

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 264/2015

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 10 oktober 2017 naar aanleiding van de op 10 november 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
bijgestaan door:C,

k l a a g s t e r

-tegen-

F, uroloog, werkzaam te J/K,
bijgestaan door: mr. W.R. Kastelein, advocaat te Zwolle,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlage;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek met de bijlagen;
- de dupliek;
- de op 6 januari 2017 door klaagster ingebrachte 'Samenvatting voor tuchtcollege';
- het proces-verbaal van het op 27 februari 2017 gehouden mondeling vooronderzoek;
- het wrakingsverzoek van klaagster en haar zeven kinderen, gericht tegen de secretaris die het mondeling vooronderzoek hield;
- de beslissing van de wrakingskamer van 24 maart 2017, hersteld bij beslissing van 7 april 2017, waarbij de verzoekers tot wraking niet-ontvankelijk zijn verklaard;
- een brief met bijlagen van de zijde van verweerder, ingekomen op 24 augustus 2017;
- een 'Ziekenhuisverslag Pa' van de zijde van klaagster, ingekomen op 26 augustus 2017.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 8 september 2017, alwaar zijn verschenen klaagster, bijgestaan door haar dochter C, en verweerder, bijgestaan door zijn raadsvrouw. C heeft een pleitnota overgelegd.

Ter zitting zijn gelijktijdig doch niet gevoegd de klachten behandeld tegen de urologen E (263/2015) en F (verweerder), de vaatchirurgen G (265/2015), H (266/2015) en D (158/2016) en de cardioloog I (273/2015). In elk van de zaken wordt op dezelfde datum uitspraak gedaan. Tevens zijn op 12 september 2017 klachten behandeld van klaagster tegen zes (leidinggevende) verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten. Deze klachten zijn bekend onder de nummers 267 tot en met 272/2015. Op die klachten wordt eveneens vandaag 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 betreft de zorg voor de echtgenoot van klaagster, geboren in 1929 en overleden in 2014, verder patiënt te noemen.

De medische voorgeschiedenis van patiënt luidde als volgt: in 1965 heeft hij een B1 maagresectie ondergaan; in 1984 een cholecystectomie; in 2000 heeft hij een aortabiliaicale bifurcatieprothese ('broekprothese') gekregen in verband met een gebarsten aneurysma van de abdominale aorta (AAA); in 2001 een nefro-ureterectomie (verwijdering van een nier met ureter) links in verband met een urotheelcelcarcinoom; in 2002 een onderwandinfarct waarvoor een percutane coronaire interventie (PCI, dotteren van een kransslagader met een stent) heeft plaatsgevonden; in 2004 heeft een urethrotomie plaatsgevonden met plaatsen van een dubbel-J stent rechts en in datzelfde jaar is bij coloscopie een stenose op 20 centimeter gedilateerd; in 2005 had hij een fistel (een niet-natuurlijke verbinding) tussen de rechterpoot van de aortabroekprothese en de ureter waarvoor een operatieve behandeling heeft plaatsgevonden waarbij een ileuminterpositie van een deel van de ureter rechts (mononier rechts) is verricht; in 2005 had hij tevens een psoas abces links op basis van een stafylococcus aureus waarvoor hij langdurig met antibiotica is behandeld; in 2008 had hij een strictuur (vernauwing) van de plasbuis en in 2010 had hij klachten van angina pectoris.

Uroloog E kende patiënt in het verleden en zag hem, voor zover in deze zaak van belang, voor het eerst weer poliklinisch in het ziekenhuis te J op 21 augustus 2013 in verband met recidiverende urineweginfecties (kweek-bewezen). Bij de anamnese bleek dat patiënt ook regelmatig bloed plaste (hematurie). Bij cystoscopie bleek, voor zover te beoordelen, vanaf een halve centimeter vanaf de meatus een strictuur van de urethra (plasbuis). Patiënt was reeds bekend met urethrastricturen. E sprak een opname af met patiënt voor een urethrotomie volgens Otis/Sachse en eventueel oprekken van de urethra over een voerdraad.

Opname 18 september 2013

Op 18 september 2013 heeft E vervolgens de plasbuis opgerekt. Hij noteerde: *"eigenlijk is de hele plasbuis één strictuur."* In de blaas werden geen afwijkingen gezien. In de

daarop volgende periode heeft patiënt een steeds dikkere katheter gekregen, waarna deze op 17 oktober 2013 kon worden verwijderd. Daarna was de urethra weer goed doorgankelijk en was er geen bloed meer in de urine.

E zag patiënt vervolgens een aantal malen poliklinisch. Op 28 november 2013 noteerde hij onder meer *“gaat geweldig, zeer tevreden”* en op 21 december 2013 *“stabiele nierfied (...) conclusie: prima”*.

Op 3 januari 2014 werd bij urineonderzoek weer een urineweginfectie geconstateerd en kreeg patiënt Trimethoprim voorgeschreven.

Op 5 februari 2014 kwam patiënt met spoed weer op de polikliniek urologie wegens bloedstolsels in de blaas. E heeft de blaas gespoeld en een cystoscopie uitgevoerd, waarbij geen actieve bloeding werd waargenomen, wel een divertikel/urachuscyste zonder verdere afwijkingen. Hij schreef op 14 februari 2014 finasteride voor in verband met persisterende hematurie. Een urinekweek bleek positief voor E. Coli. Volgens het dossier is patiënt bekend met zelfkatheterisatie.

Opname 20 t/m 25 februari 2014

Op 20 februari 2014 meldde patiënt zich weer met flinke bloedstolsels, werd hij opgenomen met een spoelkatheter en werd gestart met ciproxin 2 dd 250 mg. De urine was vrij snel helder na het starten van continue blaasspoeling. In verband met angineuze klachten werd patiënt in overleg met de cardioloog van 21 tot 22 februari 2014 geobserveerd op de afdeling hartbewaking (CCU). In verband met nierfunctiestoornissen, koorts en een laag Hb werd de internist in consult gevraagd. Op 23 februari 2014 plaste patiënt ineens weer bloed zonder stolsels. In het dossier is genoteerd dat hij hier echt duidelijkheid over wilde. Op 25 februari 2014 werd patiënt in overleg met de cardioloog met heldere urine ontslagen door een collega-uroloog.

Opname 19 t/m 21 maart 2014

Op 19 maart 2014 meldde patiënt zich weer op de polikliniek bij verweerder met hematurie en bloedstolsels. Hij had tussendoor ook angineuze klachten gehad, waarvoor hij nitroglycerine had gebruikt. E plaatste een spoelkatheter nadat hij de urethra had opgerekt en nam patiënt op in het ziekenhuis alwaar de urine door continu spoelen snel helder werd. Hij herhaalde de volgende dag een cystoscopie. Tevens gaf hij opdracht voor een bloedtransfusie in verband met een Hb van 5,4 mmol/l. Bij de cystoscopie op 20 maart 2014 werd een afwijking op de linker zijwand van de blaas gezien die bloedde. E heeft tevens in de neo(ileum)ureter gekeken, voor zover mogelijk, en een rustig beeld gezien. Hij heeft vervolgens een afspraak gemaakt voor een transurethrale resectie van een blaastumor (TURP, weefsel verwijderen voor onderzoek) alsmede een Otis-urethrotomie. Op 21 maart 2014 mocht patiënt met ontslag waarbij een afspraak werd gemaakt voor een heropname op 27 maart 2014 om de geplande TURP te verrichten.

Opname 27 t/m 30 maart 2014

Op 27 maart 2014 is in het dossier genoteerd door een verpleegkundige dat patiënt de laatste tijd veel bloed had geplast. Zij heeft overlegd met E, die concludeerde dat de geplande ingreep gewoon door kon gaan. Hij voerde een Otis urethrotomie (blind insnijden van het littekenweefsel) uit. Hij noteerde dat er sprake was van een extreem stugge urethra en dat bij introductie van de scoop een fausse route ontstond. E besloot vanwege de dunne blaaswand en een pulserende arterie achter de blaas alleen koude biopoten

te nemen en te coaguleren links en rechts. Na de ingreep werd in het dossier genoteerd dat de urine kraakhelder was. Er was de volgende dagen regelmatig sprake van bloed en stolsels in de urine, doch eveneens episoden van heldere urine. Op 30 maart 2014 werd patiënt ontslagen na akkoord van een collega-uroloog.

Opname 3 t/m 6 april 2014

Op 3 april 2014 werd patiënt opgenomen op de afdeling Eerste Hart Hulp (EHH) in verband met pijn op de borst met uitstraling naar de rechterkaak. Het Hb was 5,3 mmol/l en patiënt kreeg een bloedtransfusie met drie Packed Cells (PC, zakjes bloed). Er was wisselend sprake van hematurie, waarvoor een spoelkatheter werd aangesloten. Patiënt kreeg uitleg van een collega van verweerder dat hij tevoren hematurie had gehad in verband met een poliep en dat het bloeden daarna kon zijn veroorzaakt door wondjes in de blaas. Deze uroloog bepaalde dat patiënt naar huis mocht als er geen sprake meer was van hematurie. Patiënt ging met ontslag op 6 april 2014.

Opname 8 t/m 16 april 2014

Op 8 april 2014 vond een heropname van patiënt plaats via de SEH omdat hij veel bloed plaste. In het EPD wordt melding gemaakt van een “*goed Hb en stabiele nierfunctie*” tijdens een bezoek op de SEH rond 11.00 uur op 8 april 2014. Patiënt verliet de SEH met een recept voor Ferrofumaraat. Diezelfde dag moest patiënt worden opgenomen via de SEH, rond 23.00 uur per order van een collega-uroloog, in verband met persisterende hematurie en werd een spoelkatheter ingebracht op 9 april 2014 (01.30 uur) door een uroloog. In het EPD wordt melding gemaakt van een wel-reanimeren-beleid. Na opname met starten blaasspoeling was de urine vrij snel helder. Op 9 april 2014 schreef E in het EPD dat de eerder genomen bipten geen aanwijzingen toonden voor een maligniteit en gaf hij opdracht voor het vervaardigen van een CT-IVP. Deze CT-scan is op 10 april 2014 verricht. De uitslag heeft hij met patiënt en diens familieleden besproken. Hij heeft onder meer aangegeven dat hij geen aanwijzing had voor een fistel, sprak een cystoscopie af en vroeg de internist in consult wegens de wekedelen-massa naast de aorta. Op 11 april 2014 voerde hij een cystoscopie uit, die geen diagnose gaf in verband met te veel stolsels in de blaas. Genoteerd is dat de familie zich ongerust maakte en zich afvroeg of het niet beter was naar een ander(e) specialist of ziekenhuis te gaan. Het Hb was op 12 april 2014 5,6 mmol/l. Patiënt kreeg een bloedtransfusie op 12 april 2014. Een collega-uroloog sprak met patiënt (die, zo staat in het dossier, emotioneel was en de hoop had opgegeven) en de familie over het verdere beleid. Op 15 april 2014 voerde deze collega uiteindelijk (wegens persisterende hematurie eerder) een scopie uit, waarbij een kleine bloeding werd gezien en gecoaguleerd. Besloten werd een diagnostische uretero-renoscopie (URS) uit te voeren, die niet optimaal mogelijk bleek en waarbij geen duidelijke bloedingsfocus werd gevonden. Patiënt ging op eigen verzoek op 16 april 2014 in overleg met een collega-uroloog van verweerder met ontslag om de uitvaart van zijn broer bij te kunnen wonen.

Opname 18 t/m 20 april 2014

Op 18 april 2014 werd patiënt weer via de SEH opgenomen met een flinke hematurie. Hij had tevens hartklachten bij inspanning. Patiënt wilde eigenlijk alleen een bloedtransfusie en weer naar huis, maar besloten werd (door een collega-uroloog) tot opname met spoelkatheter en een bloedtransfusie (door een andere collega) met de cardioloog in consult. Patiënt werd opgenomen op de afdeling cardiologie. Op 20 april 2014 mocht patiënt overeenkomstig zijn wens weer naar huis met de afspraak (door een collega-

uroloog) dat E de verdere controle op zich zou nemen en dat patiënt bij problemen direct weer opgenomen zou worden.

Opname 23 t/m 29 april 2014

Op 23 april 2014 meldde patiënt zich weer op de polikliniek met hematurie. Er volgde een opname met een spoelkatheter. Op dezelfde dag is door E met patiënt besproken dat hij beter verder behandeld kon worden door verweerder te K. In het EPD staat dat verweerder akkoord is, doch dat er in K geen opnamemogelijkheid is vooralsnog. Patiënt kon 26/27 april 2014 met weekendverlof, waarbij de katheter kon worden verwijderd. Een collega-uroloog heeft op 28 april 2014 aan patiënt uitleg gegeven over de mogelijkheid in K van coilen van de ureter als de bloeding daar vandaan kwam. Op 29 april 2014 mocht patiënt naar huis teneinde op 1 mei 2014 opgenomen te worden in K. Patiënt kreeg de overdracht en de cd-rom mee naar huis.

Patiënt is vervolgens vijfmaal opgenomen geweest in K.

Opname 1 mei t/m 23 mei 2014

Op vrijdag 2 mei 2014 werd een (door E met spoed geplande) diagnostische URS uitgevoerd door verweerder. Als operatie-indicatie is vermeld op het OK-verslag: "*fistel natieve ureter rechts.*" In het verweerschrift van E en verweerder is vermeld dat verweerder had laten weten aan E dat er waarschijnlijk toch wel een fistel zou kunnen zijn, in ieder geval dat daar rekening mee zou moeten worden gehouden. Er werd inderdaad uiteindelijk een iliaco-ureterale fistel gezien. Verweerder heeft vervolgens de interventieradioloog L gevraagd te assisteren. Deze heeft meerdere coils in de laterale holte en het mediale deel van de fistel aangebracht. Mede omdat patiënt postoperatief hartklachten kreeg bleef hij lang op de recovery-afdeling, waar zijn echtgenote hem even heeft gezien, en kwam hij eerst rond 19.00 uur weer naar de afdeling. Verweerder heeft wel gesproken met de patiënt, niet met de familie. In de hiernavolgende periode hield patiënt hematurie met stolsels. In de cardiologische decursus is dit genoteerd op: 5 mei, 7 mei, 13 mei, 14 mei en 19 mei 2014.

Vanwege een Non-ST-elevatie myocardinfarct werd patiënt op 3 mei 2014 overgenomen door de afdeling cardiologie. In eerste instantie werd afgezien van (hart)katheterisatie. Patiënt verbleef eerst op een vierpersoonskamer en werd in de loop van de dag overgeplaatst naar een eenpersoonskamer. Op 6 mei 2014 heeft een arts-assistent uitleg gegeven aan de familie, op 9 mei 2014 heeft er een gesprek met verweerder plaatsgevonden. Op 13 mei 2014 heeft een hartkatheterisatie plaatsgevonden. Een arts-assistent heeft hiervan verslag gedaan aan de familie, de volgende dag nogmaals. Op cardiologisch gebied is op 14 mei 2014 in het hartteam vanwege de risico's gekozen voor een PCI van de HS (hoofdstam) en de RCA (rechter coronair arterie) met verder medicamenteuze stabilisatie; verder werd in overleg met verweerder, de vaatchirurg H en een cardioloog besloten eerst een CT-angio te maken teneinde de volgorde van behandeling van de fistel en verder cardiologisch ingrijpen te bepalen. Hiervan is een samenvatting gemaakt in het dossier. In een daaropvolgend gesprek met de familie wees de arts-assistent erop dat er in J recent een CT-scan was gemaakt. Genoteerd werd deze eerst te bekijken om de belasting van de nier met contrastvloeistof zo mogelijk te vermijden; in verband met de ernstige nierinsufficiëntie vond overleg met de nefroloog plaats. Op 15 mei 2014 is patiënt gedotterd (ongecomplieerde PCI van de hoofdstam). Op die datum is genoteerd dat vanwege de al aanwezige contrastload

in verband met de PCI is afgezien van een CT-angio; voorts dat overleg met de vaat-chirurg nodig was in verband met een ernstig bedreigd coronairsysteem met instabiele klachten. Van 14 tot en met 15 mei 2014 heeft patiënt op de afdeling hartbewaking gelegen vanwege pijn op de borst en daarna weer tot zijn ontslag op 23 mei 2014 op de (verpleeg)afdeling cardiologie, waar hij eerst op een vierpersoonskamer terecht kwam en op zijn verzoek vervolgens naar een eenpersoonskamer is overgeplaatst. Op 20 en 21 mei 2014 werd genoteerd dat een klinische PCI (code III) van de RCA kon plaatsvinden als de nierfunctie van patiënt zou zijn verbeterd. Op 23 mei 2014 mocht patiënt met ontslag met een afspraak bij de vaat-chirurg op een termijn van twee weken, afspraak voor een poliklinische PCI van de RCA over drie weken en een afspraak bij E op zes – acht weken. Gedurende de laatste dagen van de opname was er geen sprake meer van hematurie.

Opname 24 mei t/m 5 juni 2014

Een dag na zijn ontslag, op 24 mei 2014, is patiënt vanwege pijn op de borst per ambulance naar het ziekenhuis vervoerd en weer opgenomen op de afdeling cardiologie. Op 30 mei 2014 was er sprake van forse hematurie. Tijdens het vervaardigen van een CT-scan met contrast, waarop een blush (lekkage van contrast buiten het bloedvat) werd gezien uit het rechter iliacale traject ter plaatse van de eerder geplaatste coils, trad hemodynamische instabiliteit op. De situatie was levensbedreigend en er diende met spoed te worden ingegrepen. Overigens was op deze CT-scan te zien dat het linker iliacale traject proximaal was geoccludeerd. De vaat-chirurg voerde vervolgens met spoed een endovasculaire ingreep uit. In een brief aan de huisarts van 31 mei 2014 vermeldt een arts van de afdeling IC, naar welke afdeling patiënt na de ingreep was overgeplaatst, dat de operatie van 2 mei 2014 zonder het gewenste resultaat was geweest, dat bij de ingreep op 30 mei 2014 de arteria iliaca interna rechts werd gecoiled en de bestaande fistel werd overstent door een endovasculaire stentgraft. Na deze procedure vertoonde het linkerbeen geen tekenen van ischemie. Na de IC is patiënt op 31 mei 2014 tot zijn ontslag op 5 juni 2014 overgeplaatst naar de afdeling vaat-chirurgie. Op 3 juni 2014 is E langs geweest bij patiënt.

In het navolgende traject is tussen patiënt en zijn familie enerzijds en de vaat-chirurg anderzijds de mogelijkheid besproken van een heroperatie van patiënt in verband met pijn- en functieklachten van het linkerbeen. De vaat-chirurg achtte een operatie niet zinvol zolang er geen sprake was van ischemie. Uiteindelijk werd patiënt op 15 oktober 2014 weer opgenomen door de vaat-chirurg in verband met algehele malaise. Op 31 oktober 2014 ging patiënt met ontslag. Toen een verpleegkundig specialist op 6 november 2014 belde met de familie, vernam zij dat patiënt enige dagen tevoren was overleden.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster heeft bij klaagschrift een scala aan klachten geuit. Bij repliek en 'Samenvatting van de klacht' zijn deze verder uitgewaaid. Bij het mondeling vooronderzoek heeft klaagster desgevraagd te kennen gegeven dat de belangrijkste klachtonderdelen tegen verweerder luiden:

- a) dat hij onvoorbereid de operatie van 2 mei 2014 is ingegaan, deze niet goed heeft uitgevoerd (veertje ipv stent zoals op 30 mei 2014) en hij daar niet toe bevoegd was (hij had de vaatchirurg erbij moeten betrekken, het was niet zijn discipline);
- b) dat hij de familie niet/te laat heeft geïnformeerd;
- c) dat hij de medebehandelaars onvoldoende heeft geïnformeerd;
- d) dat er op geen enkel vlak nazorg heeft plaatsgevonden (patstelling tussen cardiologie en urologie, onbereikbaarheid verweerder, de vele verhuizingen en verplaatsingen, 'behandelbeperking reanimeren' op 8 april 2014).

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat op de CT-scan van 10 april 2014 geen aanwijzing was voor een vaatprobleem, daarom werd de oorzaak van de bloeding (intermitterende hematurie) als een urologisch probleem beschouwd en was patiënt onder behandeling bij de urologen. Verweerder heeft patiënt na de ingreep nog wel gezien en gesproken, maar hij had geen tijd meer voor een gesprek met de familie en hem heeft vervolgens ook geen verzoek van de familie voor een gesprek bereikt. Verweerder betwist dat hij medebehandelaars onvoldoende heeft geïnformeerd. De nazorg was niet in handen van verweerder omdat patiënt kort na de ingreep onder verantwoordelijkheid van de cardioloog kwam en uiteindelijk werd geopereerd door de vaatchirurg.

DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Klaagster en haar kinderen hebben aangegeven dat zij wilden dat zorgverleners voor patiënt hun uiterste best deden om voor hem het hoogst haalbare op het gebied van de gezondheidszorg te bereiken. Het college heeft daar begrip voor. Wie zou dat niet willen voor zijn dierbare? Dat is echter niet de wijze waarop de individuele gezondheidszorg in Nederland is geregeld en waarop het handelen daarin tuchtrechtelijk wordt getoetst. Het college wijst er daarom in deze zaak met nadruk op, dat het er naar vaste rechtspraak bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen 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. Daarbij wijst het college erop dat het college bij de beoordeling van het handelen van verweerder de wetenschap van het verdere beloop buiten beschouwing dient te laten en dit handelen dient te beoordelen vanuit de wetenschap die verweerder op het moment van handelen had of zou kunnen hebben.

5.2

Verder stelt het college voorop dat in het tuchtrecht in beginsel uitsluitend het persoonlijk handelen of nalaten van een verweerder centraal staat. De klacht heeft hier en daar betrekking op organisatorische kwesties in het ziekenhuis, zoals bijvoorbeeld de vele overplaatsingen en wisselende bezoektijden. Bedacht dient te worden dat een ziekenhuis een uiterst complexe organisatie is waar een individuele zorgverlener in het algemeen geen of nauwelijks invloed op heeft. Anders dan in het civiele recht of ingevolge de Wet

kwaliteit klachten geschillen zorg (Wkkgz) kent het tuchtrecht dus in het algemeen niet (goed) de mogelijkheid om dergelijke - al dan niet terechte - organisatorische klachten via een aangeklaagde zorgverlener aan de orde te stellen.

5.3

Ten slotte wordt in zijn algemeenheid opgemerkt dat hetgeen in het patiëntendossier is genoteerd in beginsel voor juist wordt gehouden, tenzij aannemelijk is dat dit een onjuiste weergave vormt van hetgeen is gezegd of gedaan. Dit oordeel berust niet op het uitgangspunt dat het woord van de klaagster minder geloof verdient dan dat van de verweerder, maar op de omstandigheid dat indien klaagster en verweerder elkaar tegenspreken, het dossier het enige houvast is voor het college.

Betreffende de klachtonderdelen 3.a en 3.c

5.4

Het college bespreekt deze twee klachtonderdelen vanwege de samenhang gezamenlijk. Verweerder is bij de behandeling van patiënt betrokken op 2 mei 2014 toen E patiënt naar verweerder had doorverwezen voor een diagnostische URS. Als indicatie voor de operatie staat vermeld "*fistel natieve ureter rechts*". E had vooraf met verweerder overlegd over patiënt. Deze heeft besproken dat een uretero-aortale (iliacale) fistel niet was aangetoond. Verweerder heeft E gezegd dat er waarschijnlijk toch wel een fistel zou kunnen zijn, maar dat hij eerst ging kijken. Ter zitting heeft verweerder bevestigd dat dit overleg met E heeft plaatsgevonden.

Verweerder hield er dus serieus rekening mee (of moest daar serieus rekening mee houden) dat de mogelijkheid van een dergelijke fistel speelde. Verweerder heeft ter zitting verklaard dat hij kon inloggen in het dossier van het ziekenhuis in J, zodat het volledig medisch dossier van patiënt in J voor hem ter inzage aanwezig was. Het college gaat ervan uit dat verweerder ter voorbereiding op de ingreep van 2 mei 2014 dat dossier van het ziekenhuis in J ook heeft ingezien. Niet gesteld of gebleken is dat verweerder voorafgaand aan de ingreep een plan had besproken met een interventieradioloog en/of een vaatchirurg hoe te handelen indien daadwerkelijk een fistel zou worden gevonden. De stelling van verweerder dat een uretero-aortale (iliacale) fistel altijd door een interventieradioloog wordt behandeld deelt het college niet. Een dergelijke fistel kan ook behandeld worden (en wordt ook vaak behandeld) door een vaatchirurg.

Een iliaco-ureterale fistel is een dermate zeldzame en potentieel levensbedreigende bevinding dat, ingeval er een (verdenking op een) dergelijke aandoening aanwezig is, er reden is om voorafgaand aan een (diagnostische) ingreep een duidelijk diagnostisch en therapeutisch plan vast te stellen. Daarom had verweerder voorafgaand aan de ingreep moeten bespreken met een interventieradioloog en/of een vaatchirurg hoe te handelen bij het aantreffen van een fistel zodat deze zich daar op had(den) kunnen voorbereiden. Door pas *tijdens* de operatie, na het vinden van de fistel, de interventieradioloog erbij te betrekken, is deze radioloog mogelijk door verweerder voor een acuut therapeutisch dilemma gesteld. Dit dilemma zou mogelijk niet, althans niet zo acuut, aanwezig zijn geweest als voor de operatie een intercollegiaal overleg met betrokken specialisten (dat wil zeggen interventieradiologen en/of vaatchirurgen) had plaatsgevonden. De conclusie van het college is dat verweerder de diagnostische URS in die zin onvoldoende heeft voorbereid en in die zin is het eerste klachtonderdeel dan ook gegrond.

Betreffende klachtonderdeel 3.b

5.5

Verweerder verklaarde ter zitting dat hij na de ingreep bij patiënt langs is geweest en heeft uitgelegd welke ingreep was uitgevoerd. Volgens de verpleging zou patiënt daarvoor toen wakker genoeg zijn geweest, zo blijkt uit het dossier. Daarmee heeft verweerder aan zijn informatieverplichting voldaan. Het kan verweerder in tuchtrechtelijke zin niet worden verweten dat hij de familie verder niet persoonlijk heeft ingelicht, al begrijpt het college dat de familie dat wel gewaardeerd zou hebben. Dit klachtonderdeel slaagt derhalve niet.

Betreffende klachtonderdeel 3.d

5.6

Er was geen sprake van een patstelling, maar van een therapeutisch dilemma tussen urologie en cardiologie. De cardiale aandoening alsmede de urologische aandoening van patiënt waren beide potentieel levensbedreigend en de behandeling van beide aandoeningen hadden conflicterende overwegingen/belangen in zich. Het dilemma was dat patiënt vanwege de cardiale aandoening antistolling diende te krijgen en vanwege de urologische aandoening juist niet. Dat betekende dus dat er een therapeutisch acceptabele “middenweg” moest worden gevonden. Dat vereiste ingewikkeld interdisciplinair overleg, waarbij uiteindelijk ervoor is gekozen patiënt eerst cardiaal te behandelen. Dat verweerder in dit traject een verwijt treft, is niet gebleken. Er is immers een onderbouwd therapeutisch traject gestart, in overleg met betrokken disciplines.

De klacht betreffende de bereikbaarheid van verweerder kan bij gebrek aan feitelijke onderbouwing vanuit het dossier niet slagen.

Wat betreft de vele verhuizingen geldt dat patiënt in verband met cardiale klachten vrij snel na de operatie is overgenomen door de afdeling cardiologie. Deze overplaatsing was medisch geïndiceerd en kan verweerder geenszins verweten worden. De verhuizingen nadien hebben plaatsgevonden op afdelingen waar patiënt niet onder de verantwoordelijkheid van verweerder viel. Het college maakt overigens uit het dossier op dat alle overplaatsingen in het ziekenhuis daadwerkelijk een medische danwel verzorgingstechnische grondslag hebben (al dan niet op verzoek van patiënt of familie).

Ten slotte verwijt klaagster verweerder dat hij een behandelbeperking heeft afgesproken: ‘niet reanimeren’. Dit verwijt is gebaseerd op de notitie in het dossier: “*Behandelbeperking reanimeren*”. Dit verwijt berust op een misverstand. Deze notitie betekent namelijk juist niet dat patiënt niet gereanimeerd zou worden (indien nodig) maar juist dat dat wel zou gebeuren. Reeds daarom is dit verwijt ongegrond.

Indien en voor zover klaagster verweerder verwijt dat hij brandwonden bij patiënt heeft veroorzaakt, merkt het college op dat verweerder een endoscopische ingreep bij patiënt heeft uitgevoerd waarbij geen diathermie wordt gebruikt. Dat verweerder brandwonden heeft veroorzaakt is daarom niet aannemelijk, danwel praktisch uitgesloten.

De conclusie

5.7

De conclusie is dan ook dat de klacht in de in paragraaf 5.4 weergegeven zin gegrond is. Het college zal verweerder daarom een maatregel opleggen. Verweerder heeft zich naar het oordeel van het college onvoldoende voorbereid voor de diagnostische, dan wel therapeutische URS op de indicatie fistel natieve ureter rechts, bij patiënt op 2 mei 2014. Gegeven de zeldzaamheid en het potentieel levensbedreigende karakter van een dergelijke fistel had verweerder de ingreep multidisciplinair (interventieradiologie en/of vaatchirurgie) dienen voor te bereiden. De ingreep zelf heeft verweerder verder zorgvuldig uitgevoerd. Al met al acht het college, mede gezien het feit dat verweerder in zijn lange loopbaan niet eerder een geslaagde klacht tegen zich heeft gehad, de maatregel van waarschuwing nog passend.

6. DE BESLISSING

Het college:

- verklaart de klacht gedeeltelijk gegrond (als weergegeven in 5.4);
- waarschuwt verweerder ter zake daarvan;
- wijst de klacht voor het overige af.

Aldus gedaan door mr. A.L. Smit, voorzitter, mr. H.L. Wattel, lid-jurist, dr. W.F.R.M. Koch, dr. G.J.M. Akkersdijk en M.J. Nagelsmit, leden-arts, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 10 oktober 2017 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

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 klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;

c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aanleggenheid 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 Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 10 oktober 2017 naar aanleiding van de op 10 november 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
bijgestaan door:C,

k l a a g s t e r

-tegen-

F, uroloog, werkzaam te J/K,
bijgestaan door: mr. W.R. Kastelein, advocaat te Zwolle,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlage;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek met de bijlagen;
- de dupliek;
- de op 6 januari 2017 door klaagster ingebrachte ‘Samenvatting voor tuchtcollege’;
- het proces-verbaal van het op 27 februari 2017 gehouden mondeling vooronderzoek;
- het wrakingsverzoek van klaagster en haar zeven kinderen, gericht tegen de secretaris die het mondeling vooronderzoek hield;
- de beslissing van de wrakingskamer van 24 maart 2017, hersteld bij beslissing van 7 april 2017, waarbij de verzoekers tot wraking niet-ontvankelijk zijn verklaard;
- een brief met bijlagen van de zijde van verweerder, ingekomen op 24 augustus 2017;

- een 'Ziekenhuisverslag Pa' van de zijde van klaagster, ingekomen op 26 augustus 2017.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 8 september 2017, alwaar zijn verschenen klaagster, bijgestaan door haar dochter C, en verweerder, bijgestaan door zijn raadsvrouw. C heeft een pleitnota overgelegd.

Ter zitting zijn gelijktijdig doch niet gevoegd de klachten behandeld tegen de urologen E (263/2015) en F (verweerder), de vaatchirurgen G (265/2015), H (266/2015) en D (158/2016) en de cardioloog I (273/2015). In elk van de zaken wordt op dezelfde datum uitspraak gedaan. Tevens zijn op 12 september 2017 klachten behandeld van klaagster tegen zes (leidinggevende) verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten. Deze klachten zijn bekend onder de nummers 267 tot en met 272/2015. Op die klachten wordt eveneens vandaag 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 betreft de zorg voor de echtgenoot van klaagster, geboren in 1929 en overleden in 2014, verder patiënt te noemen.

De medische voorgeschiedenis van patiënt luidde als volgt: in 1965 heeft hij een B1 maagresectie ondergaan; in 1984 een cholecystectomie; in 2000 heeft hij een aortabifurcatieprothese ('broekprothese') gekregen in verband met een gebarsten aneurysma van de abdominale aorta (AAA); in 2001 een nefro-ureterectomie (verwijdering van een nier met ureter) links in verband met een urotheelcelcarcinoom; in 2002 een onderwandinfarct waarvoor een percutane coronaire interventie (PCI, dotteren van een kransslagader met een stent) heeft plaatsgevonden; in 2004 heeft een urethrotomie plaatsgevonden met plaatsen van een dubbel-J stent rechts en in datzelfde jaar is bij coloscopie een stenose op 20 centimeter gedilateerd; in 2005 had hij een fistel (een niet-natuurlijke verbinding) tussen de rechterpoot van de aortabroekprothese en de ureter waarvoor een operatieve behandeling heeft plaatsgevonden waarbij een ileuminterpositie van een deel van de ureter rechts (mononier rechts) is verricht; in 2005 had hij tevens een psoas abces links op basis van een stafylococcus aureus waarvoor hij langdurig met antibiotica is behandeld; in 2008 had hij een strictuur (vernauwing) van de plasbuis en in 2010 had hij klachten van angina pectoris.

Uroloog E kende patiënt in het verleden en zag hem, voor zover in deze zaak van belang, voor het eerst weer poliklinisch in het ziekenhuis te J op 21 augustus 2013 in verband met recidiverende urineweginfecties (kweek-bewezen). Bij de anamnese bleek dat patiënt ook regelmatig bloed plaste (hematurie). Bij cystoscopie bleek, voor zover te beoordelen, vanaf een halve centimeter vanaf de meatus een strictuur van de urethra (plasbuis). Patiënt was reeds bekend met urethrastricturen. E sprak een opname af met patiënt voor een urethrotomie volgens Otis/Sachse en eventueel oprekken van de urethra over een voerdraad.

Opname 18 september 2013

Op 18 september 2013 heeft E vervolgens de plasbuis opgerekt. Hij noteerde: *“eigenlijk is de hele plasbuis één strictuur.”* In de blaas werden geen afwijkingen gezien. In de daarop volgende periode heeft patiënt een steeds dikkere katheter gekregen, waarna deze op 17 oktober 2013 kon worden verwijderd. Daarna was de urethra weer goed doorgankelijk en was er geen bloed meer in de urine.

E zag patiënt vervolgens een aantal malen poliklinisch. Op 28 november 2013 noteerde hij onder meer *“gaat geweldig, zeer tevreden”* en op 21 december 2013 *“stabiele nierfied (...) conclusie: prima”*.

Op 3 januari 2014 werd bij urineonderzoek weer een urineweginfectie geconstateerd en kreeg patiënt Trimethoprim voorgeschreven.

Op 5 februari 2014 kwam patiënt met spoed weer op de polikliniek urologie wegens bloedstolsels in de blaas. E heeft de blaas gespoeld en een cystoscopie uitgevoerd, waarbij geen actieve bloeding werd waargenomen, wel een divertikel/urachuscyste zonder verdere afwijkingen. Hij schreef op 14 februari 2014 finasteride voor in verband met persisterende hematurie. Een urinekweek bleek positief voor E. Coli. Volgens het dossier is patiënt bekend met zelfkatheterisatie.

Opname 20 t/m 25 februari 2014

Op 20 februari 2014 meldde patiënt zich weer met flinke bloedstolsels, werd hij opgenomen met een spoelkatheter en werd gestart met ciproxin 2 dd 250 mg. De urine was vrij snel helder na het starten van continue blaasspoeling. In verband met angineuze klachten werd patiënt in overleg met de cardioloog van 21 tot 22 februari 2014 geobserveerd op de afdeling hartbewaking (CCU). In verband met nierfunctiestoornissen, koorts en een laag Hb werd de internist in consult gevraagd. Op 23 februari 2014 plaste patiënt ineens weer bloed zonder stolsels. In het dossier is genoteerd dat hij hier echt duidelijkheid over wilde. Op 25 februari 2014 werd patiënt in overleg met de cardioloog met heldere urine ontslagen door een collega-uroloog.

Opname 19 t/m 21 maart 2014

Op 19 maart 2014 meldde patiënt zich weer op de polikliniek bij verweerder met hematurie en bloedstolsels. Hij had tussendoor ook angineuze klachten gehad, waarvoor hij nitroglycerine had gebruikt. E plaatste een spoelkatheter nadat hij de urethra had opgerekt en nam patiënt op in het ziekenhuis alwaar de urine door continu spoelen snel helder werd. Hij herhaalde de volgende dag een cystoscopie. Tevens gaf hij opdracht voor een bloedtransfusie in verband met een Hb van 5,4 mmol/l. Bij de cystoscopie op 20 maart 2014 werd een afwijking op de linker zijwand van de blaas gezien die bloedde. E heeft tevens in de neo(ileum)ureter gekeken, voor zover mogelijk, en een rustig beeld gezien. Hij heeft vervolgens een afspraak gemaakt voor een transurethrale resectie van een blaastumor (TURP, weefsel verwijderen voor onderzoek) alsmede een Otis-urethrotomie. Op 21 maart 2014 mocht patiënt met ontslag waarbij een afspraak werd gemaakt voor een heropname op 27 maart 2014 om de geplande TURP te verrichten.

Opname 27 t/m 30 maart 2014

Op 27 maart 2014 is in het dossier genoteerd door een verpleegkundige dat patiënt de laatste tijd veel bloed had geplast. Zij heeft overlegd met E, die concludeerde dat de geplande ingreep gewoon door kon gaan. Hij voerde een Otis urethrotomie (blind insnij-

den van het littekenweefsel) uit. Hij noteerde dat er sprake was van een extreem stugge urethra en dat bij introductie van de scoop een fausse route ontstond. E besloot vanwege de dunne blaaswand en een pulserende arterie achter de blaas alleen koude biopten te nemen en te coaguleren links en rechts. Na de ingreep werd in het dossier genoteerd dat de urine kraakhelder was. Er was de volgende dagen regelmatig sprake van bloed en stolsels in de urine, doch eveneens episoden van heldere urine. Op 30 maart 2014 werd patiënt ontslagen na akkoord van een collega-uroloog.

Opname 3 t/m 6 april 2014

Op 3 april 2014 werd patiënt opgenomen op de afdeling Eerste Hart Hulp (EHH) in verband met pijn op de borst met uitstraling naar de rechterkaak. Het Hb was 5,3 mmol/l en patiënt kreeg een bloedtransfusie met drie Packed Cells (PC, zakjes bloed). Er was wisselend sprake van hematurie, waarvoor een spoelkatheter werd aangesloten. Patiënt kreeg uitleg van een collega van verweerder dat hij tevoren hematurie had gehad in verband met een poliep en dat het bloeden daarna kon zijn veroorzaakt door wondjes in de blaas. Deze uroloog bepaalde dat patiënt naar huis mocht als er geen sprake meer was van hematurie. Patiënt ging met ontslag op 6 april 2014.

Opname 8 t/m 16 april 2014

Op 8 april 2014 vond een heropname van patiënt plaats via de SEH omdat hij veel bloed plaste. In het EPD wordt melding gemaakt van een “*goed Hb en stabiele nierfunctie*” tijdens een bezoek op de SEH rond 11.00 uur op 8 april 2014. Patiënt verliet de SEH met een recept voor Ferrofumaraat. Diezelfde dag moest patiënt worden opgenomen via de SEH, rond 23.00 uur per order van een collega-uroloog, in verband met persisterende hematurie en werd een spoelkatheter ingebracht op 9 april 2014 (01.30 uur) door een uroloog. In het EPD wordt melding gemaakt van een wel-reanimeren-beleid. Na opname met starten blaasspoeling was de urine vrij snel helder. Op 9 april 2014 schreef E in het EPD dat de eerder genomen biopten geen aanwijzingen toonden voor een maligniteit en gaf hij opdracht voor het vervaardigen van een CT-IVP. Deze CT-scan is op 10 april 2014 verricht. De uitslag heeft hij met patiënt en diens familieleden besproken. Hij heeft onder meer aangegeven dat hij geen aanwijzing had voor een fistel, sprak een cystoscopie af en vroeg de internist in consult wegens de wekedelen-massa naast de aorta. Op 11 april 2014 voerde hij een cystoscopie uit, die geen diagnose gaf in verband met te veel stolsels in de blaas. Genoteerd is dat de familie zich ongerust maakte en zich afvroeg of het niet beter was naar een ander(e) specialist of ziekenhuis te gaan. Het Hb was op

12 april 2014 5,6 mmol/l. Patiënt kreeg een bloedtransfusie op 12 april 2014. Een collega-uroloog sprak met patiënt (die, zo staat in het dossier, emotioneel was en de hoop had opgegeven) en de familie over het verdere beleid. Op 15 april 2014 voerde deze collega uiteindelijk (wegens persisterende hematurie eerder) een scopie uit, waarbij een kleine bloeding werd gezien en ge-coaguleerd. Besloten werd een diagnostische uretero-renoscopie (URS) uit te voeren, die niet optimaal mogelijk bleek en waarbij geen duidelijke bloedingsfocus werd gevonden. Patiënt ging op eigen verzoek op 16 april 2014 in overleg met een collega-uroloog van verweerder met ontslag om de uitvaart van zijn broer bij te kunnen wonen.

Opname 18 t/m 20 april 2014

Op 18 april 2014 werd patiënt weer via de SEH opgenomen met een flinke hematurie. Hij had tevens hartklachten bij inspanning. Patiënt wilde eigenlijk alleen een bloedtransfusie en weer naar huis, maar besloten werd (door een collega-uroloog) tot opname

met spoelkatheter en een bloedtransfusie (door een andere collega) met de cardioloog in consult. Patiënt werd opgenomen op de afdeling cardiologie. Op 20 april 2014 mocht patiënt overeenkomstig zijn wens weer naar huis met de afspraak (door een collega-uroloog) dat E de verdere controle op zich zou nemen en dat patiënt bij problemen direct weer opgenomen zou worden.

Opname 23 t/m 29 april 2014

Op 23 april 2014 meldde patiënt zich weer op de polikliniek met hematurie. Er volgde een opname met een spoelkatheter. Op dezelfde dag is door E met patiënt besproken dat hij beter verder behandeld kon worden door verweerder te K. In het EPD staat dat verweerder akkoord is, doch dat er in K geen opnamemogelijkheid is vooralsnog. Patiënt kon 26/27 april 2014 met weekendverlof, waarbij de katheter kon worden verwijderd. Een collega-uroloog heeft op 28 april 2014 aan patiënt uitleg gegeven over de mogelijkheid in K van coilen van de ureter als de bloeding daar vandaan kwam. Op 29 april 2014 mocht patiënt naar huis teneinde op 1 mei 2014 opgenomen te worden in K. Patiënt kreeg de overdracht en de cd-rom mee naar huis.

Patiënt is vervolgens vijfmaal opgenomen geweest in K.

Opname 1 mei t/m 23 mei 2014

Op vrijdag 2 mei 2014 werd een (door E met spoed geplande) diagnostische URS uitgevoerd door verweerder. Als operatie-indicatie is vermeld op het OK-verslag: "*fistel natieve ureter rechts.*" In het verweerschrift van E en verweerder is vermeld dat verweerder had laten weten aan E dat er waarschijnlijk toch wel een fistel zou kunnen zijn, in ieder geval dat daar rekening mee zou moeten worden gehouden. Er werd inderdaad uiteindelijk een iliaco-ureterale fistel gezien. Verweerder heeft vervolgens de interventieradioloog L gevraagd te assisteren. Deze heeft meerdere coils in de laterale holte en het mediale deel van de fistel aangebracht. Mede omdat patiënt postoperatief hartklachten kreeg bleef hij lang op de recovery-afdeling, waar zijn echtgenote hem even heeft gezien, en kwam hij eerst rond 19.00 uur weer naar de afdeling. Verweerder heeft wel gesproken met de patiënt, niet met de familie. In de hiernavolgende periode hield patiënt hematurie met stolsels. In de cardiologische decursus is dit genoteerd op: 5 mei, 7 mei, 13 mei, 14 mei en 19 mei 2014.

Vanwege een Non-ST-elevatie myocardinfarct werd patiënt op 3 mei 2014 overgenomen door de afdeling cardiologie. In eerste instantie werd afgezien van (hart)katheterisatie. Patiënt verbleef eerst op een vierpersoonskamer en werd in de loop van de dag overgeplaatst naar een eenpersoonskamer. Op 6 mei 2014 heeft een arts-assistent uitleg gegeven aan de familie, op 9 mei 2014 heeft er een gesprek met verweerder plaatsgevonden. Op 13 mei 2014 heeft een hartkatheterisatie plaatsgevonden. Een arts-assistent heeft hiervan verslag gedaan aan de familie, de volgende dag nogmaals. Op cardiologisch gebied is op 14 mei 2014 in het hartteam vanwege de risico's gekozen voor een PCI van de HS (hoofdstam) en de RCA (rechter coronair arterie) met verder medicamenteuze stabilisatie; verder werd in overleg met verweerder, de vaatchirurg H en een cardioloog besloten eerst een CT-angio te maken teneinde de volgorde van behandeling van de fistel en verder cardiologisch ingrijpen te bepalen. Hiervan is een samenvatting gemaakt in het dossier. In een daaropvolgend gesprek met de familie wees deze de arts-assistent erop dat er in J recent een CT-scan was gemaakt. Genoteerd werd deze eerst te bekijken om de belasting van de nier met contrastvloeistof zo

mogelijk te vermijden; in verband met de ernstige nierinsufficiëntie vond overleg met de nefroloog plaats. Op 15 mei 2014 is patiënt gedotterd (ongecomplieerde PCI van de hoofdstam). Op die datum is genoteerd dat vanwege de al aanwezige contrastload in verband met de PCI is afgezien van een CT-angio; voorts dat overleg met de vaat-chirurg nodig was in verband met een ernstig bedreigd coronairsysteem met instabiele klachten. Van 14 tot en met 15 mei 2014 heeft patiënt op de afdeling hartbewaking gelegen vanwege pijn op de borst en daarna weer tot zijn ontslag op 23 mei 2014 op de (verpleeg)afdeling cardiologie, waar hij eerst op een vierpersoonskamer terecht kwam en op zijn verzoek vervolgens naar een eenpersoonskamer is overgeplaatst. Op 20 en 21 mei 2014 werd genoteerd dat een klinische PCI (code III) van de RCA kon plaatsvinden als de nierfunctie van patiënt zou zijn verbeterd. Op 23 mei 2014 mocht patiënt met ontslag met een afspraak bij de vaat-chirurg op een termijn van twee weken, afspraak voor een poliklinische PCI van de RCA over drie weken en een afspraak bij E op zes – acht weken. Gedurende de laatste dagen van de opname was er geen sprake meer van hematurie.

Opname 24 mei t/m 5 juni 2014

Een dag na zijn ontslag, op 24 mei 2014, is patiënt vanwege pijn op de borst per ambulance naar het ziekenhuis vervoerd en weer opgenomen op de afdeling cardiologie. Op 30 mei 2014 was er sprake van forse hematurie. Tijdens het vervaardigen van een CT-scan met contrast, waarop een blush (lekkage van contrast buiten het bloedvat) werd gezien uit het rechter iliacale traject ter plaatse van de eerder geplaatste coils, trad hemodynamische instabiliteit op. De situatie was levensbedreigend en er diende met spoed te worden ingegrepen. Overigens was op deze CT-scan te zien dat het linker iliacale traject proximaal was geoccludeerd. De vaat-chirurg voerde vervolgens met spoed een endovasculaire ingreep uit. In een brief aan de huisarts van 31 mei 2014 vermeldt een arts van de afdeling IC, naar welke afdeling patiënt na de ingreep was overgeplaatst, dat de operatie van 2 mei 2014 zonder het gewenste resultaat was geweest, dat bij de ingreep op 30 mei 2014 de arteria iliaca interna rechts werd gecoiled en de bestaande fistel werd overstent door een endovasculaire stentgraft. Na deze procedure vertoonde het linkerbeen geen tekenen van ischemie. Na de IC is patiënt op 31 mei 2014 tot zijn ontslag op 5 juni 2014 overgeplaatst naar de afdeling vaat-chirurgie. Op 3 juni 2014 is E langs geweest bij patiënt.

In het navolgende traject is tussen patiënt en zijn familie enerzijds en de vaat-chirurg anderzijds de mogelijkheid besproken van een heroperatie van patiënt in verband met pijn- en functieklachten van het linkerbeen. De vaat-chirurg achtte een operatie niet zinvol zolang er geen sprake was van ischemie. Uiteindelijk werd patiënt op 15 oktober 2014 weer opgenomen door de vaat-chirurg in verband met algehele malaise. Op 31 oktober 2014 ging patiënt met ontslag. Toen een verpleegkundig specialist op 6 november 2014 belde met de familie, vernam zij dat patiënt enige dagen tevoren was overleden.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster heeft bij klaagschrift een scala aan klachten geuit. Bij replek en 'Samenvatting van de klacht' zijn deze verder uitgewaaid. Bij het mondeling vooronderzoek heeft klaagster desgevraagd te kennen gegeven dat de belangrijkste klachtonderdelen tegen verweerder luiden:

- a) dat hij onvoorbereid de operatie van 2 mei 2014 is ingegaan, deze niet goed heeft uitgevoerd (veertje ipv stent zoals op 30 mei 2014) en hij daar niet toe bevoegd was (hij had de vaatchirurg erbij moeten betrekken, het was niet zijn discipline);
- b) dat hij de familie niet/te laat heeft geïnformeerd;
- c) dat hij de medebehandelaars onvoldoende heeft geïnformeerd;
- d) dat er op geen enkel vlak nazorg heeft plaatsgevonden (patstelling tussen cardiologie en urologie, onbereikbaarheid verweerder, de vele verhuizingen en verplaatsingen, 'behandelbeperking reanimeren' op 8 april 2014).

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat op de CT-scan van 10 april 2014 geen aanwijzing was voor een vaatprobleem, daarom werd de oorzaak van de bloeding (intermitterende hematurie) als een urologisch probleem beschouwd en was patiënt onder behandeling bij de urologen. Verweerder heeft patiënt na de ingreep nog wel gezien en gesproken, maar hij had geen tijd meer voor een gesprek met de familie en hem heeft vervolgens ook geen verzoek van de familie voor een gesprek bereikt. Verweerder betwist dat hij medebehandelaars onvoldoende heeft geïnformeerd. De nazorg was niet in handen van verweerder omdat patiënt kort na de ingreep onder verantwoordelijkheid van de cardioloog kwam en uiteindelijk werd geopereerd door de vaatchirurg.

DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Klaagster en haar kinderen hebben aangegeven dat zij wilden dat zorgverleners voor patiënt hun uiterste best deden om voor hem het hoogst haalbare op het gebied van de gezondheidszorg te bereiken. Het college heeft daar begrip voor. Wie zou dat niet willen voor zijn dierbare? Dat is echter niet de wijze waarop de individuele gezondheidszorg in Nederland is geregeld en waarop het handelen daarin tuchtrechtelijk wordt getoetst. Het college wijst er daarom in deze zaak met nadruk op, dat het er naar vaste rechtspraak bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen 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. Daarbij wijst het college erop dat het college bij de beoordeling van het handelen van verweerder de wetenschap van het verdere beloop buiten beschouwing dient te laten en dit handelen dient te beoordelen vanuit de wetenschap die verweerder op het moment van handelen had of zou kunnen hebben.

5.2

Verder stelt het college voorop dat in het tuchtrecht in beginsel uitsluitend het persoonlijk handelen of nalaten van een verweerder centraal staat. De klacht heeft hier en daar betrekking op organisatorische kwesties in het ziekenhuis, zoals bijvoorbeeld de vele overplaatsingen en wisselende bezoektijden. Bedacht dient te worden dat een ziekenhuis een uiterst complexe organisatie is waar een individuele zorgverlener in het algemeen

geen of nauwelijks invloed op heeft. Anders dan in het civiele recht of ingevolge de Wet kwaliteit klachten geschillen zorg (Wkkgz) kent het tuchtrecht dus in het algemeen niet (goed) de mogelijkheid om dergelijke - al dan niet terecht - organisatorische klachten via een aangeklaagde zorgverlener aan de orde te stellen.

5.3

Ten slotte wordt in zijn algemeenheid opgemerkt dat hetgeen in het patiëntendossier is genoteerd in beginsel voor juist wordt gehouden, tenzij aannemelijk is dat dit een onjuiste weergave vormt van hetgeen is gezegd of gedaan. Dit oordeel berust niet op het uitgangspunt dat het woord van de klaagster minder geloof verdient dan dat van de verweerder, maar op de omstandigheid dat indien klaagster en verweerder elkaar tegenspreken, het dossier het enige houvast is voor het college.

Betreffende de klachtonderdelen 3.a en 3.c

5.4

Het college bespreekt deze twee klachtonderdelen vanwege de samenhang gezamenlijk. Verweerder is bij de behandeling van patiënt betrokken op 2 mei 2014 toen E patiënt naar verweerder had doorverwezen voor een diagnostische URS. Als indicatie voor de operatie staat vermeld "*fistel natieve ureter rechts*". E had vooraf met verweerder overlegd over patiënt. Deze heeft besproken dat een uretero-aortale (iliacale) fistel niet was aangetoond. Verweerder heeft E gezegd dat er waarschijnlijk toch wel een fistel zou kunnen zijn, maar dat hij eerst ging kijken. Ter zitting heeft verweerder bevestigd dat dit overleg met E heeft plaatsgevonden.

Verweerder hield er dus serieus rekening mee (of moest daar serieus rekening mee houden) dat de mogelijkheid van een dergelijke fistel speelde. Verweerder heeft ter zitting verklaard dat hij kon inloggen in het dossier van het ziekenhuis in J, zodat het volledig medisch dossier van patiënt in J voor hem ter inzage aanwezig was. Het college gaat ervan uit dat verweerder ter voorbereiding op de ingreep van 2 mei 2014 dat dossier van het ziekenhuis in J ook heeft ingezien. Niet gesteld of gebleken is dat verweerder voorafgaand aan de ingreep een plan had besproken met een interventieradioloog en/of een vaatchirurg hoe te handelen indien daadwerkelijk een fistel zou worden gevonden. De stelling van verweerder dat een uretero-aortale (iliacale) fistel altijd door een interventieradioloog wordt behandeld deelt het college niet. Een dergelijke fistel kan ook behandeld worden (en wordt ook vaak behandeld) door een vaatchirurg.

Een iliaco-ureterale fistel is een dermate zeldzame en potentieel levensbedreigende bevinding dat, ingeval er een (verdenking op een) dergelijke aandoening aanwezig is, er reden is om voorafgaand aan een (diagnostische) ingreep een duidelijk diagnostisch en therapeutisch plan vast te stellen. Daarom had verweerder voorafgaand aan de ingreep moeten bespreken met een interventieradioloog en/of een vaatchirurg hoe te handelen bij het aantreffen van een fistel zodat deze zich daar op had(den) kunnen voorbereiden. Door pas *tijdens* de operatie, na het vinden van de fistel, de interventieradioloog erbij te betrekken, is deze radioloog mogelijk door verweerder voor een acuut therapeutisch dilemma gesteld. Dit dilemma zou mogelijk niet, althans niet zo acuut, aanwezig zijn geweest als voor de operatie een intercollegiaal overleg met betrokken specialisten (dat wil zeggen interventieradiologen en/of vaatchirurgen) had plaatsgevonden. De conclusie van het college is dat verweerder de diagnostische URS in die zin onvoldoende heeft voorbereid en in die zin is het eerste klachtonderdeel dan ook gegrond.

Betreffende klachtonderdeel 3.b

5.5

Verweerder verklaarde ter zitting dat hij na de ingreep bij patiënt langs is geweest en heeft uitgelegd welke ingreep was uitgevoerd. Volgens de verpleging zou patiënt daarvoor toen wakker genoeg zijn geweest, zo blijkt uit het dossier. Daarmee heeft verweerder aan zijn informatieverplichting voldaan. Het kan verweerder in tuchtrechtelijke zin niet worden verweten dat hij de familie verder niet persoonlijk heeft ingelicht, al begrijpt het college dat de familie dat wel gewaardeerd zou hebben. Dit klachtonderdeel slaagt derhalve niet.

Betreffende klachtonderdeel 3.d

5.6

Er was geen sprake van een patstelling, maar van een therapeutisch dilemma tussen urologie en cardiologie. De cardiale aandoening alsmede de urologische aandoening van patiënt waren beide potentieel levensbedreigend en de behandeling van beide aandoeningen hadden conflicterende overwegingen/belangen in zich. Het dilemma was dat patiënt vanwege de cardiale aandoening antistolling diende te krijgen en vanwege de urologische aandoening juist niet. Dat betekende dus dat er een therapeutisch acceptabele “middenweg” moest worden gevonden. Dat vereiste ingewikkeld interdisciplinair overleg, waarbij uiteindelijk ervoor is gekozen patiënt eerst cardiaal te behandelen. Dat verweerder in dit traject een verwijt treft, is niet gebleken. Er is immers een onderbouwd therapeutisch traject gestart, in overleg met betrokken disciplines.

De klacht betreffende de bereikbaarheid van verweerder kan bij gebrek aan feitelijke onderbouwing vanuit het dossier niet slagen.

Wat betreft de vele verhuizingen geldt dat patiënt in verband met cardiale klachten vrij snel na de operatie is overgenomen door de afdeling cardiologie. Deze overplaatsing was medisch geïndiceerd en kan verweerder geenszins verweten worden. De verhuizingen nadien hebben plaatsgevonden op afdelingen waar patiënt niet onder de verantwoordelijkheid van verweerder viel. Het college maakt overigens uit het dossier op dat alle overplaatsingen in het ziekenhuis daadwerkelijk een medische danwel verzorgingstechnische grondslag hebben (al dan niet op verzoek van patiënt of familie).

Ten slotte verwijt klaagster verweerder dat hij een behandelbeperking heeft afgesproken: ‘niet reanimeren’. Dit verwijt is gebaseerd op de notitie in het dossier: “*Behandelbeperking reanimeren*”. Dit verwijt berust op een misverstand. Deze notitie betekent namelijk juist niet dat patiënt niet gereanimeerd zou worden (indien nodig) maar juist dat dat wel zou gebeuren. Reeds daarom is dit verwijt ongegrond.

Indien en voor zover klaagster verweerder verwijt dat hij brandwonden bij patiënt heeft veroorzaakt, merkt het college op dat verweerder een endoscopische ingreep bij patiënt heeft uitgevoerd waarbij geen diathermie wordt gebruikt. Dat verweerder brandwonden heeft veroorzaakt is daarom niet aannemelijk, danwel praktisch uitgesloten.

De conclusie

5.7

De conclusie is dan ook dat de klacht in de in paragraaf 5.4 weergegeven zin gegrond is. Het college zal verweerder daarom een maatregel opleggen. Verweerder heeft zich naar het oordeel van het college onvoldoende voorbereid voor de diagnostische, dan wel therapeutische URS op de indicatie fistel natieve ureter rechts, bij patiënt op 2 mei 2014. Gegeven de zeldzaamheid en het potentieel levensbedreigende karakter van een dergelijke fistel had verweerder de ingreep multidisciplinair (interventieradiologie en/of vaatchirurgie) dienen voor te bereiden. De ingreep zelf heeft verweerder verder zorgvuldig uitgevoerd. Al met al acht het college, mede gezien het feit dat verweerder in zijn lange loopbaan niet eerder een geslaagde klacht tegen zich heeft gehad, de maatregel van waarschuwing nog passend.

6. DE BESLISSING

Het college:

- verklaart de klacht gedeeltelijk gegrond (als weergegeven in 5.4);
- waarschuwt verweerder ter zake daarvan;
- wijst de klacht voor het overige af.

Aldus gedaan door mr. A.L. Smit, voorzitter, mr. H.L. Wattel, lid-jurist, dr. W.F.R.M. Koch, dr. G.J.M. Akkersdijk en M.J. Nagelsmit, leden-arts, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 10 oktober 2017 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

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 klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;

c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de gelegenheid 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 Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.