

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2017.502

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2017.502 van:

A., wonende te B., appellante, klaagster in eerste aanleg,
gemachtigde: C. ,
tegen

F., uroloog, werkzaam te G./E. , verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. W.R. Kastelein, advocaat te Zwolle.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klaagster - heeft op 10 november 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te E. tegen F. - hierna de uroloog - een klacht ingediend. Bij beslissing van 10 oktober 2017, onder nummer 263/2015 heeft dat College de klacht afgewezen.

Klaagster is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De uroloog heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaak C2017.501, C2017.503, C2017.504, C2017.505, C2017.506, C2017.507, C2017.508, C2017.509, C2017.510, C2017.511 en C2017.512, behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 20 december 2018, waar is verschenen de uroloog, bijgestaan door mr. Kastelein. Klaagster is, hoewel behoorlijk opgeroepen, niet verschenen. Voor haar is verschenen haar gemachtigde.

De standpunten zijn over en weer toegelicht. Mr. Kastelein heeft dat gedaan aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.
“(...) 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 ileum-interpositie 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.

Verweerder kende patiënt in het verleden en zag hem, voor zover in deze zaak van belang, voor het eerst weer poliklinisch in het ziekenhuis te G. 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. Verweerder 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 verweerder 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.

Verweerder 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 nierfunctie (...) 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. Verweerder heeft de blaas gespoeld en een cystoscopie uitgevoerd, waarbij geen actieve bloeding werd waargenomen, wel een divertikel/urachus-cyste 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 was 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-gehalte 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. Verweerder 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 cystosco-

pie op 20 maart 2014 werd een afwijking op de linker zijwand van de blaas gezien die bloedde. Verweerder 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 (TURT, 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 TURT 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 verweerder, 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. Verweerder 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 PC (Packed Cells, 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. De 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 verweerder 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 en sprak een cystoscopie af. Tevens vroeg hij de internist in consult wegens de wekedelen-massa naast de aorta, zichtbaar op de CT van 10 april 2014. Op 11 april 2014 voerde hij een cystoscopie uit, die geen diagnose mogelijk maakte 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 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 verweerder 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 verweerder met patiënt besproken dat hij beter verder behandeld kon worden door uroloog H. te E.. In het EPD staat dat collega H. akkoord is, doch dat er in E. geen opname-mogelijkheid was 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 E. 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 E.. Patiënt kreeg de overdracht en de cd-rom mee naar huis.

Patiënt is vervolgens vijfmaal opgenomen geweest in E..

Opname 1 mei t/m 23 mei 2014

Op vrijdag 2 mei 2014 werd een (door verweerder met spoed geplande) diagnostische URS uitgevoerd door uroloog H.. Als operatie-indicatie is vermeld op het OK-verslag: "fistel native ureter rechts". In het verweerschrift van verweerder en H. is vermeld dat H. had laten weten aan verweerder 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. H. heeft vervolgens de interventieradioloog I. 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. H. heeft wel gesproken met de patiënt, niet met de familie. In de hierna-volgende 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 H. 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 de uroloog H., de vaatchirurg J. 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 G. 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 vaatchirurg 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 vaatchirurg op een termijn van twee weken, een afspraak voor een poliklinische PCI van de RCA over drie weken en een afspraak bij verweerder 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, 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 levens-bedreigend 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 vaatchirurg voerde 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. Het linkerbeen vertoonde na deze procedure geen tekenen van ischemie. Na de IC is patiënt op 31 mei 2014 tot zijn ontslag op 5 juni 2014 overgeplaatst naar de afdeling vaatchirurgie. Op 3 juni 2014 is verweerder langs geweest bij patiënt.

In het navolgende traject is tussen patiënt en zijn familie enerzijds en de vaatchirurg anderzijds de mogelijkheid besproken van een heroperatie van patiënt in verband met pijn- en functieklachten van het linkerbeen. De vaatchirurg achtte een operatie niet zinvol zolang er geen sprake was van ischemie. Uiteindelijk werd patiënt op 15 oktober 2014 weer opgenomen door de vaatchirurg 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 uitgewaaierd. Bij het mondeling vooronderzoek heeft klaagster desgevraagd te kennen gegeven dat de belangrijkste klachtonderdelen tegen verweerder luiden:

- a) dat het onderzoek naar de bloeding te lang heeft geduurd;*
- b) dat er te weinig bloedtransfusies hebben plaatsgevonden, waardoor er hartklachten ontstonden;*
- c) dat er geen echte second opinion heeft plaatsgevonden;*
- d) dat patiënt niet is doorgestuurd naar de juiste arts van een andere discipline (vaatchirurg);*
- e) dat hij niet vaak genoeg bij patiënt om de deur heeft gekeken.*

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat eerst de werkdiagnose urineweginfecties bij stricturen was, adequaat verholpen tot februari 2014. Het beeld bleef toen onduidelijk. Inderdaad is op basis van de CT-scan gecommuniceerd dat er zijns inziens geen fistel was, bij de ingreep in de nierleider werden geen afwijkingen gevonden en geen actieve bloeding, niet op 15 april 2014 of enig ander moment tot aan de verwijzing naar E.. Hierdoor is verweerder misleid. Mogelijk was de bloeding het gevolg van de vergrote prostaat, de plasbuisvernauwing of de infecties. De uiteindelijke diagnose (uretero-arteriele fistel) was een witte raaf, een dergelijke fistel komt bijna nooit voor. Een urethraplastiek was niet mogelijk voor de gehele plasbuis, een buikkatheter had als risico's infecties, darmperforatie en/of bloedingen. De fausse route was een complicatie en geen fout. Er is telkens bloed besteld zodra het Hb onder de 6,0 mmol/l kwam. Verweerder heeft geen verzoek om een second opinion van patiënt zelf ontvangen en hem die nooit ontzegd. H. is een van de urologen in Nederland die het beste de endoscopie van de hogere urinewegen beheerst. Er is geen vaatchirurg bij de operatie gevraagd omdat niet bekend was dat er sprake was van een fistel. Het is normaal dat de anesthesist bepaalt welke specialisten er verder bij moeten zijn. Dat verweerder pas na vier weken bij patiënt in E. langs is gegaan komt door de verdeling van de werkzaamheden, drukte op de dag zelf en vele noodzakelijke vergaderingen 's avonds.

5. 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 doeltreffend 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 klachtonderdeel 3.a

5.4.1

Verweerder was de behandelend uroloog van patiënt. Verweerder kende patiënt al langer maar verweerder zag hem, voor zover hier van belang, voor het eerst weer op 21 augustus 2013. Patiënt was toen 84 jaar en had een uitgebreide medische voorgeschiedenis zoals hiervoor beschreven. Hij bezocht verweerder in augustus 2013 in verband met recidiverende urineweginfecties. Bij onderzoek vond verweerder een vernauwing van de plasbuis (urethra). Een vernauwing van de plasbuis kan een verklaring zijn voor recidiverende urineweginfecties. Dit kon op zijn beurt de bloeding verklaren. Verweerder heeft op 18 september 2013 de plasbuis opgerekt. In de blaas vond verweerder bij cystoscopie geen afwijkingen. Patiënt heeft in de daaropvolgende periode steeds een dikkere katheter gekregen en op 17 oktober 2013 kon de katheter worden verwijderd. De urethra was weer goed doorgankelijk en er was geen bloed meer in de urine. Uit de notities die verweerder maakte van de poliklinische controles in november en december 2013 blijkt dat het (urologisch) goed ging met patiënt. Hij zou na drie maanden op controle komen maar deze afspraak werd ingehaald doordat patiënt zich op 5 februari 2014 meldde op de polikliniek bij verweerder vanwege hematurie. In feite brak hier een tweede periode aan van hematurie. De totale periode van relevante hematurie voor deze casus is dus beduidend korter dan door klaagster gesteld. Bij cystoscopie vond verweerder geen actief bloedingsfocus. Verweerder verklaarde ter zitting dat hij er daarom van uitging dat er sprake zou zijn van een prostaatbloeding. Het college kan verweerder daarin volgen. Bij onverklaarbare hematurie is het in de beroepsgroep gebruikelijk aan te nemen dat er sprake is van een prostaatbloeding, ongeacht of deze ook daadwerkelijk bij cystoscopie aantoonbaar is. Finasteride is daarvoor de aangewezen medicatie. En vanwege een positieve urinekweek kreeg patiënt antibiotica. Het college acht dit beleid juist.

5.4.2

Op 20 februari 2014 meldde patiënt zich weer met een hematurie met flinke stolsels. Patiënt kreeg een spoelkatheter en profylactisch antibiotica. Vanwege angineuze klachten werd patiënt tijdens deze opname twee dagen geobserveerd op de afdeling hartbewaking en heeft verweerder de internist in consult gevraagd. Meerdere specialisten keken dus mee naar patiënt. Op 25 februari 2014 was de urine helder en heeft een collega-uroloog in overleg met de cardioloog patiënt uit het ziekenhuis ontslagen. Het

beeld kon passen bij een prostaatbloeding en het urologisch beleid is derhalve verdedigbaar.

5.4.3

Op 19 maart 2014 kwam patiënt weer bij verweerder op de polikliniek met (veel) stolsels in de urine. Verweerder heeft patiënt laten opnemen, een spoelkatheter gegeven en de volgende dag een cystoscopie herhaald. Bij deze scopie zag verweerder een afwijking in de blaas die de bloedingsfocus zou kunnen zijn. Verweerder maakte daarop een afspraak om die afwijking (tumor) te verwijderen via de urethra: een transurethrale resectie van de tumor (TURT).

5.4.4

Deze ingreep vond een week later plaats. Vanwege de dunne blaaswand en een pulserende arterie achter de blaas nam verweerder alleen koude biopten af en coaguleerde hij de rest van de afwijking. Volgens het operatieverslag was de urine na 10 minuten spoelen weer helder en was er geen bloed meer in de urine. Uit onderzoek van de biopten bleek dat er geen sprake was van een kwaadaardigheid maar van een ontsteking met granulatieweefsel. Ook deze afwijking zou de bloeding kunnen verklaren. Patiënt kreeg na de TURT een spoelkatheter. Op 28 maart 2014 moest nog met de hand worden gespoeld vanwege stolsels. Op 30 maart 2014 kwamen er 's ochtends om 09.00 uur nog stolsels mee met de handspoeling maar 's middags was de urine helder. Urologisch gezien is rosé-kleurige urine namelijk als helder te benoemen. Patiënt kon daarom naar huis. Het college is van oordeel dat verweerder hiermee nog steeds adequaat en voldoende voortvarend heeft gehandeld.

5.4.5

Van 3 tot 6 april 2014 is patiënt in het ziekenhuis geweest in verband met cardiale klachten en hematurie. Verweerder is bij deze opname niet betrokken geweest. Wel hebben toen (wederom) andere specialisten meegekeken.

5.4.6

Op 8 april 2014 bleek er toch weer een actieve bloeding (hematurie) te zijn en is opnieuw actief gezocht naar het bloedingsfocus. Verweerder heeft in dit kader op 10 april 2014 een CT-scan laten maken. Verweerder noteerde dat hij op basis van de CT-scan geen aanwijzingen had voor een (uretero-arteriele) fistel. Dat betekent dat hij daar wel actief naar heeft gezocht. Daarna is verweerder enige tijd niet bij de behandeling betrokken geweest. Op 15 april 2014 is nogmaals een cystoscopie gedaan, nu door een collega van verweerder, waarbij een kleine bloeding werd gezien die werd gecoaguleerd. Vervolgens werd besloten tot een diagnostische URS. Daarbij kon evenmin een duidelijke bloedingsfocus worden gevonden.

5.4.7

Om de uitvaart van zijn broer te kunnen bijwonen is patiënt op 16 april 2014 in overleg met een collega van verweerder met ontslag gegaan. Hij werd op 18 april 2014 via de SEH weer opgenomen met flinke hematurie. Op eigen wens is patiënt op 20 april 2014 in overleg met een collega-uroloog weer naar huis gegaan.

5.4.8

Op 23 april 2014 kwam patiënt, nadat verweerder dus enige tijd niet bij de behandeling was betrokken, weer bij verweerder op de polikliniek met hematurie. Verweerder heeft toen meteen met patiënt besproken dat hij het beter vond dat patiënt verder behandeld zou worden door de uroloog H. in E. in verband met diens specialisatie in de endoscopische chirurgie. Verweerder heeft de behandeling van patiënt overgedragen aan H. en overleg gehad met H.. Hij heeft met H. besproken dat hij aan de mogelijkheid van een fistel had gedacht, maar dat hij die niet had kunnen vinden. H. achtte een fistel

toch wel mogelijk. Verweerder heeft er door middel van een spoedplaatsing voor gezorgd dat patiënt op 2 mei 2014 door H. kon worden behandeld. Deze voerde een diagnostische URS uit. Bij deze ingreep heeft H. uiteindelijk toch een iliaco-ureterale fistel gevonden die door de interventieradioloog is behandeld (gecoïld).

5.4.9

Samenvattend met betrekking tot het eerste klachtonderdeel: in de periode augustus tot en met december 2013 leek de behandeling van verweerder succesvol. Zijn diagnose urineweginfectie bij pre-existente urethrastricturen is begrijpelijk. Verweerder heeft vervolgens, bij de tweede episode van hematurie vanaf begin februari 2014, steeds gezocht naar de oorzaak van de hematurie en vond telkens een plausibele verklaring voor de bloedingen. Achteraf gezien bleek de door verweerder gehanteerde waarschijnlijkheidsdiagnose toch niet de oorzaak van de bloeding. Die (de uiteindelijk gediagnosticeerde iliaco-ureterale fistel) heeft verweerder, ondanks dat hij daarnaar heeft gezocht, niet gevonden. Daarbij dient bedacht te worden dat patiënt vanwege zijn cardiale problemen antistolling gebruikte en bloedingen heviger konden zijn, en deze bloedingen tevens intermitterend waren (dus niet steeds optredend). Na enige tijd niet bij de behandeling te zijn betrokken heeft verweerder medio april 2014, toen nog geen oorzaak voor de intermitterende hematurie was gevonden en de opties uitgeput leken, patiënt doorverwezen naar een meer gespecialiseerde collega, namelijk collega H.. Verweerder heeft ervoor gezorgd dat de verwijzing op korte termijn werd gerealiseerd, ondanks de praktische beperkingen die er waren. Al met al was het voor verweerder, doordat nauwelijks een actieve bloeding werd gezien en er telkens goede verklaringen waren voor de bloedingen, lastig om de echte oorzaak van de hematurie te vinden. De conclusie van het college is dan ook dat het handelen van verweerder de in rubriek 5.1 van deze beslissing weergegeven toets doorstaat. Het eerste klachtonderdeel slaagt dus niet. Betreffende klachtonderdeel 3.b

5.5

Wat betreft dit klachtonderdeel, het verwijt dat er te weinig bloedtransfusies hebben plaatsgevonden waardoor hartklachten ontstonden, overweegt het college het volgende. Het Hb-gehalte van patiënt heeft voortdurend de aandacht gehad, ook van andere specialisten (bijvoorbeeld de cardioloog) en patiënt heeft ongeveer negen keer een bloedtransfusie gekregen. Dat patiënt op een bepaald moment een bloedtransfusie had moeten krijgen en verweerder dat niet heeft gedaan is het college niet gebleken. Dat er bij tijd en wijle een (wat) lager Hb dan 6 mmol/liter is geweest zonder dat verweerder zelf een andere specialist in consult heeft geroepen (er hebben wel op meerdere momenten andere specialisten meegekeken) acht het college te billijken, gegeven het feit dat bij patiënten met een nierinsufficiëntie een lager Hb-gehalte acceptabel is dan bij andere patiënten. Ook dit klachtonderdeel slaagt daarom niet.

Betreffende klachtonderdeel 3.c

5.6

Patiënt is in overleg naar een meer gespecialiseerde uroloog (H.) doorverwezen. Het college acht deze verwijzing en de daaruit volgende overname van de behandeling juist. Dat dit niet de second opinion in een ander ziekenhuis was die patiënt zou hebben gewild heeft het college niet kunnen vaststellen. Dit klachtonderdeel is daarom eveneens ongegrond.

Betreffende klachtonderdeel 3.d

5.7

Het was terecht dat verweerder patiënt heeft doorverwezen naar een meer gespecialiseerde uroloog. Dat was een juiste verwijzing. Deze meer gespecialiseerde uroloog

heeft vervolgens de beslissing genomen een interventieradioloog bij de behandeling van patiënt te betrekken. Verweerder kan daarvan geen verwijt worden gemaakt.

Betreffende klachtonderdeel 3.e

5.8

Betreffende het laatste klachtonderdeel overweegt het college het volgende. Verweerder heeft na de doorverwijzing naar zijn collega H. geen bemoeienis meer gehad bij de behandeling van klager. Voor verweerder was er dan ook geen verplichting om bij patiënt langs te gaan in het ziekenhuis in E.. Ook dit klachtonderdeel kan daarom niet slagen. Dat verweerder patiënt later nog wel heeft bezocht siert hem.

De conclusie

5.9

De eindconclusie van het college is dan ook dat de klacht in al zijn onderdelen ongegrond is. (...)

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

3.1 Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg onder het kopje “2. DE FEITEN”.

3.2 Aan de door klaagster voorgestelde wijzigingen en/of aanvullingen van de feiten wordt voorbijgegaan, nu het aan het Centraal Tuchtcollege is om te bepalen welke feiten voor de beoordeling van het voorliggende geschil van belang zijn.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 In beroep heeft klaagster haar klacht herhaald en nader toegelicht.

4.2 De uroloog heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 In beroep zijn de schriftelijke klachten over het beroepsmatig handelen van de uroloog nog een keer aan de tuchtrechter ter beoordeling voorgelegd. Het Centraal Tuchtcollege heeft kennisgenomen van de inhoud van die in eerste aanleg geformuleerde klachten en het daarover in eerste aanleg door partijen schriftelijk en mondeling gevoerde debat. Het door het Regionaal Tuchtcollege gevormde zaaksdossier is aan het Centraal Tuchtcollege gestuurd.

4.4 In beroep is het debat door partijen schriftelijk nog een keer gevoerd, waarbij door ieder van hen standpunten zijn ingenomen naar aanleiding van de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten en de door dat College gegeven beschouwingen en beslissingen. Tijdens de mondelinge behandeling op 20 december 2018 is dat debat voortgezet.

4.5 Het beraad in raadkamer na de behandeling in beroep heeft 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, zodat het beroep moet worden verworpen.

4.6 Bij deze stand van zaken behoeft de vraag of klaagster in haar beroep klachten tegen de uroloog heeft geformuleerd, die niet in eerste aanleg aan het Regionaal Tuchtcollege zijn voorgelegd, en de daarmee samenhangende vraag of deze klachten al dan niet buiten beschouwing moeten worden gelaten, geen verdere beoordeling meer. Hetgeen partijen in dat kader nog naar voren hebben gebracht kan buiten beschouwing blijven, omdat dit niet van belang is voor de beslissing in deze zaak.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: E.J. van Sandick, voorzitter, R.A. van der Pol en R. Veldhuisen, leden-juristen en W.J.B. Mastboom en R.C.M. Pelger, leden-beroepsgenoten en J.S. Heidstra, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 24 januari 2019.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.