

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2017.512

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2017.512 van:

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

tegen

N., cardioloog, werkzaam te O., verweerder in beide instanties,

gemachtigde: mr. F. van Woerden-Poppe, verbonden aan de stichting VvAA Rechtsbijstand te Utrecht.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klaagster - heeft op 10 november 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen N. - hierna de cardioloog - een klacht ingediend. Bij beslissing van 10 oktober 2017, onder nummer 273/2015, heeft dat College de klacht afgewezen.

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

De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaak C2017.501, C2017.502, C2017.503, C2017.504, C2017.505, C2017.506, C2017.507, C2017.508, C2017.509, C2017.510 en C2017.511, behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 20 december 2018, waar is verschenen de cardioloog, bijgestaan door mr. Van Woerden-Poppe. Klaagster is, hoewel behoorlijk opgeroepen, niet verschenen. Voor haar is verschenen haar gemachtigde. De standpunten zijn over en weer toegelicht.

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.

Uroloog F. 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. F. 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 F. 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.

F. 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. F. heeft de blaas gespoeld en een cystoscopie uitgevoerd, waarbij geen actieve bloeding werd waargenomen, wel een divertikel/urachusyste 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 en 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 F. met hematurie en bloedstolsels. Hij had tussendoor ook angineuze klachten gehad, waarvoor hij nitroglycerine had gebruikt. F. plaatste een spoelkatheter nadat hij de urethra had opgerekt en nam patiënt op in het ziekenhuis alwaar de urine door continue 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. F. heeft tevens in de neo(ileum)ureter gekeken, voor zover mogelijk, en een rustig beeld gezien. F. 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 F., die concludeerde dat de geplande ingreep gewoon door kon gaan. F. 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. F. besloot vanwege de dunne blaaswand en een pulserende arterie achter de blaas alleen koude bipten 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 F. 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 werd melding gemaakt van een wel-reanimeren-beleid. Na opname met starten blaasspoeling was de urine vrij snel helder. Op 9 april 2014 schreef F. 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 hij de internist in consult wegens de wekedelen-massa naast de aorta zichtbaar op de CT-scan 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 gecoagu-

leerd. 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 wordt 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 F. 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 in G. met een spoelkatheter. Op dezelfde dag is door F. 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 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 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 F. 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 F. en H. is vermeld dat H. had laten weten aan F. 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 interventie-radioloog 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 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 onder supervisie van verweerder. Verweerder is algemeen cardioloog, de hierna te noemen invasieve ingrepen zijn uitgevoerd door een interventiecardioloog. 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 stabili-

satie; 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, afspraak voor een poliklinische PCI van de RCA over drie weken en een afspraak bij F. 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 27 mei 2014 vond een familiegesprek plaats met de zaalarts en aansluitend met een cardioloog. Op 28 mei 2014 is patiënt overgeplaatst naar de intensive care afdeling en vandaar op 29 mei 2014 naar de afdeling urologie. 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, te zien op een CT-scan met contrast) 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. Vaatchirurg J. heeft de opties besproken met de familie. De familie gaf aan dat zij 'het onderste uit de kast wilde'. J. heeft genoteerd dat is gekozen voor een endovasculaire ingreep en dat de familie is ingelicht over de risico's ten aanzien van eventuele occlusie van de gecoverde stent. De ingreep werd uitgevoerd door vaatchirurg K. die dienst had op de OK. Na afloop heeft de familie tekst en uitleg gekregen. 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 vaatchirurgie. Op 3 juni 2014 is F. langs geweest bij patiënt. Ook op 3 juni 2014 had K. een gesprek met de familie, waarin hij geconfronteerd werd met hun ongenoegen over het beloop van de behandeling tot de operatie. K. wierp zich, naar hij ter zitting heeft aangegeven, op als hoofdbehandelaar en aanspreekpunt voor de familie.

Opname 24 t/m 26 juni 2014

Van 24 tot en met 26 juni 2014 is patiënt opgenomen geweest in verband met een dotterprocedure (PCI).

Opname 16 t/m 18 juli 2014

Op 16 juli 2014 zag K. patiënt poliklinisch. Hij besprak met patiënt en de familie de (on)mogelijkheid van verdere behandelopties. Patiënt gaf aan toenemende pijn te hebben, voornamelijk in zijn linker bovenbeen na 10 à 20 meter lopen, maar geen pijn in rust of 's nachts. Aansluitend werd patiënt gepland opgenomen voor een CT-scan ter controle na het plaatsen van de endoprothese. De familie gaf bij opname aan dat ze ontevreden waren over de behandeling, het was een slecht ziekenhuis, ze hadden de afspraak bij uroloog H. geannuleerd en patiënt zou te zijner tijd weer naar uroloog F. in G. gaan. Op de CT-scan werd een vochtcollectie rond de broekprothese gezien. Een verpleegkundige besprak op 17 juli 2014 met patiënt, die, zo noteerde deze, het erg moeilijk had, dat vervanging van de kunststofprothese door een andere kunststofprothese niet mogelijk was in verband met de grote kans op een nieuwe infectie, dat vervanging door eigen aderen lastig was gezien de grootte van de ingreep en de bestaande comorbiditeit en dat de artsen volgende week weer in gesprek zouden gaan over de mogelijkheden.

K. besprak de uitslag van de CT-scan tijdens een poliklinisch consult op 29 juli 2014 met patiënt en de familie. Ter zitting heeft hij beaamd dat zijn informatie als strekking had, zoals door klaagster gesteld, dat herstelbegeleiding in de vorm van looptraining niet zinvol was en patiënt een grote operatie, zoals een nieuwe broekprothese, niet zou overleven; een cross-over-bypass van de rechter naar de linkerlies was een technische optie bij kritieke ischemie van het linker been, waarvan op dat moment geen sprake was. Hij liet nog weten verder overleg te zullen hebben met de vaatchirurgen, naar zijn zeggen ter zitting omdat het voorafgaande vaatoverleg niet was doorgegaan.

K. heeft bij verweerschrift aangegeven (het werd niet genoteerd) dat hij met de vaatchirurgen de opties besprak:

- verwijderen broekprothese en nieuwe reconstructie met eigen aders, de zogenaamde Nevelsteenprocedure;
- nieuwe reconstructie met kunststofprothese van zilver gedrenkt in antibioticum;
- reconstructie met extra-anatomische omleiding, axillo-bifemorale bifurcatie prothese om zijn (waarschijnlijk) geïnfecteerde broekprothese te vervangen.

Deze operaties werden in verband met de belasting en de ernstige comorbiditeit op dat moment niet zinvol geacht. Het afwachtende beleid besprak hij, zoals in het eerdere familiegesprek toegezegd, op 5 augustus 2014 met een van de dochters. Hij noteerde dat patiënt niet in aanmerking kwam voor chirurgische interventie gezien comorbiditeit c.q. leeftijd.

Een positieve urinekweek leidde in overleg met een microbioloog tot een antibioticum en een antischimmelmiddel.

Op 28 augustus 2014 werd vaatchirurg J. tijdens vakantie van K. gebeld door een van de dochters in verband met zorgen over de slechte nierfunctie van patiënt. Hij heeft daarop een poliklinische afspraak geregeld bij de nefroloog, die plaatsvond op 17 september 2014.

Op 17 september 2014 zag K. patiënt weer op de polikliniek. Genoteerd werd dat deze geen koorts had, geen nacht-rustpijn en geen wonden. De loopafstand was nog steeds 20 meter. K. legde met betrekking tot diverse ingrepen de risico's uit, zowel cardiaal als wat betreft infectie vanuit de naar het kleine bekken uitbreidende vochtcollectie bij

de broekprothese. K. noteerde dat revascularisatie pas bij een kritieke ischemie aan de orde zou komen.

Opname 15 oktober t/m 31 oktober 2014

Op 15 oktober 2014 werd patiënt na poliklinisch bezoek bij K. opgenomen op de afdeling chirurgie vanwege algehele malaise bij een geïnfecteerde broekprothese. Nogmaals werd aan de radioloog gevraagd of de vochtcollectie rond de broekprothese, gezien op de CT-scan van 17 juli 2014, kon worden gedraineerd. Dat bleek niet het geval. K. was met vakantie van 18 tot 26 oktober 2014. Op

18 oktober 2014 beoordeelde J. de linkerlies/het linkerbeen, op 28 en

29 oktober 2014 heeft een arts-assistent bij lichamelijk onderzoek de extremiteiten beschreven, op 28 oktober 2014 noteerde zij dat er sprake was van een licht pitting oedeem rond de enkel, op 29 oktober 2014 dat er bij de extremiteiten geen sprake was van pitting beiderzijds.

Op maandag 20 oktober 2014 noteerde verpleegkundig specialist L. onder meer:

“duplex 20/10

Geen vochtcollectie direct rondom prothese en natieve arteriën. Wel links in de lies/buik een forse structuur, deels echorijk. Eindprothese, geen endoleak gelokaliseerd.”

Tevens hield L. die dag een familiegesprek, waarvan een uitgebreid verslag in het dossier is gemaakt. Uitgelegd is dat het eerder met de familie besproken terughoudende beleid ten aanzien van operatieve ingrepen nog steeds gold. De kans was groot dat er sprake was van een infectie/abces omdat een vochtcollectie werd gezien rond de prothese, waarvan de linkerpoot dicht zat. Naast behandeling met antibiotica waren er waarschijnlijk geen behandelmogelijkheden meer. Woensdag zou patiënt weer worden besproken in het overleg van de vaatchirurgen, waarna een gesprek met de hoofdbehandelaar zou plaatsvinden. Nagedacht moest worden over de te nemen vervolgstappen. L. gaf te kennen dat het lichaam ziek was, het was op. De familie kon moeilijk accepteren dat patiënt zo achteruit was gegaan. Besproken werd of patiënt gereanimeerd wilde worden, waarna L. “niet-reanimeren” noteerde in het dossier.

Op 21 oktober 2014 lichtte L. een dochter in over de stand van zaken. Inmiddels belden de kinderen één à twee keer per nacht met de verpleging, naar zij in deze procedure hebben aangegeven om te bewerkstelligen dat patiënt extra aandacht kreeg.

Verpleegkundig specialist M. noteerde op 22 oktober 2014 onder meer “Contact diëtiste à start sondevoeding?”. Op deze dag vond ook het vaatchirurgisch overleg plaats.

Op 23 oktober 2014 vond op afspraak een familiegesprek plaats. In het dossier is genoteerd:

“23/10 gesprek [vaatchirurg J., verpleegkundig specialist M., RTC], familie:

Zeer uitgebreid met familie gesproken. 2 dochters en echtgenote, Verpleging en [verpleegkundig specialist M., RTC]. Besproken is, dat er een zeer moeilijk behandelbare situatie is. Deze bestaat uit een vrijwel zeker geïnfecteerde bifurcatie prothese en een grote vocht collectie In het L bekkengebied en een preterninale nierinsuff.

De vochtcollectie is vrijwel zeker een abces.

Het prothese infect zou idealiter operatief behandeld dienen te worden.

Dit is echter gezien de nierfie, cardiale situatie, abces, eerdere operaties en leeftijd geen haalbare kaart. de andere optie is een conservatieve, waarbij adequate pijnstilling wordt gegeven, met antibiotica. Dan zal geevalueerd worden in hoeverre dit in de thuis situatie zou kunnen. Familie van patient is zeer boos en gefrustreerd. 1 dochter stelt, dat zij hoopt, dat ik dit niet ook mee zal maken in

mijn eigen familie. Daarbij stelt ze het ziekenhuis hiervoor aansprakelijk te gaan stellen en het dossier op te willen gaan vragen. Hiervoor bieden we haar aan dit via de vertrouwens functionaris van het ziekenhuis dit te doen, aangezien hier regels voor zijn. Het is echter mogelijk om dit op te vragen en in te zien.”

In het weekend van 25/26 oktober 2014 had vaatchirurg D. dienst. Gevraagd werd door de verpleging aan D. of het niet handig was om zondag al te starten met sondevoeding. Een verpleegkundige tekende aan dat D. te kennen gaf geen sondevoeding te starten omdat er dan tegenstrijdige signalen werden gegeven richting de familie.

Op 28 oktober 2014 werd genoteerd:

“notitie familiegesprek [vaatchirurg K., verpleegkundig specialist L. en een verpleegkundige, RTC]:

Om dhr open te opereren om het abces weg te halen is geen optie, het is geen oplossing, want het komt terug.

Opereren technisch mogelijk, maar zeer hoog risico, vanwege slecht hart en nieren. meidsch niet zinvol

Draineren is ook geen optie, abces ligt te diep.

Aanprikken met drain is niet mogelijk ivm het diep liggen van het abces, dan is darmperforatie een groot risico. Het is niet duidelijk waar de bacterie weg komt, vanuit de blaas of vanaf de prothese.

Fam spreekt hun ongenoegen uit over het feit dat ze het gevoel hebben dat er niet geluisterd is naar hun, dhr was eerst bij de uroloog, daarna naar de cardioloog, totdat hij de grote bloeding kreeg en de vaatchirurg erbij kwam. Dr. K. geeft aan dat hij daar moeilijk over kan oordelen. Gaat over periode tussen februari en mei dit jaar.

Dr. K. geeft aan dat als het anders was gelopen, niet acuut, had hij dezelfde beslissing genomen die nu genomen zijn.

Blaasontsteking/UWI: Daar is de uroloog bij in consult geweest voor overleg over het beleid.

Voor specifieke zaken over dialyse moet fam zijn bij de nefroloog.

Fam twijfelt aan de juistheid van de antwoorden van dhr tegen de dokters en vpk. De dokter spreekt uit dat de familie niet alleen niet wantrouwend moet zijn naar de artsen en vpk, we willen ook goede zorg voor dhr.

Fam vraagt naar prognose, dit ligt aan of dhr voeding tot zich wil nemen en vocht.

Fam heeft geen gelijke mening over het feit of dhr nog wil leven of niet.

Als dhr geen voeding/ vocht krijgt zal de nierfunctie snel verslechteren. En dhr zal dan komen te overlijden. Er wordt per moment gekeken of dhr pijnstilling nodig heeft.

Het is belangrijkste is dat dhr zelf aangeeft wat kwaliteit van leven is voor hem. En of hij nog verder behandeld wil worden.

Aan het eind van het gesprek begrijpt de fam redelijk goed hoe het er nu voor staat. Fam wil graag meer bij dhr zijn, dit aangegeven dat dat zeker kan.

Optie om palliatief vpk erbij te vragen wordt vanavond door vpk besproken.

Kortom, geen therapeutische opties. Wil van patiënt staat voorop. Beleid vooral gericht op comfort.

Opties om AS en infuus te stoppen zijn besproken,

Familie moet het allemaal even laten bezinkingen, maar lijken reëel.”

Ook op 28 oktober 2014 werd in de verpleegkundige aantekeningen genoteerd door een in consult geroepen logopediste dat er zeker een indicatie was om herstart van sondevoeding te bespreken met arts en familie.

Op 29 oktober 2014 noteerde de palliatief verpleegkundige:

“onmacht bij familie. Familie kan niet bevatten dat patient binnen 2 weken tijd zo hard achteruit is gegaan. Patient was altijd de stuwende kracht in het gezin, eiste nooit iets voor zichzelf, had altijd aandacht voor gezin. Dochters hebben het moeilijk met de onluistering: het verlies van zelfstandigheid en regie, dragen van incontinentiemateriaal (fam. begrijpt de noodzaak hiervan).

Dochters hebben moeite met het fysiek en mentaal zien lijden van patient.

Uitleg begrip palliatieve zorg en de doelen binnen palliatieve zorg, het behandelen van symptomen en het streven naar comfort voor de patient. Uitgebreid gesproken over de zorgmogelijkheden na ontslag.

Pat. heeft aangegeven aan echtgenote en dochters het liefst naar huis te willen. De belofte mbt ontslag naar huis, die gedaan is aan patient, geeft voor enkele familieleden druk (belofte maakt schuld). Hoewel de dochters en echtgenote de wens van patient graag in vervulling' willen laten gaan wordt in alle openheid gesproken over de draagkracht van de familieleden. Echtgenote wil liever geen hulp van de thuiszorg. Gezien de afnemende draagkracht van een aantal dochters is ondersteuning van de thuiszorg wenselijk om de zorg thuis vol te kunnen houden. Palliatieve unit is voor familie voorlopig geen optie.

Er waren vragen t.a.v. calamiteiten thuis en wie dan te bellen.”

De palliatief verpleegkundige adviseerde familiebeeraad over ontslag en inzet van thuiszorg en een gesprek met de huisarts om afspraken te maken.

Op 30 oktober 2014 noteerde een verpleegkundige:

“Soc: Familie had een zeer fijn, open en duidelijk gesprek gehad met M.. Waren hier erg te spreken over en waardeerde dit enorm. Dit had als resultaat dat de familie een duidelijker beeld had over de situatie en ze besloten hadden om vannacht bij dhr te blijven. Familie was begripvol. Vinden het heel fijn dat dhr naar huis komt en kan. Maar willen hem vannacht niet alleen laten omdat ze de ernst nu inzien.

Voor het ontslag het volgende al geregeld.

- De overdracht is klaar en uitgeprint en gemaild.*
- uitvoeringsverzoek getekend.*
- Een tas gemaakt met incos, celstof matjes en swabs voor de mond.*
- Hier ook een verband recept voor gemaakt.*
- De medicijnen zijn allemaal gestopt kreeg ik mondeling door van M.. in eridanos is dit nog niet verwerkt.*

Dhr is niet meer in staat deze “veilig” in te kunnen nemen. De AS wordt morgen overlegd of deze mee naar huis gaat. Wel gaat dhr morgenvroeg voor het plaatsen van een LF infuus. Dit heeft M. allemaal al geregeld.

Familie wil dit graag. Cad blijft ook in.”

Op 31 oktober 2014 ging patiënt met ontslag. Toen M. op 6 november 2014 belde met de familie, vernam zij dat patiënt enige dagen tevoren was overleden. De familie was boos en gefrustreerd en wilde te zijner tijd een gesprek hierover. M. achtte dit begrijpelijk en liet het initiatief hierover bij de familie.

Op 24 november 2015 is genoteerd:

“Casus besproken in complicatie bespreking op 24-11-15

Aanwezig:

D., J. K..

- Terugkijkend centrale reconstructie geen optie gezien de nierfx, cardiale situatie (recent infarcten), abces, eerdere operaties

- Retrospectie wordt revasc linker been (crossover of ax-fem) risico hoog
Ingeschat (infectie)

- Looptraining bij 20 m lopen niet zinvol".

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) het grote aantal overplaatsingen gedurende de opname van patiënt (wel meer dan 20);

b) dat de zorg van die afdeling niet goed was georganiseerd, de registratie was belangrijker dan het leven van de patiënt, zo heeft een verpleegkundige opgemerkt dat patiënt geen Nitrospray had mogen gebruiken voordat registratie had plaatsgevonden en werd hem voortdurend gevraagd of hij gereanimeerd wilde worden;

c) het onvolledige medisch dossier, anders hadden ze geweten dat de katheterisatie niet via de lies kon;

d) dat de pijnschaal niet goed is bijgehouden.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij als algemeen cardioloog supervisor was van de afdeling cardiologie. Invasieve interventies als het dotteren en de katheterisatie werden verricht door interventiecardiologen en niet door hem. Behalve overleg met de interventiecardioloog heeft er vanwege de complexe situatie diverse malen overleg plaatsgevonden, in het vaatteam, met de uroloog, de nefroloog en de vaatchirurg. Hij is betrokken geweest bij patiënt tijdens de opname van 3 tot en met 23 mei 2014 en niet bij de daarop volgende opname. Verplaatsing vond deels plaats op medische indicatie en deels op verzoek van de familie. Verweerder was slechts zeer ten dele verantwoordelijk voor verplaatsingen. Hij kan niet tuchtrechtelijk verantwoordelijk worden gehouden voor het handelen van anderen ter zake de verplaatsingen, de registratie en het vermeende onvolledige dossier. Wat het reanimatiebeleid betreft geldt, dat bij iedere nieuwe opname en elke duidelijke verandering van de medische situatie het reanimatiebeleid wordt besproken.

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 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.

klachtonderdeel 3.a

5.3

Uitgangspunt is 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 niet 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 de mogelijkheid om dergelijke - al dan niet terechte - organisatorische klachten doeltreffend via een aangeklaagde zorgverlener aan de orde te stellen. Ten aanzien van de vele verplaatsingen van patiënt merkt het college nog het volgende op. Een deel van de door de familie getelde overplaatsingen vond plaats tijdens de opname van 24 mei tot en met 5 juni 2014, toen verweerder niet verantwoordelijk was voor de opname op de afdeling cardiologie. Het is zeer voorstelbaar dat dit voor zowel patiënt als de familie zeer belastend is geweest. Maar verweerder heeft gelijk, als hij stelt dat dit deels onvermijdelijk was door de complexe problematiek van patiënt waarbij dan weer de urologisch, dan weer de vaatchirurgische en dan weer de cardiologische problematiek op de voorgrond kwam te staan, terwijl er ook nog verplaatsingen waren naar en van de afdelingen hartbewaking en Intensive Care. Deels had dit ook te maken met de wens dat patiënt op een eenpersoonskamer werd verpleegd. Ten slotte zullen er ongetwijfeld verplaatsingen zijn geweest omdat patiënt wegens plaatsgebrek eerst op een minder geschikte kamer was ondergebracht. Dit alles is echter niet altijd te vermijden en kan in elk geval niet leiden tot een geslaagd tuchtrechtelijk verwijt aan verweerder.

klachtonderdeel 3.b

5.4

Het college kan zich voorstellen dat het vreemd is overgekomen dat de verpleging eerst een ECG-registratie wilde maken voordat patiënt zijn Nitrospray onder de tong nam. Toch is het nu eenmaal zo dat op een afdeling cardiologie (diagnostische) registraties van groot belang zijn en de verpleging heeft in dit geval volgens de in de cardiologische zorg gebruikelijke instructies gehandeld.

Ten aanzien van het reanimeerbeleid wordt het volgende overwogen.

Ten eerste is er mogelijk sprake van een verkeerde interpretatie door klaagster van de in het dossier voorkomende woorden 'Behandelbeperking reanimeren'. Klaagster lijkt dit te interpreteren als gold er dan een beleid om beperkt of zelfs niet te reanimeren. Dit echter ten onrechte. Het vaste kopje 'Behandelbeperking' in het dossier dient te worden ingevuld, en als daarachter "reanimeren" is ingevuld dan betekent dit dat patiënt wel wenst te worden gereanimeerd. Zonder enige beperking dus. Naar het college heeft

kunnen nagaan, is in het dossier telkens vermeld dat patiënt wenste te worden gereanimeerd totdat dit in het gesprek van 20 oktober 2014 werd gewijzigd. Dit is, naast de verslaglegging van het gesprek, voor de snelle vindbaarheid in acute situaties aangekend op de eerste pagina van het Zorgrapport met betrekking tot de opname beginnend op 15 oktober 2014, maar het is aannemelijk dat dit niet al op die datum maar eerst naar aanleiding van het genoemde gesprek is gewijzigd. Waar klaagster stelt dat herhaalde malen in het dossier het beleid is gewijzigd van wel in niet reanimeren, heeft het college dat in het overgelegde dossier niet aangetroffen terwijl klaagster - hoewel daartoe in de gelegenheid gesteld - die stelling verder niet heeft onderbouwd. Ten tweede heeft klaagster erop gewezen dat patiënt telkens, soms wel meerdere keren per dag, werd lastiggevallen met de vraag of hij wenste te worden gereanimeerd. In het dossier is het niet terug te vinden, maar het college kan niet uitsluiten dat dit het geval is geweest. Op zichzelf was het stellen van deze vraag niet ongerechtvaardigd bij een patiënt met een leeftijd, een comorbiditeit, een verslechterend ziektebeloop en bij tijd en wijle instabiele situatie als hier het geval. Niettemin heeft klaagster, als het zo is gegaan als patiënt haar naar haar zeggen heeft laten weten, wel een punt. Er gelden weliswaar instructies om bij een nieuwe opname of verandering van de situatie de reanimeervraag te stellen, maar dat neemt niet weg dat daar bij een patiënt als hier, die telkens met korte tussenpozen werd opgenomen, meer terughoudend mee kan worden omgegaan (zie bij voorbeeld het artikel van mr. A.C. Hendriks in NTvG 15 juni 2017). Een ontwikkeling naar meer terughoudendheid is wellicht gaande, maar dat betekent nog niet dat gesproken kan worden van tuchtrechtelijke overschrijding van een duidelijke norm op dit punt, en in ieder geval niet door verweerder.

klachtonderdeel 3.c

5.5

Dit gaat, naar het college begrijpt, om de katheterisatie op 13 mei 2014. Volgens klaagster is eerst vergeefs gepoogd te puncteren via de lies, waardoor er een enorme bult is ontstaan, terwijl men kon weten dat katheterisatie via de lies bij de patiënt niet mogelijk was. Voorop staat dat niet verweerder maar de interventiecardioloog deze ingreep heeft verricht. Hoe deze ingreep precies is verricht en of er een bult is ontstaan is niet in het dossier terug te vinden, maar dat is verweerder niet aan te rekenen omdat deze niet bij de ingreep betrokken was. Hetgeen klaagster in dit klachtonderdeel feitelijk stelt is dus niet te traceren in het dossier, maar het college heeft geen reden te twifelen aan hetgeen klaagster op dit onderdeel naar voren heeft gebracht. Hiervan uitgaande geldt het volgende. Het is primair de verantwoordelijkheid van de operateur om zich te oriënteren op de meest aangewezen plek om te puncteren, verweerder was echter mede verantwoordelijk om de operateur van de juiste informatie te voorzien via zijn aanvraag. Hij heeft deze desgevraagd niet kunnen produceren, maar heeft ter zitting uitgelegd dat dergelijke ingrepen digitaal worden aangevraagd en het systeem dan automatisch de voor de operateur benodigde gegevens importeert. Het college acht dit aannemelijk en kan op basis daarvan de klacht, dat de informatieverstrekking rond de ingreep via het dossier onvolledig was, niet feitelijk vaststellen en dus niet gegrond verklaren.

klachtonderdeel 3.d

5.6

Over het bijhouden van de pijnschaal kan het college kort zijn. Het bijhouden van die schaal is minder relevant bij een patiënt met angina pectoris en is overigens een zaak van de verpleging. In afwijking van hetgeen klaagster stelt, is overigens in het dossier

terug te vinden dat de score regelmatig is bijgehouden. Ook dit klachtonderdeel is dus niet gegrond.

de conclusie

5.7

Uit het voorgaande volgt dat de klacht in alle onderdelen ongegrond is en dus moet worden afgewezen. (...)

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 cardioloog 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 cardioloog 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 Ten overvloede overweegt het Centraal Tuchtcollege dat bij deze stand van zaken de vraag of klaagster in haar beroep klachten tegen de cardioloog 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 behoeft. 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.

