

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2010.316

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2010.316 van:

A., wonende te B., appellant, klager in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. B.L.M. Middeldorp, advocaat te Etten-Leur,
tegen

C., uroloog, werkzaam te B., verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. J.S.M. Brouwer, advocaat te Amsterdam.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klager - heeft op 30 september 2009 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven tegen uroloog C. - hierna de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 25 augustus 2010, onder nummer 09177 heeft dat College de klacht deels gegrond verklaard, de uroloog een waarschuwing opgelegd en de klacht voor het overige afgewezen. Klager is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 9 februari 2012, waar zijn verschenen mr. B.L.M. Middeldorp van de zijde van klager alsmede de arts, bijgestaan door mr. J.S.M. Brouwer voornoemd. De klager is hoewel behoorlijk opgeroepen niet verschenen.

De zaak is over en weer bepleit. De gemachtigde van klager heeft dat gedaan aan de hand van een pleitnota die aan het Centraal Tuchtcollege is overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

2.1 De in eerste aanleg vastgestelde feiten.

“2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende:

Klager is de zoon van de heer D., (hierna te noemen: patiënt).

In 1993 werd bij patiënt prostaatkanker geconstateerd. Vanaf april 1993, toen patiënt op 59-jarige leeftijd wegens mictieklachten en verhoogd PSA door de huisarts naar verweerder werd verwezen, was verweerder hoofdbehandelaar van patiënt, totdat in mei 2007 de behandelrelatie door (de familie van) patiënt werd beëindigd en de behandeling werd overgedragen aan een collega van verweerder.

In de loop van de jaren hebben diverse behandelingen plaatsgevonden. Op 1 juli 1993 werd een stageringsoperatie bij patiënt verricht omdat er uitbreiding van prostaatkanker buiten het kapsel was gevonden. Vervolgens werd patiënt bestraald en vonden drie- tot viermaandelijks, later zesmaandelijks, controles plaats.

Naar aanleiding van een controleconsult op 29 november 2002 schreef verweerder op dezelfde dag aan de huisarts van patiënt:

“Anamnestic maakt hij het goed. Hij heeft wel een wat toegenomen mictiefrequentie, met name 's nachts. Bij algemeen lichamenlijk onderzoek: abdomen palpatoir geen af-

wijkingen. Rectaal toucher: bekende platte plaat ter hoogte van de prostaat. Echografie urinewegen: hoog in de wegen geen afwijkingen. Na mictie is er geen residu.

Laboratoriumonderzoek: PSA 29.

Conclusie: stabiele situatie. In verband met de mictieklachten heb ik patiënt een proefbehandeling met Omnic voorgesteld. “

Bij een consult op 22 mei 2003 werden obstructieve mictieklachten geconstateerd.

Verweerder schreef Proscar voor, maar de prostaat bleef zich vergroten. In november 2003 werd een suprapubische katheter geplaatst. En werd gestart met Androcur. Een botscan liet geen uitzaaiingen zien. Ten gevolge van de hormonale therapie daalde vervolgens het PSA.

Op 12 augustus 2004 vond een desobstructieoperatie plaats (TURP). De katheter bleef echter nodig.

Vanaf 2005 volgde een periode met frequente verstoppingen van de katheter, gepaard gaande met bloed en slijmvorming, door verweerder geduid als chronische infectie dan wel als gevolg van de bestraling. In augustus 2005 werd gestart met een antibiotische behandeling met Ciproxin. Er was sprake van recidiverende infecties. Periodiek verwisselde een gespecialiseerd verpleegkundige de katheter en periodiek werd patiënt door verweerder gezien.

Op 24 april 2007 werd patiënt, bij afwezigheid van verweerder, gezien door een collega.

Bij dit consult kwam de ballon van de katheter via de anus naar buiten. De collega van verweerder noteerde dat er waarschijnlijk een fistel was ontstaan tussen de prostaatloge en het rectum. Hij verwees patiënt naar het spreekuur van verweerder op 2 mei 2007.

Op die dag besprak verweerder met patiënt en zijn familie de nieuwe situatie en de behandeling daarvan door een aan te brengen urine- en een ontlastingstoma. Verweerder heeft daartoe (onder meer) een afspraak gemaakt voor een CT-scan en preoperatief laboratoriumonderzoek en heeft de chirurg geconsulteerd. Bij het CT-onderzoek op 14 mei 2007 collabeerde patiënt en werd met ernstige cardiale stoornissen opgenomen op de IC-afdeling. Op 15 mei 2007 deelde de collega van verweerder (dezelfde die al eerder bij de behandeling was betrokken) mede dat de familie van patiënt hem had gevraagd de behandeling over te nemen omdat zij geen vertrouwen meer in verweerder hadden. Via deze collega heeft verweerder doen weten aan de familie dat hij te allen tijde bereid was tot een gesprek. Hij heeft patiënt daarna nog enkele malen gezien en gesproken; daarbij is de (reden van) de vertrouwenskwestie niet aan de orde geweest. Bij een moeizaam verlopende revalidatie is besloten te opereren om een dubbele stoma aan te leggen. Deze ingreep vond plaats op 22 juni 2007. Op 12 juli 2007 kwam patiënt in matige conditie thuis. In 2009 is hij overleden.

2.2 De in eerste aanleg ingediende klacht en het daartegen gevoerde verweer houden het volgende in.

“3. Het standpunt van klager en de klacht

Klager verwijt verweerder:

1. dat hij de klachten en symptomen niet serieus heeft genomen dan wel heeft genegeerd, wat tot gevolg had dat patiënt niet de behandeling kreeg zoals van een redelijk bekwaam arts mocht worden verwacht.

Hiervan was sprake:

a. op 29 november 2002, toen de eerste verschijnselen van een recidief van het prostaatacarcinoom zich aandienden

b. tussen 2005 en 2007 toen er bloed bij urine en ontlasting verscheen, de urine faecaal verontreinigd raakte en patiënt qua lichamelijke gesteldheid een lijdensweg doormaakte

c. vanaf 24 april 2007, toen de urinekatheter via de anus naar buiten was gekomen, de anemie gebagatelliseerd werd en de diagnostiek en behandeling te traag op gang kwamen.

2. dat hij in de communicatie jegens patiënt en familie ernstig tekortgeschoten is door:

a. de onjuiste voorlichting over aard en beloop van de ziekte

b. het niet serieus nemen en wegwuiven van klachten en bezorgdheid

c. het zich niet meer om patiënt bekommeren na 14 mei 2007 toen patiënt nog twee maanden in het ziekenhuis heeft gelegen

d. zelfs geen poging te ondernemen om het dramatisch verloop van de ziekte met hen door te praten.

Klager omschrijft de ellende op 24 april 2007, toen de urinekatheter door de anus naar buiten kwam, als een dieptepunt. Dit was het gevolg van een fistel tussen blaas en endeldarm, een complicatie van de bestraling in de negentiger jaren, welke fistel er al tijden gezeten moet hebben, gelet op de al lang bestaande en door verweerder genegeerde klachten. Er bleek, na onderzoek, sprake te zijn van een Hb van 5.7 wat verweerder bagatelliserend als "wat laag" bestempelde met het advies om "slagroom te eten en goed uit te rusten".

Klager concludeert dat verweerder zich schuldig heeft gemaakt aan handelingen in strijd met de zorg die hij in de hoedanigheid van arts behoorde te betrachten ten opzichte van patiënt.

4. Het standpunt van verweerder

Toen verweerder op 29 november 2002 in de brief aan de huisarts schreef dat er een stabiele situatie was, betrof dit de algemene situatie van patiënt (dus niet het PSA).

Patiënt werd ook niet behandeld voor zijn laboratoriumwaarden, dat wil zeggen zijn PSA, maar wel voor de klachten die hij ontwikkelde, waarbij verweerder zo conservatief mogelijk bleef met alle medicamenten en mogelijke ingrepen, omdat deze geen invloed hebben op de uiteindelijke overleving van patiënt. Als alleen wordt gekeken naar het beloop van de PSA als marker van de ziekte, dan stijgt deze al significant vanaf april 1998.

In november 2003 werd in verband met een stijgend PSA gestart met eerstelijns hormonale therapie. Verweerder heeft patiënt daarover geïnformeerd. Verweerder is zo laat mogelijk begonnen met hormonale behandeling in verband met impotentiëklachten van patiënt, die hij al had sinds zijn bestraling. Van een hormonale behandeling bij patiënten met deze vorm van prostaatkanker is nooit aangetoond dat het de overleving van de patiënt positief beïnvloedt. Als gevolg van het inzetten van de hormonale therapie werd een daling gezien van de PSA. In de periode 2005- 2007 is nooit gemeld dat er ontlasting in de urinezak zou zitten.

Nadat de collega van verweerder op 24 april 2007 een (waarschijnlijke) fistel had gediagnosticeerd en patiënt vervroegd naar het spreekuur van verweerder op 2 mei 2007 had verwezen, heeft verweerder de ontstane situatie besproken met patiënt en zijn familie. Hij heeft het ontstaan van de fistel besproken en de behandeling met een urine- en ontlastingsstoma. Alvorens daartoe over te gaan, heeft hij een afspraak gemaakt voor een CT-scan (op 14 mei 2007), een afspraak bij de diëtiste, de stomazuster en preoperatief laboratoriumonderzoek. Na deze afspraken zou patiënt terugkomen om de uitslagen te bespreken, eventuele vragen beantwoord te krijgen en verdere afspraken te maken voor de operatie. Deze bespreking heeft nooit plaatsgevonden omdat patiënt op 14 mei collabeerde.

Vervolgens heeft patiënt zich tot de collega van verweerder gewend. Verweerder heeft daarna patiënt nog enkele keren bezocht.

Ter zitting heeft verweerder gezegd dat hij er beter aan had gedaan om na de vertrouwensbreuk zelf contact met de familie te zoeken in plaats van via zijn collega te communiceren. In het vervolg zal hij dit anders doen.

Verweerder ontkent dat hij de door klager gewraakte bagatelliserende uitlatingen heeft gedaan.”

2.3 Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

“5. De overwegingen van het college

De behandelingen

De op 29 november 2002 door verweerder voorgestelde proefbehandeling met Omnic was niet in strijd met de op dat moment geldende professionele maatstaven. De opvatting om laat te starten met behandelingen die de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden, zoals hormonale behandelingen of operaties, werd en wordt door een belangrijk deel van de beroepsgroep aangehangen. Er zijn, zoals verweerder terecht aanvoert, geen studies die aantonen dat het aanvangstijdstip van dit soort behandelingen wijziging brengt in de levensduur van de patiënt.

In de periode 2005 tot in 2007 kwamen er toenemende problemen met de catheter door (colabruin) bloed in de urine, verstoppingen en ook een keer een prop. Deze problemen kunnen ontstaan bij langdurig kathetergebruik en hoeven niet te wijzen op het aanwezig zijn van een fistel. Daarbij komt dat ook ervaren verpleegkundigen patiënt periodiek hebben gezien en de catheter hebben verwisseld; uit niets is gebleken dat zij reden zagen tot zorg over een complicatie. Aangenomen mag worden dat de fistel in die periode wel reeds aanwezig was, maar niet kan worden geoordeeld dat verweerder deze diagnose verwijtbaar heeft gemist. Het college merkt nog op dat aan de hand van het dossier niet is komen vast te staan dat de urine was verontreinigd met fecaliën. Het handhaven van een catheter is de juiste keuze in een situatie dat, in dit geval op in beginsel gerechtvaardigde gronden, besloten is niet te opereren. Het college overweegt in dit verband nog dat ter zitting is komen vast te staan dat aan verweerder toen niet duidelijk is geworden dan wel gemaakt, hoezeer patiënt onder het gebruik van de catheter leed.

Op 24 april 2007 kwam de urinekatheter via de anus naar buiten tijdens een consult bij een collega van verweerder. De catheter is toen herplaatst in de blaas. Verweerder heeft de ontstane situatie pas kunnen beoordelen toen patiënt op 2 mei, verwezen door zijn collega, op zijn spreekuur verscheen. Hij heeft toen de (waarschijnlijkheids) diagnose van zijn collega overgenomen en diverse, in zijn verweer genoemde, naar het oordeel van het college ook juiste, acties in werking gezet.

Het tijdsbestek waarin een en ander heeft plaatsgevonden, onder meer resulterende in een afspraak voor een CT-scan op 14 mei 2007, acht het college aanvaardbaar.

Verweerder heeft zijn beleid dezelfde dag als volgt vastgelegd in zijn brief aan de huisarts van klager van 2 mei 2007:

“Conclusie: vesico rectale fistel, als late complicatie van de bestraling. Het advies hieromtrent is een eindstandige stoma van het colon, alsook een urinedeviatie volgens Bricker.

Alvorens hiertoe over te gaan zal patiënt uitgebreid gescreend en ingelicht worden. Dit zal in een aantal gesprekken met patiënt en diens echtgenoot besproken worden.”

Het college is van oordeel dat dit beleid niet tuchtrechtelijk verwijtbaar is.

Dat verweerder zich bagatelliserend heeft uitgelaten, is niet komen vast te staan.

In gevallen, waarin de lezingen van partijen over de feitelijke gang van zaken uiteenlopen en niet kan worden vastgesteld welke van beide lezingen aannemelijk is, kan een verwijt dat gebaseerd is op de lezing van klager in beginsel niet gegrond worden bevonden. Dat berust niet op het uitgangspunt dat het woord van klager minder geloof verdient dan dat van verweerder, maar op de omstandigheid dat voor het oordeel dat een bepaalde gedraging of nalaten verwijtbaar is eerst moet worden vastgesteld dat er een voldoende feitelijke grondslag voor dat oordeel bestaat.

In zoverre is de klacht ongegrond.

De communicatie

Zoals uit het voorgaande volgt, zijn verweerder omtrent de wijze waarop hij patiënt heeft behandeld geen tuchtrechtelijke verwijten te maken. Dat betreft met name het door hem gevoerde conservatieve beleid, waarin het behoud van kwaliteit van leven voorop stond en waarbij pas in een laat stadium tot ingrijpendere behandelingen, resulterende in een lager PSA, is overgegaan.

Het beleid dient echter wel met (de familie van) patiënt te worden besproken en inzichtelijk te worden gemaakt, vooral als er keuzemogelijkheden bestaan, zoals de keuze van het tijdstip waarop met ingrijpendere behandelingen worden gestart.

Niet is komen vast te staan dat dergelijk overleg met patiënt dan wel zijn familie heeft plaatsgevonden. In het dossier zijn daarover geen aantekeningen te vinden. Door het ontbreken van deze aantekeningen en het ontbreken van andere aanwijzingen hieromtrent heeft verweerder het onmogelijk gemaakt zijn communicatie met de patiënt te toetsen. Gelet op een en ander moet het college ervan uitgaan dat dit overleg niet heeft plaatsgevonden en de klacht dus in zoverre gegrond is.

Het college overweegt nog dat een goede communicatie over het beleid met betrekking tot (het gebruik van) een katheter het gevoerde beleid en het daarmee ervaren leed voor patiënt wellicht aanvaardbaarder had kunnen maken.

Ten slotte overweegt het college dat het, zoals verweerder ter zitting ook heeft erkend, beter ware geweest als verweerder na de vertrouwensbreuk zelf contact met de familie had opgenomen, maar het feit dat dit niet is gebeurd is onvoldoende voor het gegrond verklaren van een klacht.

De maatregel

Het college zal de maatregel van waarschuwing opleggen. Daarbij overweegt het college dat deze maatregel een zakelijke terechtwijzing is die de onjuistheid van een handelwijze naar voren brengt zonder daarop een stempel van laakbaarheid te drukken.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Het Centraal Tuchtcollege gaat voor de beoordeling van het hoger beroep uit van de feiten en de omstandigheden zoals zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hierboven onder 2.1 staan weergegeven.

4. Beoordeling van het hoger beroep

Procedure

4.1 In hoger beroep heeft klager zijn klacht herhaald en nader toegelicht. Hij concludeert - zakelijk weergegeven - tot vernietiging van de bestreden beslissing, tot gegrondverklaring van de klacht, tot oplegging van een maatregel en tot publicatie van de beslissing.

4.2 De arts heeft in hoger beroep gemotiveerd verweer gevoerd. Hij concludeert - zakelijk weergegeven - tot niet-ontvankelijk verklaring van het beroep dan wel tot afwijzing van het beroep en bekrachtiging van de bestreden beslissing.

Beoordeling.

4.3 Klager heeft in hoger beroep twee grieven aangevoerd.

4.4 De eerste grief heeft betrekking op de communicatie tussen de arts en patiënt (en diens familie). Klager stelt in hoger beroep - kort samengevat - dat het Regionaal Tuchtcollege de arts de maatregel van waarschuwing heeft opgelegd omdat hij met patiënt (en diens familie) niet heeft gecommuniceerd over zijn medisch beleid. Daarbij heeft het Regionaal Tuchtcollege zich - volgens klager - echter niet uitgelaten over het (gebrek aan) communicatie in de periode nadat patiënt en zijn familie de behandelrelatie met de arts hadden beëindigd. Klager is dan ook van oordeel dat tegen dit deel van de klacht over de communicatie nog beroep openstaat.

Anders dan klager is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat dit aspect reeds door het Regionaal Tuchtcollege in ogenschouw is genomen door te overwegen dat het beter zou zijn geweest als de arts zelf contact met de familie zou hebben opgenomen. Het Centraal Tuchtcollege onderschrijft deze overweging maar is evenals het Regionaal Tuchtcollege van oordeel dat dit aspect op zichzelf onvoldoende zwaarwegend is om de arts daarvan tuchtrechtelijk een verwijt te maken. Het opleggen van een zwaardere maatregel dan de opgelegde waarschuwing is daarom niet gerechtvaardigd. De grief faalt.

4.5 De tweede grief heeft betrekking op het door de arts gevoerde medisch beleid. Klager stelt in hoger beroep dat de arts wat dit betreft te afwachtend, te terughoudend en te miskennend ten opzichte van patiënt is opgetreden.

Wat deze grief betreft heeft de behandeling van de zaak in hoger beroep het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg. Ook naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege heeft de arts lege artis gehandeld.

4.6 Gelet op het vorenoverwogene dient het beroep te worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. C.H.M. van Altena, voorzitter,
mr. G.P.M. van den Dungen en mr.dr.s. R. Prakke-Nieuwenhuizen, leden-juristen en
prof.dr. R.C. M. Pelger en dr. P.J.M. Kil, leden-beroepsgenoten en mr. H.J. Lutgert,
secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 22 maart 2012.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.