

uitspraak tuchtcollege

Richtlijn of deskundigenoordeel?

Uit onderstaande tuchtzaak, waarvan de complete dubbellange versie op onze website staat, blijkt dat de authority-based mening van de deskundige het ook voor de tuchtcolleges verliest van een richtlijn. Zelfs al is ten tijde van het voorval de richtlijn ('Niet-epitheliale maligniteiten van ovarium en tuba' in dit geval) nog niet geautoriseerd, dan nóg mag worden aangenomen dat deze is gebaseerd op geruime tijd voordien geldende afspraken, aldus het hoogste tuchtcollege. Klagers die hun vijftienjarige dochter verloren aan een ruitereMBOLUS in aansluiting op een chemotherapiebehandeling van haar kiemceltumor, hadden een deskundige ingeschakeld die – tevergeefs – de vloer aanveegde met de richtlijn én de totstandkoming ervan.

Ook al zijn de inhoudelijke details van deze zeldzame aandoening u onvoldoende bekend, de vertaalslag naar richtlijnen uit uw eigen vakgebied is snel gemaakt. Op de portal Artsennet zijn behalve alle richtlijnen ook al veel concepten ervan vindbaar.

B.V.M. Crul, arts
mr. W.P. Rijkse

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 27 januari 2009
(*ingekort redactie MC*)

Beslissing in de zaak onder nummer 2006/061 van A, wonende te B, appellante, klaagster in eerste aanleg, raadsman mr. drs. A.L.M. Simons, advocaat te Gulpen, tegen C, internist, werkzaam te D, verweerder in hoger beroep en in eerste aanleg, raadsvrouw prof. mr. W.R. Kastelein, advocaat te Utrecht.

1. Verloop van de procedure

A, hierna te noemen klaagster, heeft op 9 juni 2004 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven tegen C, hierna te noemen de arts, een klacht ingediend. Bij beslissing van 10 februari 2006, onder nummer 04118, heeft dat college de klacht afgewezen. (...)

'2. De feiten

Het gaat in deze zaak – voor zover in het kader van de klacht van belang – om het volgende: De klacht betreft Q, geboren 6 september 1988, dochter van de heer en mevrouw AX.

Bij Q is op 25 november 2003 in een ander ziekenhuis een buikoperatie verricht, waarbij een tumor van de rechtereierstok is verwijderd en peroperatief stadiëringsonderzoek is gedaan. Preoperatief was een alfa-foetoproteïne (AFP)-waarde vast-

gesteld van 1145 ng/ml. Microscopisch onderzoek heeft een kiemceltumor (immatuur teratoom) graad III aangetoond.

In het buikvlies in het kleine bekken is een immature peritoneale implant, stadium IIb, aangetroffen.

Op 18 december 2003 werd Q tijdens een multidisciplinaire gynaeco-oncologische bespreking in het F door de gynaecoloog Y besproken. In dat overleg werd besloten tot een chemotherapeutische behandeling in de vorm van combinatiechemotherapie met bleomycine, cisplatinum en etoposide in een driewekelijkse cyclus, een zogenaamde BEP-kuur; voorts tot een CT-thorax en werd orale anticonceptie gesuggereerd.

Gezien de leeftijd van Q (15 jaar) heeft C telefonisch overleg gehad met Z, kinder-oncoloog van het F. Voorts heeft overleg plaatsgevonden met het verpleegkundig hoofd van de kinderafdeling en met die van de afdeling Gynaecologie. Het overleg handelde over de chemotherapeutische behandeling, de plaats van behandeling en de psychosociale begeleiding van Q en haar familie.

Dit alles heeft geleid tot behandeling op de afdeling gynaecologie onder supervisie van C, waarbij de verpleegkundige staf werd ondersteund door het pedagogisch team, een oncologieverpleegkundige en een psycholoog van de kinderafdeling. Op 19 december 2003 vond het eerste consult bij C plaats. Q en haar moeder werden ingelicht over de diagnose, de

behandelingsmogelijkheden, het doel en de opzet van de chemotherapie en de te verwachten bijwerkingen.

Op 22 december 2003 is met de chemotherapie gestart op verpleegafdeling C2 van het F. (...)

Op 30 december 2003 werd Q door C gezien op het dagcentrum in verband met onderbuikklachten, door de huisarts geduid als urineweginfectie. Door C is geconcludeerd dat het menarche zou kunnen zijn.

Bij de start van de tweede kuur op 6 januari 2004 was het hemoglobine (Hb)-gehalte van 8,0 mmol/l gedaald naar 6,9 mmol/l. Gestart is met erytropoëtië (Aranesp).

Op 16 januari 2004 klaagt Q over een pijnlijke infuusinstek in haar linkerhand.

Op 20 januari 2004 wordt tromboflebitis in de linkerbovenarm vastgesteld. Door de verpleegkundige wordt hirudoidzalf verstrekt om lokaal aan te brengen.

Op 30 januari 2004 wordt door C aan Q medegedeeld dat zij nog een vierde kuur dient te ondergaan vanwege de preoperatieve hoogte AFP.

Op 2 februari 2004 vindt de derde opname voor de kuur plaats.

Op 7 februari 2004 heeft Q een lichte temperatuurverhoging en is zij kortademig. Door de verpleegkundige wordt gedacht aan vasthouden van vocht.

Q mag naar huis.

Een paar uren na thuiskomst is zij overleden aan wat bij obductie een ruitereMBOLUS bleek te zijn.

Er bestaat een op 4 juni 2004 goedgekeurde landelijke richtlijn versie 1.0, genaamd: 'Niet-epitheliale maligniteiten van ovarium en tuba', opgesteld door de werkgroep Oncologische Gynaecologie ten behoeve van de Vereniging van Integrale Kankercentra.'

(...)

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Nu partijen tegen de door het regionaal tuchtcollege vastgestelde feiten geen bezwaren hebben geuit gaat het Centraal Tuchtcollege voor het beoordelen van de zaak in beroep eveneens uit van die feiten, hiervoor weergegeven onder 2. De feiten.

4. Procedure in hoger beroep (...)

Beoordeling

4.3. Op grond van de stukken en hetgeen door partijen en deskundigen ter zitting naar voren is gebracht, overweegt het Centraal Tuchtcollege als volgt.

Zoals onder de feiten staat vermeld, onderging Q op 25 november 2003 een laparotomie in verband met een zwelling in het rechterovarium. Microscopisch onderzoek toonde aan dat er bij Q sprake was van een kiemceltumor, graad III met in het buikvlies in het kleine bekken een immature peritoneale implant stadium IIB. Q is aansluitend met chemotherapie behandeld.

Op 7 februari 2004 is Q uit het F, waar zij de derde chemokuur had ondergaan, ontslagen. Diezelfde dag is zij onverwacht thuis aan een ruitereembolie overleden. Aangenomen moet worden dat deze ruitereembolie een relatie heeft gehad met de behandeling van Q.

4.4. Het Centraal Tuchtcollege zal aan de hand van de onder 4.1. genoemde klachtonderdelen beoordelen of de arts terzake van de behandeling van Q een tuchtrechtelijk verwijt moet worden gemaakt.(...)

4.5. ad klachtonderdeel 4.a.1

In dit onderdeel van de klacht verwijt klaagster de arts dat hij Q chemotherapie heeft toegediend zonder dat die behandeling was geïndiceerd. Volgens klaagster had na de operatieve ingreep een zogenaamd wait and see-beleid moeten worden ingezet.

Ter onderbouwing van dit standpunt verwijst klaagster naar een door U op 21 september 2004 op haar verzoek opgesteld rapport. Bij Q was, volgens U, sprake van een matuur/immatuur teratoom met een peritoneale uitzaaïng van immatuur hersenweefsel.

Voor de operatie was er een sterk verhoogde AFP-spiegel in het bloed. Na de operatie en voor het begin van de chemotherapie was de AFP-spiegel gedaald. De curve van de AFP-spiegel had moeten worden gevolgd. Bij een eventuele stijging of niet verdere daling had kunnen worden overwogen chemotherapie te geven. Ook is een uitzaaïng van hersenweefsel op het peritoneum geen reden voor het instellen van chemotherapie, aldus U. In de procedure in eerste aanleg heeft de arts de door hem gestelde indicatie voor de chemotherapeutische behandeling onderbouwd met verwijzing naar onder andere de landelijke richtlijn Niet-epitheliale maligniteiten van ovarium en tuba van de Werkgroep Oncologische Gynaecologie (WOG),

die, naar de arts heeft uiteengezet, inhoudt dat voor patiënten met een kiemceltumor stadium II-IV het BEP-schema (bleomycine, etoposide, cisplatin) als standaard wordt beschouwd. Patiënten met gunstige prognostische factoren krijgen drie kuren BEP, patiënten met ongunstiger factoren krijgen vier kuren. Het gegeven dat de voor de operatie bij Q gemeten AFP-waarde hoger was dan 1000 ng/l, te weten 1145 ng/l, leverde een ongunstiger prognose op en was voor hem, zo stelt de arts verder, aanleiding nog een vierde kuur voor te schrijven, waarbij de bleomycine zou worden weggelaten. Dat de AFP-waarde na de operatie aanmerkelijk was gedaald, verandert aan het voorgaande niets, aldus de arts, omdat de voor de operatie gemeten AFP-waarde bepalend is voor de uiteindelijke behandeling.

Het Centraal Tuchtcollege heeft V de vraag voorgelegd wat naar zijn mening in december 2003 de diagnose bij Q was en wat toen het stadium was van de tumor. Het antwoord van V op die vraag luidt dat er bij Q sprake was van een gemengd cellige maligne kiemceltumor, graad III van het rechterovarium met een peritoneale implant van immatuur tumorweefsel in het kleine bekken, stadium IIB. Op vraag of er voor de behandeling van patiënten met deze aandoening anno 2003 richtlijnen waren, heeft V gewezen op de ook al door de arts genoemde landelijke richtlijn Niet-epitheliale maligniteiten van ovarium en tuba van de WOG die van begin 2004 dateert.

Aan V is vervolgens gevraagd of voor Q een aanvullende behandeling met chemotherapie was geïndiceerd. Zijn antwoord op die vraag houdt in dat aanvullende chemotherapie voor Q zeker was geïndiceerd gezien het feit dat het een graad-III-tumor betrof en er een peritoneale implant met maligne teratoom was in het kleine bekken. Bovendien, vervolgt V, was er eens sterk verhoogde AFP-waarde gemeten voorafgaand aan de operatie. Het Centraal Tuchtcollege volgt V in dit oordeel.

(...)

Gratis borstvergroting

Van een SBS6-programma krijgt een bijstandsmoeder een 'gratis' borstvergroting. Enkele dagen later heeft ze pijnklachten. Na een dag of tien verwijdt de plastisch chirurg de prothese, waarbij pus vrijkomt. De vrouw zegt dat dit zonder verdoving en



zonder overleg gebeurde. Na een hersteloperatie wordt de prothese weer verwijderd. De vrouw ervaart veel communicatieproblemen. De plastisch chirurg is heel slecht bereikbaar. Ook stuurt hij het medisch dossier pas op na tussenkomst van het tuchtcollege en ontbreken afspraken over mogelijke financiële verplichtingen van de vrouw, waardoor zij – en niet SBS6 – betalingsaanmaningen ontvangt. Vanwege de slechte communicatie krijgt de plastisch chirurg een waarschuwing.

De inspectie selecteert en commentarieert elke week een ongepubliceerde tuchtzak op medischcontact.nl/tuchtzaken.

In zijn op verzoek van klaagster ge-
maakte beoordeling van de zaak heeft
R voornoemd in dit verband naar
voren gebracht dat het voeren van een
wait and see-beleid, zoals U voor-
stond, bij een individuele patiënt een
overweging is indien de AFP-waarde
postoperatief daalt zoals bij Q het
geval was, omdat er casuïstiek bestaat
waarbij dit beleid succesvol was. Der-
gelijk behandelbeleid is echter niet
conform de protocollaire richtlijn, die
een behandeling met chemotherapie
voorschrijft, aldus R, zij het dat in het
geval van Q volstaan had moeten en
kunnen worden met toedienen van
twee kuren.

Over de vraag of de arts de chemo-
therapeutische behandeling had moe-
ten beperken tot twee kuren wordt
nog het volgende overwogen.

V heeft ter terechtzitting desgevraagd
nader toegelicht dat het geven van
vier kuren zoals de arts heeft gedaan
overeenkomt met hetgeen inmiddels
is vastgelegd in genoemde richtlijn
Niet-epitheliale maligniteiten van
ovarium en tuba en in het geval van Q
verdedigbaar is.

Het Centraal Tuchtcollege sluit zich
hierbij aan.

Het Centraal Tuchtcollege merkt
in dit verband nog op dat bedoelde
richtlijn weliswaar dateert van na de
behandeling van Q, maar dat mag
worden aangenomen dat deze is
gebaseerd op geruime tijd voordien
geldende afspraken over de behande-
ling van de tumoren, waarvoor de
richtlijn is opgesteld.

(...)

ad klachtonderdeel 4.a.2

V heeft in zijn rapport (beantwoor-
ding van vraag C) aangegeven dat
er anno 2003 (evenals anno 2008)
geen richtlijnen maar wel afspraken
bestonden over de oncologische be-
handeling van jonge adolescenten. Als
het patiënten betreft met aandoenin-
gen zoals bij Q het geval was, kan een
behandeling goed worden uitgevoerd
in een centrum voor volwassenenon-
cologie. De internist-oncoloog in elk
academisch oncologisch centrum in
Nederland heeft ruime ervaring met

de behandeling van kiemceltumoren
bij jongens die lang niet zo zeldzaam
zijn als tumoren van het ovarium,
aldus V. Het is volgens V dus zeer
goed verdedigbaar dat een derge-
lijke behandeling plaatsvindt in een
centrum voor volwassenenoncologie,
met dien verstande dat een en ander in
overleg met een kinderarts-oncoloog
geschiedt. Het Centraal Tuchtcollege
overweegt als volgt.

De arts heeft over de behandeling
van Q vooraf contact gehad met Z,
kinderarts-oncoloog in het F. Voor
laatstgenoemde was er kennelijk geen
aanleiding om de arts voor verder
overleg te verwijzen naar een kinder-
oncologisch centrum dan wel zelf met
een dergelijk centrum contact op te
nemen. Onder deze omstandigheden
kan de arts naar het oordeel van het
Centraal Tuchtcollege niet worden
verweten dat hij zelf, na het overleg
met Z, geen contact heeft opgenomen
met een kinderoncologisch centrum,
hetgeen, naar het Centraal Tuchtcol-
lege ter terechtzitting is gebleken,
binnen de oncologie in den lande ook
niet standaard is bij de behandeling
van adolescenten in een centrum voor
volwassenen.

ad klachtonderdeel 4.a.3

(...)

ad klachtonderdeel 4.b

Het moet naar het oordeel van
het Centraal Tuchtcollege hoogst
onwaarschijnlijk worden geacht dat
het toedienen van dexamethason
en erytropoëetine noch afzonderlijk
noch in combinatie met elkaar of met
andere voorgeschreven en toegepaste
medicatie bij Q heeft geleid tot een
verhoogde stolling.

ad klachtonderdeel 4.c

(...)

ad klachtonderdeel 4.d

Op de door het Centraal Tuchtcol-
lege aan V gestelde vraag wat anno
2003/2004 de plaats was van erytro-
poëetine bij patiënten als Q heeft V
geantwoord dat er in de bedoelde
periode een richtlijn bestond voor
erytropoëetine (epo) en aanverwante

producten bij oncologische patiënten.
Deze richtlijn is opgesteld door de
American Society of Clinical Onco-
logy (ASCO) samen met de American
Society of Hematology (ASH) en werd
toen (en nog steeds) ook in Nederland
gehanteerd. In die richtlijn wordt
geadviseerd om bij een door chemo-
therapie veroorzaakte bloedarmoede
waarbij het Hb lager is dan 6,21 mol/l
een behandeling met epo in te stellen.
In gevallen waarbij het Hb is gedaald
tot beneden 7,45 mmol/l maar niet be-
neden de 6,21 mmol/l geeft de richtlijn
aan dat de indicatie voor behandeling
met epo wordt bepaald door de klini-
sche omstandigheden. Bij Q was bij
de aanvang van de tweede BEP-kuur
een daling van het Hb waargenomen
van 8,0 mmol/l tot 6,9 mmol/l. Dat op
grond van die daling is besloten een
behandeling met epo in te stellen acht
V verdedigbaar omdat de verwach-
ting gerechtvaardigd was dat met
een volgende chemokuur een verdere
daling van het Hb zou optreden. Het
Centraal Tuchtcollege volgt V in dit
oordeel.

ad klachtonderdeel 4.e

De arts heeft Q voorafgaande aan de
eerste BEP-kuur preventief onder
andere dexamethason eenmaal
daags 8 mg voorgeschreven. Naar
aanleiding van klachten van misse-
lijkheid gedurende de eerste kuur is
de dexamethasonmedicatie vanaf de
tweede kuur verhoogd naar tweemaal
daags 8 mg. Het Centraal Tuchtcollege
sluit zich aan bij het oordeel van V
dat het voorschrijven van dexametha-
son, zoals de arts heeft gedaan, als
profylactische/preventieve medica-
tie om misselijkheid en braken te
voorkomen noodzakelijk is en dat het
middel overeenkomstig de geldende
standaard is voorgeschreven.

ad klachtonderdeel 4.f

Aan V is de vraag voorgelegd wat
anno 2003 de opvatting was over het
voorschrijven van orale anticonceptiva
ter preservatie van de fertiliteit gedu-
rende chemotherapie aan een patiënte
als Q. V heeft daarop geantwoord dat
het in die tijd algemeen gebruikelijk
was om aan jonge vrouwen anticon-

ceptiva te geven om de ovariële cyclus te onderdrukken met het doel de vruchtbaarheid gedurende de chemotherapie zoveel mogelijk te beschermen. Het effect is nooit bewezen maar er waren toen geen alternatieven.

(...)

Het Centraal Tuchtcollege sluit zich hierbij aan. Naar het oordeel van het college heeft de arts Q orale anticonceptiva mogen voorschrijven op de wijze waarop hij dit heeft gedaan.

ad klachtonderdeel 4.g

(...)

ad klachtonderdeel 4.h

De vraag of Q op de bewuste zaterdagochtend uit het ziekenhuis ontslagen had mogen worden moet in deze procedure in het midden worden gelaten omdat de arts die dag niet bij het besluit tot dat ontslag betrokken is geweest.

ad klachtonderdeel 4.j

Ten slotte overweegt het Centraal Tuchtcollege dat de stelling van klaag-

ster dat volgens het Farmacotherapeutische Kompas, CVZ 2004 p.278 epo niet mag worden gegeven in combinatie met een cytostaticum duidt op een onjuist lezen van bedoeld artikel.

4.6. Al het voorgaande leidt tot de slotsom dat de arts met betrekking tot de behandeling van Q geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt en dat het beroep tegen de beslissing van het regionaal tuchtcollege dat de klacht ongegrond is en moet worden verworpen.

Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal publicatie van deze beslissing worden bepaald.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

- *verwerpt het beroep;*

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse

Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door mr. R.A. Torrensa, voorzitter, mr. L.F. Gerretsen-Visser en mr. G.P.M. van den Dungen, leden-juristen, en dr. T.J.M. Tobé en prof. dr. J.B.L. Hoekstra, leden-beroeps-genoten, en mr. C.M.J. Wuisman-Jansen, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 27 januari 2009, door mr. W.D.H. Asser, in tegenwoordigheid van de secretaris.



De volledige tekst van deze uitspraak staat op www.medischcontact.nl. Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

praktijkperikel

Bijziend

Een patiënt vraagt mij (oogarts in opleiding) zijn 'exacte visuswaarden van beide ogen' op te geven. Zijn verzekeraar heeft die waarden nodig voor een eventuele vervoersvergoeding. Ik voldoe aan zijn vraag en de patiënt stuurt mijn antwoord door aan zijn verzekeraar.

Tot mijn verbazing volgt kort daarop dezelfde brief van zijn verzekeraar, maar dan aan ons gericht. Ik ga ervan uit dat mijn brief en die van de verzekeraar elkaar hebben gekruist, maar nog geen twee weken later komt er een herinneringsbrief. Ik bel naar de betrokken verzekeringsarts en vraag of ze mijn brief via patiënt niet hebben ontvangen. Dat blijkt wel het geval, maar er staat volgens haar geen visus in. Dat verbaast mij zeer, want dat is in ons eigen afschrift eigenlijk juist het enige

wat er in de brief staat. 'Nee hoor, er staat bij de visus van het rechteroog: 0,16. Dat is geen visus. Dat is zoiets als 0,3, of 0,4, of zo.'

Ik leg de verzekeringsarts uit dat de 0,16 wel degelijk een visus is, en wel een visus tussen de 0,1 en 0,2. De verzekeringsarts heeft moeite mij te geloven, maar als ik haar er nog eens op wijs dat ze het wel tegen een oogarts in opleiding heeft, gelooft zij mij.

'En het linkeroog dan?', vraag ze. 'Daar staat dat er geen lichtperceptie is. Wat is dat dan voor waarde?' Ik leg uit dat de patiënt aan het linkeroog volledig blind is en dus geen licht meer kan waarnemen.

De patiënt zegt zijn vergoeding te hebben gekregen.