



NIET -
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/
AFGEWEZEN

Palliatieve sedatie blijft een medische handeling

Enige tijd geleden was er ophef over een tuchtzaak die betrekking had op palliatieve sedatie. Twee specialisten ouderengeneeskunde kregen een waarschuwing omdat het tuchtcollege vond dat zij niet handelden volgens de KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie. Sommigen waren bang dat door die uitspraak palliatieve sedatie zou neerkomen op 'u vraagt, wij draaien', of zelfs 'familie vraagt, wij draaien'.

Uit onderstaande zaak blijkt dat de tuchtrechter zo niet denkt. De dochter van een overleden patiënt klaagt over een arts-assistent die in haar ogen haar

vader te lang heeft laten lijden. Er was sprake van dyspneu en onrust, bij het beeld van een *dying heart*. De assistent staaakte andere medicatie en liet twee maal morfine geven, waarna 'enig afnemen van dyspneu en meer rust' optrad. Enkele uren later overleed de man. De familie vindt blijkbaar dat de assistent palliatieve sedatie had moeten inzetten. Het is onduidelijk of zij daar op dat moment om vroegen.

De tuchtrechter oordeelt dat de arts volgens de richtlijnen handelde. Hoewel de situatie in deze casus geheel anders is dan in bovengenoemde tuchtzaak,

wordt in deze uitspraak andermaal expliciet bevestigd dat palliatieve sedatie een medische handeling is, en dat de arts – in overleg met betrokkenen – bepaalt wanneer deze wordt gestart. Daarbij moet er onder meer sprake zijn van één of meer onbehandelbare refractaire klachten. De beslissing om morfine toe te dienen – en niet over te gaan tot palliatieve sedatie – kan in dit geval de 'tuchtrechtelijke toets doorstaan'.

Sophie Broersen, arts/journalist
Antina de Jong, gezondheidsjurist

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 9 mei 2017

(ingekort door redactie Medisch Contact)

Beslissing in de zaak onder nummer C2016.432 van: A, wonende te B, appellante, klagster in eerste aanleg, tegen C, arts, thans werkzaam te D, verweerder in beide instanties, (...).

01

Verloop van de procedure

A, hierna klagster, heeft op 8 oktober 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen C, hierna de arts, een klacht ingediend. Bij beslissing van 25 juli 2016, onder nummer 15/323 heeft dat college de klacht afgewezen.

Klagster is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 6 april 2017, waar zijn verschenen klagster en de arts, laatstgenoemde bijgestaan door mr. Pot

voornoemd. Klagster heeft haar standpunten toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

02

Beslissing in eerste aanleg

Het regionaal tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

'(...) 2 De feiten

Op grond van de stukken kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Klagster klaagt over de behandeling van haar vader (hierna: patiënt), geboren in 1936 en overleden in 2015.

2.2 Verweerder is als arts-assistent cardiologie betrokken geweest bij de behandeling van patiënt op 4 mei 2015 van 18.10 uur tot 22.30 uur. De heer E, cardioloog, was de supervisor van verweerder.

2.3 Patiënt is op 4 mei 2015 overgekomen vanuit het F-ziekenhuis naar het G-ziekenhuis wegens endocarditis in verband met mogelijk chirurgisch ingrijpen. Patiënt was zeer ernstig ziek en van chirurgisch ingrijpen werd gelet op de conditie van patiënt afgezien.

Blijkens de zich in het dossier bevindende ritmestroken vond om 21.00 uur een toename plaats van atrioventriculaire geleidingsstoornissen.

Verweerder heeft om 21.52 uur op 4 mei 2015 navolgende aantekening in het dossier gemaakt:

‘Anam. Kort na beoordeling door CTC en bespreken beleid optreden van asystolie van 20 sec. Hierna opstarten van een regulair (escaperitme) wat met het bijkomen weer afzakt en overgaat in asystolie. Tekenen van vechten, dyspneu en onwelbevinden bij patiënt tussendoor. Familie vindt dit een lijdensweg die ze niet willen.

Morfine 5 mg i.v., 15 minuten laten o.g.v. effect herhaald waarna enig afnemen van kortademigheid en meer rust. Isoprenaline gestaakt. Dit i.o.m. dr E.’

Om 1.17 uur op 5 mei 2015 is door arts H in het dossier genoteerd dat patiënt om 23.30 uur rustig in het bijzijn van familie is overleden bij het beeld van een *dying heart*.

2.4 Op 11 juni 2015 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen verweerder en familie van de patiënt.

3 De klacht en het standpunt van klaagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder palliatieve sedatie heeft nagelaten met als gevolg een onnodig lange traject van lijden van patiënt voorafgaande aan zijn overlijden en de familie onvoldoende heeft geïnformeerd over het traject.

4 Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5 De beoordeling

5.1 Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er 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 bekwaame 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.

5.2 Klaagster legt het handelen van verweerder op 4 mei 2015 ter beoordeling van het college waarbij de klacht zich er in de kern op richt dat geen palliatieve sedatie heeft plaatsgevonden. Het college kan zich grotendeels vinden in het door verweerder op schrift gestelde verweer, waarbij dit verweer wordt ondersteund door de medische informatie.

Palliatieve sedatie is een medische handeling waarbij de arts is gebonden aan richtlijnen. Dat betekent, onder meer, dat de arts moet bepalen wat het meest geschikte moment voor sedatie is, waarbij het starten van palliatieve sedatie een ingrijpende beslissing is. Indien de toestand van een patiënt verslechtert, dient de arts snel te kunnen ingrijpen. Dit wordt in een dergelijke situatie met patiënt, naast en verzorgenden besproken. Centraal staat het bestaan van één of meer onbehandelbare (refractaire) klachten (symptomen), die leiden tot ondraaglijk lijden van de patiënt.

In de aan deze klacht ten grondslag liggende gezondheidssituatie was sprake van een zeer ernstig zieke patiënt waarbij in de avond was besloten dat chirurgisch ingrijpen gelet op zijn conditie achterwege moest worden gelaten. Dat is met de familie van patiënt besproken rond 21.00 uur. Tegen het einde van het gesprek verslechterde de gezondheidstoestand van patiënt hetgeen zich uitte in dyspneu en bewustzijnsverlies. Verweerder heeft zorgvuldig gehandeld door de isoprenalinepomp te staken, dat zou immers het lijden van patiënt verlengen. Met het oog op het verzachten van ondraaglijk lijden bij patiënt kan de beslissing van verweerder, in overleg met zijn supervisor, om 5 mg morfine toe te dienen de tuchtrechtelijke toets doorstaan. De richtlijn dyspneu in de palliatieve fase (geldende versie uit 2010) schrijft voor dat in een acute situatie met 2,5 mg morfine wordt gestart eventueel op te hogen tot 20 mg. Verweerder heeft het effect, dat uitbleef in de eerste 10 tot 15 minuten, beoordeeld. Verweerder heeft zorgvuldig gehandeld door vervolgens wederom 5 mg morfine te laten toedienen, waarna motorische tekenen van dyspneu achterwege bleven en de ogen van patiënt gesloten bleven.

Nadien heeft de klinische beoordeling door verpleegkundigen plaatsgevonden waarna verweerder aan het einde van de dienst met de opvolgende arts patiënt heeft bezocht. Gesteld noch gebleken is dat de familie in de afwezigheid van verweerder melding heeft gemaakt van uitingen van lijden bij patiënt. Verweerder heeft zijn dienst rond 22.30 uur overgedragen aan de dienstdoende arts van de nacht en deze aan de familie voorgesteld.

Gelet op het voorgaande heeft verweerder kunnen beoordelen dat geen sprake was van een situatie waarin palliatieve sedatie aan de orde was en heeft verweerder conform de geldende richt-

lijn en normen van de beroepsgroep gehandeld in de zorg aan patiënt ter verlichting van diens lijden.

5.3 Klaagster verwijt verweerder tevens de familie onvoldoende te hebben geïnformeerd. Wat betreft de gesprekken van verweerder met de familie op de avond van 4 mei 2015 is het college van oordeel dat niet vaststaat hoe die gesprekken precies zijn verlopen.

Nu geen sprake was van een situatie van palliatieve sedatie kan verweerder geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt dat hij het traject van palliatieve sedatie niet met de familie heeft besproken en evenmin dat hij geen toestemming heeft gevraagd.

Verder geldt het volgende. Dat klaagster en haar familie in de emoties van die avond in verwarring zijn geweest over de uitlatingen van verweerder omtrent doseringen van medicatie kan het college zich voorstellen. Tegenover de stelling van klaagster staat het verweer waarbij verschillende contactmomenten staan beschreven, waaronder 21.00 uur in de avond en het voorstellen van de arts die de dienst van verweerder overnam. Derhalve houdt het college het ervoor dat er wel contact is geweest tussen verweerder en de familie. De inhoud van die gesprekken is echter niet te reconstrueren. Nu de inhoud van de gesprekken niet vaststaat kan het college niet oordelen over het handelen van verweerder tijdens die gesprekken en zijn uitlatingen. Dat betekent niet dat het college meer waarde hecht aan het woord van verweerder dan aan dat van klaagster, maar is gebaseerd op het uitgangspunt dat het handelen dat door een klaagster ter toetsing aan het college wordt voorgelegd eerst met voldoende mate van zekerheid moet kunnen worden vastgesteld, alvorens kan worden beoordeeld of dit al dan niet tuchtrechtelijk door de beugel kan.

5.4 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht kennelijk ongegrond is.

Verweerder kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt. (...)

03

Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals deze zijn vastgesteld door het regionaal tuchtcollege en hiervoor onder '2. De feiten' zijn weergegeven.

04

Beoordeling van het beroep

4.1 In beroep heeft klaagster haar klacht herhaald en nader toegelicht. De moeder van klaagster, echtgenote van de patiënt, heeft ter terechtzitting in beroep verklaard dat zij instemt met de klacht van klaagster. De arts heeft gemotiveerd verweer gevoerd en concludeert tot verwerping van het beroep.

4.2 De behandeling van de zaak in hoger 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. Dat het overlijdensproces van de patiënt niet in overeenstemming is geweest met de verwachting van de familie dat de patiënt rustig zou inslapen, is niet aan het handelen van de arts te wijten. De arts heeft adequaat gehandeld door het lijden van de patiënt, voor zover dat mogelijk was, te verlichten. Het beroep moet worden verworpen.

05

Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

- verwerpt het beroep;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door mr. J.M. Rowel-van der Linde, voorzitter, mr. L.F. Gerretsen-Visser en mr. Y.A.J.M. Kuijck, leden-juristen, prof. dr. R.J.M. Klautz en dr. A.A. de Rotte, leden-beroepsgenoten, en mr. A. Mul, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 9 mei 2017. ■

web

De volledige tekst van deze uitspraak staat op medischcontact.nl/tuchtrecht. Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

Voor meer uitspraken zie tuchtrecht.nl.

OPVALLENDE UITSPRAKEN

● **Vertegenwoordigt klager wens overledene?**

Ongegronde klacht tegen een internist door dochter van een patiënt die korte tijd na een colonoscopie is overleden, vermoedelijk ten gevolge van een darmp perforatie. Klager had voorafgaand aan overlijden een jaar geen contact met vader gehad. Na overlijden is een familieruzie ontstaan. Het regionaal tuchtcollege overweegt dat verweerder zich niet heeft beroepen op de niet-ontvankelijkheid van klager en dat het niet de taak is van de tuchtrechter om ambtshalve te onderzoeken of de naaste betrekking van een overleden patiënt de wil van de overleden patiënt vertegenwoordigt. Klager is klachtgerechtigd. Perforatie van de dikke darm tijdens een colonoscopie is een zeldzame maar bekende complicatie. Het regionaal tuchtcollege heeft in de stukken geen enkele aanwijzing gevonden voor de beschuldiging van klager dat de internist roekeloos of verwijtbaar fout zou hebben gehandeld. Klacht afgewezen.

RTG Den Haag, 9 mei 2017

● **Aios mocht vertrouwen op verpleegkundigen**

Arts in opleiding tot mdl-arts was bevoegd en met de ruim driehonderd door haar uitgevoerde gastroscopieën ruimschoots bekwaam om de onderhavige gastroduodenoscopie (GDS) bij klager uit te voeren. Uit het weergegeven standpunt van verweerder blijkt dat zij zich geheel aan de geldende voorschriften heeft gehouden.

Het tuchtcollege merkt op dat van haar niet kon worden verwacht dat zij met eigen onderzoek zou vaststellen dat de opmerkingen van de verpleegkundigen dat de benodigde medicatie was opgetrokken (door verpleegkundige 1) en dat dit gecontroleerd was en met een paraaf was bevestigd (door verpleegkundige 2), juist waren. Zij mocht ervan uitgaan dat de medicatiecontrole juist was uitgevoerd. Van de gemaakte medische fout valt verweerder dus geen verwijt te maken. Klacht afgewezen. Een van beide verpleegkundigen kreeg voor haar vergissing een waarschuwing opgelegd.

RTG Den Haag, 2 mei 2017

Elke week selecteren KNMG-juristen opvallende uitspraken in het gezondheidsrecht. Een volledig overzicht kunt u vinden op medischcontact.nl/recht. Tegen uitspraken van regionale tuchtcolleges kan tot zes weken na de uitspraak nog hoger beroep worden aangetekend.

PRAKTIJKPERIKEL

ECHT DOOD?

Ik loop inmiddels ruim vijftien jaar rond in heel veel verschillende ziekenhuizen en ik heb al onwaarschijnlijk veel vreemde en bijzondere dingen meegemaakt... Maar laatst werd ik tijdens een dienst gebeld door het nachthoofd van de verpleegkundigen met een wel heel bijzonder verzoek. Of ik nog wel even de patiënte wilde bekijken die ik drie uur ervoor had geschouwd en waarvoor ik de overlijdenspapieren had ingevuld? Ik was werkelijk stomverbaasd, en heb maar eens gevraagd of de betreffende dame weer over de afdeling liep. Nee, dat was niet het geval, ze lag nog even stil en bewegingsloos in haar bed als drie uur ervoor, maar volgens de verpleegkundige was het goed gebruik in dit huis om na twee tot vier uur nog eens te kijken of patiënt wel echt dood was...

Ik heb maar geantwoord dat het de afgelopen vijftien jaar in het geval van een *Todesurteil meinerseits* nog nooit is

voorgekomen dat de betreffende persoon zich daarna bij mij beklagd heeft. En dat men in een christelijk ziekenhuis toch een beetje moet vertrouwen op Onze-Lieve-Heer, die toch waarschijnlijk wel weet wanneer ie iemand bij zich roept, tenzij Petrus ook ten prooi is gevallen aan broeder Alois. En dat ze zich maar weer moest melden als patiënte onverhoopt toch weer op zou staan en haar om een kopje thee zou vragen. Waarop ze heel nadrukkelijk mijn naam heeft opgeschreven.

Ik deed de deur op slot die nacht, blijkbaar gebeurden er in dit ziekenhuis rare dingen...

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl