

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2009 o 078

**Datum uitspraak: 13 april 2010**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

**A**,  
wonende te B,  
klaagster,

tegen:

**C**, uroloog,  
wonende te D,  
de persoon over wie wordt geklaagd,  
hierna te noemen de arts.

### 1. Het verloop van het geding

Het klaagschrift is ontvangen op 21 april 2009. De arts heeft op de klacht gereageerd, waarna repliek en dupliek hebben plaatsgevonden. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de gelegenheid om in het vooronderzoek te worden gehoord. De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare zitting van 16 februari 2010. Partijen zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Klaagster werd bijgestaan door haar dochter F, de arts door mr. A.A. Liem-Buirma, juridisch adviseur van het F te D.

### 2. De feiten

De echtgenoot van klaagster, G (hierna: patiënt), geboren op 21 januari 1947, leed sinds 2001 aan prostaatkanker, gemetastaseerd en inmiddels uitbehandeld. Op zaterdag 17 maart 2007 omstreeks 14 uur is patiënt per ambulance vervoerd naar de afdeling spoedeisende hulp van het Oosterscheldeziekenhuis wegens een losgeraakte suprapubische catheter. De arts is als uroloog verbonden aan het F. Op 17 maart 2007 had hij daarnaast dienst in het H te I.

De arts heeft tevergeefs getracht een suprapubische dan wel een transurethrale catheter aan te brengen. Hij heeft een echo van de blaas laten maken en vastgesteld dat deze leeg was. Vervolgens heeft hij besloten patiënt op te nemen op de verpleegafdeling om af te wachten of patiënt zou plassen en zo niet, opnieuw te trachten een catheter aan te brengen. Daarna is de toestand van patiënt snel achteruitgegaan door benauwdheid en een toenemende zwelling van benen en onderlijf. Op verzoek van klaagster heeft een verpleegkundige omstreeks 17 uur de arts gebeld. Omstreeks 18.30 uur is de arts opnieuw gebeld. Omstreeks 19.15 uur is hij gekomen. Klaagster, haar dochter

en ook patiënt zelf hebben de wens uitgesproken voor palliatieve sedatie met dormicum. De arts heeft daarop een internist in consult geroepen die met palliatieve sedatie meer ervaring had. Deze heeft morfine voorgeschreven met zonodig later een toevoeging van dormicum. Patiënt is op 18 maart 2007 om 00.50 uur overleden.

### **3. De klacht**

Klaagster verwijt de arts het volgende.

- 1) Hij heeft het levenseinde van patiënt, terminaal prostaatkankerpatiënt ten tijde van de opname, onnodig verzwaard door pas na lange tijd te verschijnen. Klaagster heeft om 16.30 uur verzocht een arts te spreken. Het hoofd van de verpleegafdeling heeft bevestigd dat de arts direct is gebeld en dat hem toen is verteld dat patiënt het gevoel had te stikken. Pas na een tweede telefonische oproep, en wel geruime tijd daarna, is de arts aan het ziekbed van patiënt verschenen.
- 2) De arts heeft geen gehoor gegeven aan de nadrukkelijk uitgesproken wens van palliatieve sedatie met dormicum, terwijl hem duidelijk was gemaakt dat patiënt dit met zijn huisarts tevoren had afgesproken en wat zijn bezwaren tegen morfine waren. Patiënt heeft daardoor in zijn laatste uren onnodige onrust en angst moeten doorstaan.
- 3) Bij een poging een suprapubische catheter te plaatsen, 's middags op de SEH, heeft de arts een gebruikte catheter gehaald uit de afvalbak, die vol was met onder andere gipsafval, en heeft hij geprobeerd die bij patiënt aan te brengen. Klaagster vindt dit medisch onverantwoord.

### **4. Het standpunt van de arts**

Ad 1) Toen hij om 17 uur werd gebeld door de verpleegkundige werd gezegd dat het slechter ging met patiënt en dat de familie graag met hem naar huis wilde. De arts heeft toen geantwoord dat hij dit niet verantwoord vond in verband met een mogelijke acute urineretentie. Om 18.30 uur is hij opnieuw gebeld, toen met de mededeling dat patiënt verder achteruit ging en toenemend benauwd was. Het is goed mogelijk dat hij op het moment van de oproep in I was. De arts is zo snel mogelijk naar het ziekenhuis in D gekomen.

Ad 2) Palliatieve sedatie kan in een goede behandelrelatie de laatste behandeling zijn van de arts aan zijn patiënt. Dit kan echter niet met spoed en acuut worden besloten en ingezet. Het is de uitkomst van een proces dat de arts met zijn patiënt doormaakt. Ook al had patiënt dit afgesproken met zijn huisarts, hij mocht van de arts en de door deze ingeroepen internist niet verwachten dat die in deze fase van zorg en behandeling op afroep zouden overgaan tot palliatieve sedatie. Bovendien kon aan de concrete vraag en angst "ik wil niet stikken" goed worden voldaan door toediening van morfine. Dit is ook met succes gedaan, zoals uit het verpleegkundig verslag blijkt.

Ad 3) Op de SEH trachtte de arts eerst een suprapubische catheter aan te brengen, maat 12. Toen dat niet lukte probeerde hij maat 14 en daarna een transurethrale catheter. Daarna wilde hij weer een maat 12 proberen. Hiervan was geen exemplaar meer op de SEH, waarna hij besloot de eerder gebruikte catheter maat 12 weer te proberen. Die zat in de verpakking waar hij eerder was uitgehaald. Het hergebruik was tegen de regels maar niet onverantwoord, ook omdat door de zwelling van de voorhuid van de penis de catheter in ieder geval niet steriel bij patiënt kon worden ingebracht.

### **5. De beoordeling**

5.1. Het eerste onderdeel van de klacht is dat de arts patiënt en zijn familie te lang heeft laten wachten.

Uit het verpleegkundig verslag blijkt dat de toestand van patiënt na zijn opname op de verpleegafdeling verslechterde. Hij was onrustig en had een reutelende ademhaling. De familie wilde graag weten wat de bedoeling was en of patiënt naar huis kon. Dit waren de vragen die in het eerste telefoongesprek aan de arts werden voorgelegd en waarop deze antwoord heeft gegeven, zoals is genoteerd op het afsprakenblad. Dat ook is gesproken over de toenemende benauwdheid blijkt niet uit het verslag en kan ook overigens niet worden vastgesteld. Ook blijkt niet dat is gevraagd of de arts naar patiënt toe kon komen.

Het College heeft geen reden eraan te twifelen dat de arts na het tweede telefoongesprek zo snel mogelijk naar het ziekenhuis is gekomen. Dat tussen het gesprek en zijn komst drie kwartier is verlopen kan allerlei oorzaken hebben. Gezien het tijdsverloop na maart 2007 kan het de arts niet worden verweten dat hij zich de reden van vertraging niet precies herinnert. Dit onderdeel van de klacht is ongegrond.

5.2. Het tweede onderdeel is dat de arts de toepassing van palliatieve sedatie heeft belemmerd.

Palliatieve sedatie is bedoeld om een patiënt in rust, zonder pijn of benauwdheid te laten sterven. Deze sedatie wordt alleen toegepast in de stervensfase en als alle andere behandelingen niet meer helpen om het lijden draaglijk te maken, tot de patiënt overlijdt. Het inzetten van palliatieve sedatie is dus een ingrijpende beslissing.

In dit geval ging het om een patiënt die dezelfde middag in niet-terminale toestand in het ziekenhuis was opgenomen. De arts werd opgeroepen in verband met benauwdheid van de patiënt. Het College vindt het verantwoord dat de arts, geconfronteerd met het verzoek om palliatieve sedatie te geven door toediening van dormicum, een internist als medebehandelaar in consult heeft geroepen en dat deze is begonnen met toediening van morfine om de benauwdheid te bestrijden. Dit is niet een ongebruikelijke keuze, temeer daar aanvankelijk een links decompensatio cordis, met relatieve overvulling van de longcirculatie, in de differentiale diagnose stond. Morfine is hiervoor een geschikt middel. Een verder gaande sedatie was nog niet aan de orde. Het voorstel van de internist ("morfinepomp 5 mg/uur, indien onvoldoende effect 1 mg dormicum per uur toevoegen, geen verdere medicatie/infuus") was duidelijk en adequaat. Uit het verpleegkundig verslag leidt het College af dat de sedatie ook effectief is geweest. Patiënt heeft geslapen en heeft, toen hij later op de avond onrustig werd, dormicum toegevoegd gekregen. Wel had het aanbeveling verdiend dat de arts aan patiënt en zijn familie meer uitleg zou hebben gegeven over de gekozen sedatie, de reden daarvoor en de werking van de morfine. Het gaat echter te ver hem hiervan een tuchtrechtelijk verwijt te maken.

5.3. Het derde onderdeel van de klacht betreft het hergebruik van de catheter.

De arts heeft erkend dat zijn handelswijze niet volgens de regels is geweest. Het College is het hiermee eens. Als de arts het verantwoord vond deze speciale catheter meer dan eens te gebruiken had hij moeten voorkomen dat die -al dan niet verpakt- in de afvalbak terecht kwam. Deze tekortkoming is echter niet zo ernstig dat aan de arts om die reden een maatregel zou moeten worden opgelegd.

5.4. Uit het voorgaande volgt dat de klacht in zijn geheel moet worden afgewezen.

## **6. De beslissing**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage:

wijst de klacht af.

Deze beslissing is gegeven door: mr. P.A. Offers, voorzitter, mr. C.C. Dedel-van Walbeek, lid-jurist, drs. P.R.H. Vermeulen, drs. W.V.M. Perquin en prof.dr. J.T. van Dissel, leden-artsen, bijgestaan door mr. A.F. de Kok, secretaris en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 13 april 2010.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klagster, voorzover de klacht is afgewezen, of voorzover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.