rol worden toegekend aan de inschatting die de supervisor mag hebben van de ervaring en vaardigheid van de arts-assistent. Indien de arts-assistent geen of onvoldoende ervaring heeft die is vereist voor het zelfstandig verrichten van bepaalde handelingen, moet de supervisor met dat gemis aan bekwaamheid rekening houden door de arts-assistent de bedoelde handelingen nog niet zelfstandig te laten verrichten of door het gemis aan ervaring zelf op enigerlei wijze te compenseren door toezicht of tussenkomst. De supervisor kan slechts opdracht geven tot het zelfstandig verrichten van een heelkundige handeling in de zin van de Wet BIG, indien hij redelijkerwijs mag aannemen dat de arts-assistent bevoegd en bekwaam is tot het verrichten van die handeling, de supervisor indien nodig aanwijzingen kan geven en zijn toezicht en eventuele tussenkomst verzekerd zijn. Een en ander heeft tot gevolg dat bij aanvang van de opleiding een aanzienlijk deel van de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor het handelen van de arts-assistent in opleiding op de schouders van de supervisor drukt, terwijl naarmate er meer aan de arts-assistent kan worden toevertrouwd gaandeweg de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid wordt gedeeld tussen supervisor en arts-assistent, terwijl aan het eind van de opleiding deze verantwoordelijkheid vrijwel geheel op de schouders van de arts-assistent in opleiding zal komen te rusten.

#### 5.4

De arts-assistent was in de periode waarin zij patiënt poliklinisch volgde bijna aan het einde van haar opleiding (vijfdejaars) tot hematoloog. Beklaagde kon daarom de behandeling van patiënt door de arts-assistent vrijwel geheel onder haar verantwoordelijkheid laten plaatsvinden. Beklaagde heeft gedurende de hele periode waarin hij patiënt poliklinisch volgde veelvuldig overleg gehad met de arts-assistent. Dit overleg vond telkens plaats voorafgaand aan of volgend op het poliklinisch bezoek van patiënt.

#### 5.5

Nu de klachten die patiënt ondervond in de periode waarin de poliklinische bezoeken bij de arts-assistent plaatsvonden pasten in het te verwachten beeld na een moeizame ASCT, die gecompliceerd was door een griepvirus, een ernstige darmontsteking, hart-ritmestoornissen en een traag beenmergherstel bij een krap transplantaat, is het college van oordeel dat beklagde niet valt te verwijten dat hij als supervisor patiënt niet zelf heeft gezien, dan wel niet op andere wijze heeft ingegrepen bij de door de arts-assistent ingezette behandeling van patiënt.

In dit verband acht het college het van belang dat de arts-assistent klachtgericht heeft gehandeld door, naast de algemene lichamelijke onderzoeken, een ECG te laten maken, bloedonderzoek te laten doen en patiënt te verwijzen naar een neuroloog, alwaar een MRI-scan werd gemaakt. Al deze onderzoeken leverden geen aanwijzingen op voor een terugkeer van het mantelcellymfoom.

Verder bleek tijdens het poliklinisch bezoek op 27 juli 2017 dat het stukken beter ging met het branderige gevoel bij patiënt, dat hij goed sliep, geen koorts had en dat zijn conditie nog steeds vooruitging.

#### 5.6

Gelet op het feit dat tijdens het poliklinisch bezoek van patiënt op 27 juli 2017 werd geconstateerd dat het stukken beter ging met het branderige gevoel bij patiënt, dat hij goed sliep, geen koorts had en dat zijn conditie nog steeds vooruitging, kan beklagde er geen verwijt van worden gemaakt dat hij patiënt niet aan nadere onderzoeken heeft onderworpen of heeft laten onderwerpen en dat er een langere tijd is verstreken tussen het bezoek in juli 2017 en een volgend poliklinisch bezoek van patiënt.

#### 5.7

Evenmin kan beklagde worden verweten dat hij onder de hiervoor genoemde omstandigheden – waarbij er onvoldoende aanwijzingen waren voor een terugkeer van de ziekte – in de periode van april tot oktober 2017 geen CT-scan heeft laten maken van patiënt. Bij patiënt was op 20 maart 2017 een volledige remissie geconstateerd, zodat zonder dat daar concrete aanwijzingen voor waren in beginsel niet binnen één maand of enkele maanden daarna een nieuwe CT-scan behoefde te worden gemaakt. In dit verband is van belang dat volgens de richtlijn van de European Society for Medical Oncology, waarnaar wordt verwezen in de richtlijn Mantelcellymfoom, een CT-scan niet standaard hoeft te worden gemaakt, als daar geen duidelijke aanwijzingen voor zijn. Zoals hiervoor onder 5.2 is overwogen waren de door klaagster genoemde verschijnselen – misselijkheid en een branderig gevoel tussen de schouderbladen – niet als zodanige concrete aanwijzingen te beschouwen, nu die verschijnselen veel meer pasten in het moeizame herstel van patiënt na de intensieve behandeling in het ziekenhuis. Beklaagde en de arts-assistent hebben dan ook rekening gehouden met de stand

van de wetenschap ten tijde van het door klaagster klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep terzake als norm was aanvaard.

#### 5.8

Bij al het bovenstaande komt dat beklagde en de arts-assistent erop hebben gewezen dat de ziekte in oktober 2017 een zeer progressief verloop bleek te hebben, zodat het veel meer voor de hand ligt dat de ziekte pas enkele weken daarvoor was teruggekeerd en niet – zoals klaagster veronderstelt – vele maanden eerder. Voorts wijst het college erop dat de toetsing van het handelen van beklagde moet plaatsvinden in het licht van wat hem op dat moment bekend was en bekend kon zijn.

#### 5.9

Het college merkt verder op dat het doen van een uitspraak over causaal verband tussen het handelen van beklagde en het overlijden van patiënt in het algemeen niet behoort tot de taak van het college. Los daarvan geldt het volgende.

Beklaagde heeft aangevoerd dat, indien de ziekte in de eerste maanden na de ASCT zou zijn teruggekeerd, patiënt vrijwel niet behandeld had kunnen worden, gelet op de zeer recente, moeizame, stamceltransplantatie met diverse complicaties, waarbij een zeer beperkte beenmergreserve aanwezig was en het beenmerg ook zeer matig herstelde. De prognoses waren in dat geval volgens beklagde dan ook niet anders geweest. In dit verband heeft beklagde tijdens de mondelinge behandeling op de openbare zitting nog vermeld dat het slechts zelden voorkomt dat een patiënt na een ASCT wordt opgenomen op de Intensive Care, zodat patiënt in zoverre ook niet te vergelijken valt met een gemiddelde patiënt.

#### 5.10

De arts-assistent is, nadat patiënt in oktober 2017 weer in het ziekenhuis was opgenomen, niet meer als hoofdbehandelaar betrokken geweest bij patiënt, zodat beklagde daarbij niet als supervisor betrokken is geweest. Beklaagde is evenmin zelf in de periode nadat patiënt in oktober 2017 weer in het ziekenhuis was opgenomen als hoofdbehandelaar betrokken geweest bij patiënt. Hij heeft nog wel als staflid deelgenomen aan twee MDO-overleggen op 18 oktober 2017 en 8 november 2017, maar als zodanig was hij niet verantwoordelijk voor de communicatie met patiënt en/of klaagster. Hem kan dan ook geen verwijt worden gemaakt voor gebreken in deze communicatie in de periode tussen 17 oktober 2017 en 7 november 2017, dan wel het achterhouden van informatie.

#### 5.11

Het voorgaande leidt het college tot de volgende beslissing.

## 6. DE BESLISSING

Het college verklaart de klacht ongegrond.

Aldus gedaan door S.B. Boorsma, voorzitter, M. Mostert, lid-jurist, en J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens, R.B. van Leeuwen en J.W.B. de Groot, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van P. van der Stroom, 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.