

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: E2021/2486

Uitspraak: 1 juli 2021

HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS- ZORG

TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 29 juli 2020 ingekomen klacht van:

[A]
wonende te [B]
klaagster
gemachtigde mr. A.H.J. de Kort te Sint-Michielsgestel

tegen:

[C]
internist
werkzaam te [D]
verweerder
gemachtigde mr. C.W.M. Verberne te Eindhoven

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met bijlagen
- het verweerschrift met bijlagen
- de brief van 4 mei 2021 van de gemachtigde van klaagster
- de brief met bijlage van 5 mei 2021 van de gemachtigde van klaagster
- de pleitnotitie van de gemachtigde van klaagster
- de pleitnotitie van de gemachtigde van verweerder.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van het aangeboden mondelinge vooronderzoek. De klacht is ter openbare zitting van 19 mei 2021 behandeld. Partijen waren aanwezig, bijgestaan door hun gemachtigden. Ter zitting is de heer [E], de huisarts van klaagster en haar partner (hierna: de huisarts), als getuige gehoord.

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende.

2.1 Klaagster was de geregistreerde partner (en eerste contactpersoon) van de heer [F], geboren in 1949, hierna: patiënt. Patiënt was sinds mei 2017 bekend met een gemetastaseerd adenocarcinoom met een onbekende primaire tumor, met metastasen in de wervels C6, C7 en Th4 en met lymfekliermetastasen. Hij was daarvoor sindsdien onder behandeling van het ziekenhuis waaraan verweerder als internist-oncoloog verbonden is (hierna: het ziekenhuis).

2.2 Ten behoeve van een second opinion is patiënt op 26 juni 2017 gezien door een oncoloog van een Belgisch universitair ziekenhuis. De brief waarin de second opinion is vermeld, bevat een bevestiging van de onder 2.1 omschreven diagnose, suggereert een aantal behandelmogelijkheden en luidt voorts, voor zover hier van belang (dit citaat en de hieronder volgende citaten zijn steeds inclusief schrijf- en spelfouten): *“(...) De patiënt heeft begrepen dat het hier om palliatieve behandelingen gaat, en dat wij weinig gerandomiseerde evidentie hebben voor de verschillende therapieën in deze situatie. De langetermijnresultaten voor deze behandelingen bij klassieke A-CUP patiënten zijn niet zeer verschillend en algemeen teleurstellend”*.

2.3 In juli 2017 is in het ziekenhuis bij patiënt een haloframe geplaatst, in verband met inzakkingsfracturen van zijn wervels C6 en Th4. In juni en oktober 2017 is hij, met pijnstilling als doel, bestraald op de pijngevendende botlocaties. Op 1 augustus 2017 is patiënt gezien door een collega-oncoloog van verweerder in het ziekenhuis.

2.4 Op 28 september 2017 is patiënt gezien door diezelfde collega van verweerder. In het medisch dossier is daarover vermeld:

“Anamnese:

Pijn in zomer verplaatst van rechter naar linkerarm. Zenuwpijnen zijn weg. Maar nog steeds pijn (...) Nu pijn tussen schouderbladen. Vindt het Halo frame niet meer draaglijk, zit er behoorlijk doorheen. 2 wkn geleden ineens extreme vermoeidheid. Is niet meer weg gegaan. Van ene op andere dag. (...)

Gesproken met patient en vriendin over hoe nu verder. M.i. is chemotherapie geen optie. Daarmee alleen maar verslechtering aan toch al beperkte kwaliteit van leven. Dit beaamt patient ook. (...)”

2.5 Op 11 oktober 2017 heeft deze collega van verweerder in het medisch dossier vermeld dat zij en haar collega-radiotherapeut hebben afgezien van bestraling op nieuwe wervelmetastasen van patiënt, in verband met de moeilijk te lokaliseren pijn en de op de voorgrond staande vermoeidheid.

2.6 Op 17 oktober 2017 is patiënt ten behoeve van een third opinion gezien door een internist-oncoloog elders in Nederland. Deze heeft in een brief van die datum de genoemde diagnose bevestigd en als conclusie vermeld: *“Ik heb geen behandelmogelijkheden voor hem binnen studie verband. (...)”*.

2.7 Op 1 november 2017 is patiënt voor een fourth opinion gezien (en op 22 november 2017 telefonisch gehoord) door een internist-oncoloog van een universitair ziekenhuis elders in Nederland. Deze heeft in zijn brief van 27 november 2017 ook de genoemde diagnose bevestigd en als conclusie vermeld: *“Gezien conditie en type ossale metastasen (lytisch) geen mogelijkheid voor systeembehandeling, nucleaire behandeling of deelname experimentele behandeling in studieverband.”*

2.8 In het verslag van de PET-CT-scan op 15 januari 2018 werd een toename van de ossale metastasen in wervel Th3/4 van patiënt beschreven en een afname van de mediastinale lymfekliermetastase. De overige bot- en lymfekliermetastasen bleken stabiel.

2.9 Op 9 februari 2018 is patiënt in het ziekenhuis opgenomen wegens hevige en moeilijk controleerbare pijn in de rug. Uit het medisch dossier blijkt dat patiënt alleen nog maar op bed lag en dat op die dag een pijnverpleegkundige bij patiënt is langs gekomen. Daaraan voorafgaand werd hem in de thuissituatie subcutaan morfine toegediend, tot 800 mg per dag direct voor de opname. Die dosering is in het ziekenhuis gehandhaafd, met onbeperkte bolussen. Ook is gestart met viermaal daags 10 mg methadon als co-analgeticum. In de avond van 9 februari gaf patiënt een pijnscore ('NRS' of 'VAS') aan van 7 (met regelmaat maar wel draagbaar), maar bij pijnscheuten een pijnscore van 10.

2.10 Op 10 februari 2018 is gestart met fraxiparine en dexamethason. Besloten werd na het weekend, op 12 februari 2018, een spinale port-a-cath ('PAC') bij patiënt te plaatsen.

2.11 In de ochtend van 12 februari 2018 is verweerder bij de behandeling van patiënt betrokken geraakt.

2.12 Ondanks de plaatsing van de PAC, in de middag van 12 februari 2018, hoge doseringen morfine (subcutaan 28 mg per uur en intrathecaal naar 0,5 mg per uur) en methadon (40 mg per dag) en oxazepam, hield patiënt ernstige pijn. De pijn was op 13 februari 2018 erger dan vóór de opname op 9 februari 2018. De dosis intrathecale morfine is toen opgehoogd naar 1 mg per uur en de dosis van de subcutane pomp is verlaagd naar 25 mg per uur. In het medisch dossier staat omtrent die dag onder meer vermeld:

"(...)

18.00 uur: gesprek met patient en familie

Gaat momenteel helemaal niet, VAS 7, meer pijn na start spinale PAC (...)

Avonddienst

Gebeld door verpleegkundige:

Forse pijn. Ondraaglijk, sinds namiddag. (...)".

Een verpleegkundige vermeldde op die dag in het medisch dossier:

"(...) **18.45 uur**

Dhr ligt te huilen in bed, heeft te veel pijn. Dhr en familie geven aan dat dit zo niet gaat."

2.13 In de daaropvolgende nacht werd patiënt vaak wakker van de pijn. De verpleegkundige vermeldde in het dossier:

"Begin van de nacht nog steeds veel pijn, VAS 10. (...) Is wel vaak wakker vanwege de pijn. Rond 5 uur weer onhoudbare pijn, dhr vindt dit geen kwaliteit van leven meer.

2.14 In de morgen van 14 februari 2018 is patiënt door een pijnverpleegkundige gezien. In de middag van 14 februari 2018 is de PAC op verzoek van patiënt stilgezet, omdat de pijn na de plaatsing ervan was toegenomen. In het medisch dossier is omtrent de avond van die dag door de anesthesioloog, in overleg met verweerder, vermeld:

"Gebeld door arts assistent (...)

Patient wil niet meer pijn is niet te houden. (... Nu vraagt patiënt om palliatieve sedatie? Wil zo niet verder."

Ook is over die avond door een arts in opleiding in het medisch dossier vermeld:

"Patiënt wil daarom graag 'sedatie' omdat hij zo 'de nacht niet in kan' (lijkt nu heel erg ingegeven door emotie)."

2.15 In het medisch dossier is omtrent diverse tijdstippen in de ochtend van 15 februari 2018 door de verpleegkundige vermeld dat patiënt onhoudbare pijn lijdt, dat

hij de situatie niet meer lang volhoudt en dat hij en klaagster direct een arts willen spreken. Daarop heeft verweerder die morgen met patiënt, zijn kinderen en klaagster gesproken. Daarbij was ook de zaalarts aanwezig. Naar aanleiding van dat gesprek heeft verweerder het volgende in het medisch dossier opgenomen:

“Vanochtend onhoudbare situatie. Zeer veel pijn! Pat en familie geven duidelijk aan dat het zo niet verder kan. Gesprek gehad met allen en opties als euthanasie en term sedatie besproken. Evident uitzichtloze situatie geworden. Ik heb tel met de huisarts contact gehad die in principe accoord was met een euthanasie procedure. Hij heeft met de partner van pat contact gehad en uiteindelijk is het verzoek gekomen over te gaan op pall sedatie mn omdat een euthanasie procedure te lang zou gaan duren met de huidige onbehandelbare en ondraaglijke pijn problemen. Dus uiteindelijk iom alle betrokkenen besloten te starten met pall sedatie conform protocol, vanochtend”.

2.16 De zaalarts heeft over het bedoelde gesprek in het medisch dossier vermeld: *“ In overleg met patient, familie en huisarts start palliatieve sedatie gezien onhoudbare refractaire pijn (zie notitie dr [verweerder])”.*

2.16 Kort na het middaguur van 15 februari 2018 is - onder het stoppen van zijn overige medicatie - aan patiënt midazolam toegediend, waardoor hij in een diepe slaap is geraakt.

2.17 In de vroege ochtend van 16 februari 2018 heeft klaagster aan de verpleegkundige gezegd dat het niet de bedoeling was dat patiënt de stervensfase in zou gaan, dat er haars inziens onvoldoende aan de pijnbestrijding is gedaan en dat er sprake is van miscommunicatie, omdat zij veronderstelde dat patiënt in slaap werd gebracht om de pijn te overbruggen tot er een oplossing was gevonden, dus niet bij wijze van continue palliatieve sedatie. Verweerder heeft in reactie hierop om 9.45 uur die ochtend met de kinderen van patiënt gesproken. Hij heeft daarover in het medisch dossier vermeld:

“Partner nu niet aanwezig , wel 2 kinderen : nu gesprek met hen en zij geven duidelijk aan dat de keuze tot term sedatie door pat geheel overwogen en met volledige instemming is genomen door patient en zij staan er nog steeds geheel achter. Zijn geregistreerd partner staat er echter ambivalenter in. klaarblijkelijk (...) Uitgelegd dat ik wel wil dat een term sedatie beleid door eenieder wordt geaccordeerd of anders niet kan doorgaan”.

2.18 Verweerder heeft die middag ook met klaagster en meerdere van de kinderen van patiënt gesproken, in aanwezigheid van een verpleegkundige en een maatschappelijk werkster en heeft daarover in het medisch dossier vermeld:

“Vanmiddag langdurig gesprek met partner en meerdere kinderen (...) partner geeft aan onder druk van de pijn accoord te zijn gegaan met de term sedatie. De optie van “sedatie alleen” is niet aangeboden, verwijt zij mij. Uitgelegd dat ik in de optie van sedatie alleen geen heil zie aangezien er ook na een rustpauze geen goede behandeling aanwezig zal zijn voor zijn ernstige pijn”.

Nadat verweerder heeft vermeld dat de kinderen van patiënt nogmaals hebben bevestigd dat hun vader weloverwogen heeft besloten in te slapen, dat zij niet willen dat hij uit zijn slaap ontwaakt omdat dan de onhoudbare situatie van eerder die week terug is en dat verweerder meent dat in dat geval aan de wens van patiënt zou worden voorbijgegaan, vervolgt hij zijn aantekening in het dossier:

“uiteindelijk afgesproken dat we huidige beleid voortzetten waarbij de partner niet hardop uitspreek tdat zij ermee accoord gaat”.

2.19 Ook de bij het genoemde gesprek aanwezige verpleegkundige heeft in het medisch dossier daarvan verslag gedaan. Dat verslag strookt met de vermelding van verweerder over het gesprek en vermeldt verder:

“(...) is toen in overleg met dhr zelf en zijn naasten (partner, kinderen en hun echtgenoten) besloten om te gaan starten met palliatieve sedatie. Dhr heeft op het moment van het aansluiten van de pomp bewust afscheid genomen van hen, heeft ook nog even gezwaaid. (Ik was hier zelf bij aanwezig). (...)

[Verweerder] geeft ook aan het huidige beleid dan nu te handhaven en dus geen voeding en vocht toe te gaan dienen. Kinderen zijn hiermee akkoord. Partner geeft aan hier geen ja op te antwoorden. (...)”.

2.20 Patiënt is in de avond van 17 februari 2018 overleden.

3. De klacht

Volgens klaagster heeft verweerder verwijtbaar gehandeld bij de behandeling van patiënt doordat hij:

1. heeft gehandeld in strijd met het besluitvormingsproces van de richtlijn Palliatieve sedatie van de Koninklijke Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG). Volgens klaagster bestond er geen aanleiding om palliatieve sedatie te overwegen, was palliatieve sedatie niet geïndiceerd en heeft verweerder niet/onvoldoende overlegd met patiënt en/of diens vertegenwoordigers, als gevolg waarvan zowel patiënt als klaagster niet goed en volledig over de behandeling zijn geïnformeerd en niet aan de eisen van informed consent is voldaan;
2. vanaf 15 februari 2018 geen/onvoldoende rekening heeft gehouden met de zeggenschap van klaagster als eerste contactpersoon en (geregistreerd) partner van patiënt.

Ter toelichting op de klacht voert klaagster nog het volgende aan:

- patiënt is weliswaar vanwege aanhoudende pijn op vrijdag 9 februari 2018 in het ziekenhuis opgenomen, maar op maandag 12 februari 2018 waren die klachten, vooral dankzij methadon, verbeterd;
- patiënt was toen in relatief goede conditie en niet terminaal, ook omdat er bij obductie geen vitaal tumorweefsel bij de wervels is aangetroffen; er waren nog adequate behandelingen mogelijk, zoals het vastzetten van wervels en het ontlasten van zenuwen, waartoe zelfs het veroorzaken van een dwarslaesie overwogen had kunnen worden;
- verweerder heeft daarom ten onrechte aangestuurd op het starten van palliatieve sedatie; patiënt en klaagster zijn wel met sedatie akkoord gegaan, maar onder druk van de pijn die patiënt ervaarde en in de hoop dat er in de dagen nadien alsnog tot een behandeling kon worden besloten; voortdurende sedatie die tot het overlijden van patiënt zou leiden, hebben zij toen niet gewild, dus daarmee hebben zij ook niet ingestemd.

4. Het standpunt van verweerder

4.1 Verweerder voert allereerst aan dat klaagster niet kan worden ontvangen in haar klacht, voor zover deze betrekking heeft (kort gezegd) op de instemming van patiënt met de palliatieve sedatie. Wie een klacht indient over de zorg die aan een overleden partner is verleend, wordt geacht daarbij te handelen in overeenstemming met de wil van de overledene. Daarvan mag in dit geval echter niet worden uitgegaan, aldus verweerder, omdat de klacht haaks staat op het feit dat patiënt, wilsbekwaam, op goede gronden en voldoende voorgelicht met de palliatieve sedatie heeft ingestemd.

4.2 Verder voert verweerder aan dat er (in lijn met de genoemde, hier toepasselijke, richtlijn) voldoende aanleiding bestond om palliatieve sedatie te overwegen, omdat patiënt toenemend hevige en ondraaglijke pijn ervaarde en er herhaaldelijk om verzocht. Het starten van die sedatie was ook geïndiceerd, omdat er voor de (pijn)klachten van patiënt (ook volgens de andere betrokken zorgverleners, zoals de pijnspecialist en volgens de artsen die een second opinion gaven) geen behandelingsmogelijkheden meer voorhanden waren. Ook was op grond van het klinische beeld zijn overlijden op korte termijn (1 tot 2 weken) te verwachten. Van het vastzetten van wervels was geen verbetering van de klachten te verwachten en die ingreep vindt bovendien alleen plaats bij een levensverwachting van meer dan zes maanden. Het veroorzaken van een dwarslaesie is hoe dan ook niet een behandeling die hier overwogen kon worden. Voorts, aldus verweerder, heeft er naast voldoende collegiaal overleg over de situatie van patiënt, ook voldoende voorlichting plaatsgehad aan en overleg met patiënt, klaagster en de kinderen van patiënt. Aan het vereiste van informed consent was daarmee voldaan. Het stond verweerder niet vrij om, toen klaagster daags daarna op haar consent terugkwam, de palliatieve sedatie te stoppen, omdat hij daarmee ten onrechte tegen de wil van patiënt zou ingaan.

5. De overwegingen van het college

5.1 Het college overweegt omtrent het niet-ontvankelijkheidsverweer van verweerder, als volgt. Ingevolge artikel 65, lid 1 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) wordt een zaak aanhangig gemaakt door een schriftelijke klacht van - onder meer - een rechtstreeks belanghebbende. De patiënt zelf is rechtstreeks belanghebbende en dus klachtgerechtigd ten aanzien van een hem betreffende medische behandeling.

Na zijn overlijden zijn de directe nabestaanden in beginsel klachtgerechtigd ten aanzien van die medische behandeling. Het recht van een nabestaande om een klacht in te dienen ten aanzien van een medische behandeling van een overleden patiënt berust niet op een eigen klachtrecht van de nabestaande, maar op een klachtrecht dat is afgeleid van de in het algemeen veronderstelde wil van de patiënt, met gevolg dat van belang is of degene die klaagt daardoor die veronderstelde wil van de overleden patiënt uitdrukt. Bijzondere omstandigheden, blijkend in een individuele klachtzaak, kunnen grond vormen voor het oordeel dat in die zaak de klacht niet strookt met de veronderstelde wil van de patiënt. Naar het oordeel van het college is, mede gelet op het feit dat klaagster de levensgezel (geregistreerd partner) en eerste contactpersoon van patiënt was, niet voldoende van dergelijke bijzondere omstandigheden gebleken, om tot de door verweerder bepleite niet-ontvankelijkheid te kunnen concluderen. Of de klacht gegrond is, wordt hierna beoordeeld.

5.2 Bij de tuchtrechtelijke beoordeling van beroepsmatig handelen gaat het er niet om of dat handelen beter had gekund, maar om de vraag of de aangeklaagde beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijke bekwame beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in zijn beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard. Het college zal de beide klachtonderdelen beoordelen tegen de achtergrond van die norm. Daarbij komt het meer bepaald aan op toetsing van verweerders handelen aan de richtlijn Palliatieve sedatie van de KNMG (hierna: de richtlijn), omdat de relevante norm die voor deze zaak van belang is, daarin tot uiting is gebracht.

Klachtonderdeel 1

5.3 De richtlijn bepaalt, samengevat, dat voor toepassing van continue (in de sterfensfase plaatsvindende) palliatieve sedatie een of meer onbehandelbare symptomen

vereist zijn, die leiden tot ondraaglijk lijden van de patiënt. Van onbehandelbaarheid is sprake als geen van de conventionele behandelingen (voldoende snel) effectief is en/of deze behandelingen gepaard gaan met onaanvaardbare bijwerkingen. Verder vereist de richtlijn dat het overlijden op redelijk korte termijn, dat wil zeggen binnen één tot twee weken, wordt verwacht en dient de desbetreffende arts met andere zorgverleners en met de patiënt en/of diens vertegenwoordiger en diens naasten te overleggen over het starten en het (te verwachten) verloop van de palliatieve sedatie.

5.4 Naar volgt uit het medisch dossier (en naar ook klaagster en verweerder als uitgangspunt hanteren) was bij patiënt sprake van een in mei 2017 vastgesteld adenocarcinoom met een onbekende primaire tumor, met supraclaviculaire, mediastinale, para-aortale, aortocavale en parailiacale lymfkliermetastasen en metastasen in de wervels C6, C7 en Th4, inzakkingsfracturen van de wervels C6 en Th4 met sterk toenemende pijn. Ook volgt uit het medisch dossier dat er, in elk geval in de loop van 2017, geen behandelmogelijkheden (meer) voorhanden waren die de oorzaak van die klachten konden wegnemen. Naast hetgeen daarover door de zorgverleners in het medisch dossier is vermeld (zoals de onder 2.4 gerelateerde conclusie van verweerders collega dat chemotherapie niet zinvol is), volgt dat ook uit de door patiënt ingewonnen second, third en fourth opinions (zie onder 2.2, 2.6 en 2.7). Die oorzaken en de verergering ervan (zoals blijkend uit de uitslag van de PET-CT-scan van 15 januari 2018, zie onder 2.8) vormden daarom een voldoende feit. Het ging bij patiënt aldus met name om de bestrijding van zijn, uit de genoemde oorzaken voortvloeiende, pijn. In dat verband is van belang dat patiënt al met dat doel was bestraald in juni en oktober 2017 en dat daar (zie onder 2.3) geen verdere winst van viel te verwachten.

5.5 Verder is hier van belang dat patiënt wegens ernstig toegenomen pijn op 9 februari 2018 in het ziekenhuis was opgenomen en dat zijn haloframe en de aanzienlijke hoeveelheid pijnmedicatie (zie onder 2.9) die hij gebruikte, die pijn onvoldoende verzachtten. Weliswaar heeft de pijnbeleving van patiënt in de direct daarop volgende dagen enigszins gefluctueerd, maar uit het medisch dossier blijkt dat die beleving in de loop van de daarop volgende week, op elk van de dagen 12, 13, 14 en 15 februari 2018 toenam en door patiënt als ondraaglijk werd ervaren (zie onder 2.11 tot en met 2.14), ondanks dat in het ziekenhuis de hoeveelheid pijnstilling nog is vergroot ten opzichte van de thuissituatie van patiënt en in weerwil van de plaatsing van de PAC op 12 februari 2018.

5.6 Het college is van oordeel dat voldoende vaststaat dat er geen andere aanvaardbare behandelopties voorhanden waren om de pijn van patiënt te verlichten. Zoals door verweerder is opgemerkt en in het medisch dossier is opgetekend, zou het vastzetten van de wervels van patiënt slechts in aanmerking gekomen zijn als hij een levensverwachting van meer dan zes maanden had gehad en daarvan was, ook gezien de overlijdensdatum van patiënt, geen sprake. Ook het ontlasten van zijn zenuwen (of het veroorzaken van een dwarslesie) kan niet als reële behandeling worden aangemerkt. Er was daarom sprake van voldoende aanleiding voor verweerder om de mogelijkheid van - continue - palliatieve sedatie met patiënt te bespreken en om daar met de instemming van patiënt toe te besluiten.

5.7 Anders dan klaagster aanvoert, was het daarbij geen reële optie om tijdelijke sedatie met patiënt te bespreken, omdat bij het stoppen van tijdelijke sedatie de ondraaglijke pijn van patiënt zou terugkeren en er geen andere (voldoende snel effectieve) middelen van pijnbestrijding meer voorhanden waren.

5.8 Verder is naar het oordeel van het college voldoende gebleken dat op het moment waarop tot de palliatieve sedatie werd besloten, patiënt in de stervensfase verkeerde. De ernst en de onbehandelbaarheid van de oorzaak van zijn klachten, de ver-

ergering daarvan, de aanhoudende ondraaglijkheid van zijn pijn, de bedlegerigheid van patiënt en het feit dat patiënt slechts drie dagen na het starten van de palliatieve sedatie is overleden, rechtvaardigen die slotsom.

5.9 Het college is voorts van oordeel dat voldoende is komen vast te staan dat verweerder het hier vereiste collegiale overleg heeft gezocht en in voldoende duidelijke dialoog met patiënt, klaagster en zijn kinderen, tot de beslissing is gekomen om met de palliatieve sedatie te starten. Wat dat collegiale overleg betreft, vermeldt het medisch dossier in dit verband de bemoeienis met patiënt van collega-artsen waaronder meer specifiek een anesthesist en van (pijn)verpleegkundigen. Wat het overleg met patiënt, klaagster en zijn kinderen betreft, is hier redengevend wat in het medisch dossier is vermeld:

- over de herhaaldelijk geuite wens van patiënt een einde te maken aan zijn ondraaglijke pijn, - over de door verweerder op 15 februari 2018 gegeven toelichting op het starten van palliatieve sedatie (onder meer inhoudend dat patiënt daaruit niet meer zou ontwa-ken),
- over de, door verweerder en de zaalarts gerelateerde, op de voet van die voorlichting geuite, instemming van patiënt, klaagster en zijn kinderen om met palliatieve sedatie te starten en
- over de wijze waarop patiënt bij het starten van de palliatieve sedatie afscheid van klaagster en zijn kinderen heeft genomen.

Ook is hier van belang dat verweerder op 16 februari 2018 met klaagster en de kinderen van patiënt heeft gesproken en dat de kinderen toen hebben bevestigd dat hun vader zelfstandig en met instemming van henzelf en klaagster tot de palliatieve sedatie heeft besloten. Overigens is ook niet gebleken dat patiënt niet (voldoende) in staat was om het gesprek op 15 februari 2018 met verweerder en de zaalarts te volgen en om wilsbekwaam tot de palliatieve sedatie te besluiten. Daarbij telt dat het belangrijkste argument van klaagster op dit punt luidt dat verweerder niet voldoende rekening heeft gehouden met/voorlichting heeft gegeven over de mogelijkheid van tijdelijke sedatie, in afwachting van andere mogelijkheden van pijnbestrijding. Die andere mogelijkheden waren er echter niet, zoals hiervoor overwogen, zodat die ook niet aan patiënt, klaagster of zijn kinderen voorgehouden behoeften te worden en konden worden. Aan de wilsbekwaamheid van patiënt of diens informed consent doet dat daarom niets af.

5.10 Aan het voorgaande doet ook niet af hetgeen de huisarts van klaagster en patiënt als getuige ter zitting heeft verklaard. Dat de huisarts nog daags voor de start van de palliatieve sedatie telefonisch met patiënt heeft besproken dat patiënt hoopte op een goede wijze van pijnstilling, is tegenover de inhoud van het medisch dossier en de door verweerder gegeven toelichting, van onvoldoende gewicht. In het dossier en die toelichting gaat het immers (anders dan in de verklaring van de huisarts) over de van moment tot moment in het ziekenhuis gedane bevindingen rond de situatie van patiënt, vanaf 9 februari 2018 tot aan het overlijden op 17 februari 2018. Daarbij is dan nog daargelaten dat verweerder heeft verklaard kort voor het starten van de palliatieve sedatie contact met de huisarts te hebben gehad over de mogelijkheid van euthanasie, waarbij zij het er beiden over eens waren dat de procedure daartoe meer tijd zou vergen dan de situatie van patiënt op dat moment toestond.

5.11 Het voorgaande leidt tot de slotsom dat verweerder heeft gehandeld met inachtneming van de richtlijn en aldus is gebleven binnen de beroepsnormen die hier voor hem golden. Van de door klaagster gestelde gebreken rond de beslissing tot palliatieve

sedatie en rond het informed consent daartoe van patiënt en haarzelf, is daarom geen sprake. Dat betekent, dat klachtonderdeel 1 ongegrond is.

Klachtonderdeel 2

5.12 Klaagster was weliswaar, nadat patiënt als gevolg van de palliatieve sedatie onaanspreekbaar en daarmee wilsonbekwaam was geworden, zijn vertegenwoordiger (want zijn partner en eerste contactpersoon), maar dat betekent niet dat verweerder gehouden was om haar wens op te volgen om de palliatieve sedatie te stoppen, toen zij daarom vroeg. Verweerder was daarentegen binnen de voor hem geldende beroepsnormen gehouden te blijven handelen conform de kort tevoren door patiënt (op wilsbekwame wijze) uitgesproken wens palliatief gesedeerd te worden en te blijven, ook als zijn overlijden daarop zou volgen.

5.13 Dat betekent dat verweerder van zijn beslissing om de palliatieve sedatie op 16 februari 2018 en daarna, tot aan het overlijden van patiënt, voort te zetten, geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Ook dit klachtonderdeel is daarom ongegrond.

6. De beslissing

Het college:

verklaart de klacht in elk van de onderdelen ongegrond.

Aldus beslist door R.A. Steenbergen, voorzitter, M.J.H.A. Venner-Lijten, lid-jurist, G.L. Bremer, J.I. van der Spoel en J.W.B. de Groot, leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van M. Uzun-Karatepe, secretaris, en uitgesproken door E.P. van Unen op 1 juli 2021 in aanwezigheid van de secretaris.