

Uitspraak Regionaal Medisch Tuchtcollege te Amsterdam

96/235

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 23 december 1996 binnengekomen klacht van: A. in zijn hoedanigheid van inspecteur voor de gezondheidszorg,

.....

klager, tegen

B.

anesthesioloog,

.....

verweerder.

Het college heeft kennisgenomen van:

– het klaagschrift met bijlagen;

– het verweerschrift van 26 maart 1997 met bijlagen;

– de repliek van 29 mei 1997 met bijlage;

– de dupliek van 12 augustus 1997 met bijlagen.

De klacht is behandeld ter terechtzitting van 18 november 1997.

Klager is met bericht van verhindering niet in persoon verschenen. Namens hem is verschenen mevrouw C., inspecteur voor de gezondheidszorg te

Verweerder is verschenen en werd bijgestaan door zijn advocaat.

Voorts was aanwezig prof. D., anesthesioloog,....., als deskundige opgeroepen door het college.

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting is verklaard kan van het volgende worden uitgegaan:

De klacht betreft verweerders handelen op 28 en 29 juli 1995 op de IC-afdeling in het E.... ten aanzien van mevrouw F.... (hierna te noemen patiënte). Verweerder was toen dienstdoend anesthesioloog en uit dien hoofde op 28 juli 1995 voorzitter van de multidisciplinaire patiëntenbespreking (hierna de MP) op de IC-afdeling waarbij de beslissing is genomen om te abstineren bij de behandeling van patiënte. Vervolgens was verweerder belast met de uitvoering van voormelde abstinentiebeslissing.

Patiënte werd op 26 juni 1995 (toen 64 jaar oud) geopereerd in het E. Zij leed aan een ernstig abcederende diverticulitis met fisteling naar de vagina.

Ondanks een verhoogd operatierisico

(waarvan patiënte zich bewust was vanwege de weigering tot opereren om die reden in een ander ziekenhuis) wegens roken, adipositas en hypertensie, wilde patiënte worden geopereerd. De operatie, het verwijderen van het zieke colonsyngmoïdeum is uitgevoerd door de chirurg dr G., aansluitend hieraan is een embolectomie verricht in de rechter lies.

Nadat patiënte aanvankelijk in een goede post-operatieve toestand verkeerde, heeft zich na 4 dagen een peritonitis ontwikkeld. Vanaf 10 juli 1995 is patiënte beademd. Op 11 juli 1995 heeft een relaparotomie plaatsgevonden, waarbij uit de rechterbovenbuik een abces (van plus/minus twee liter vocht/pus) is verwijderd. De buik is gespoeld door middel van twee drains.

Op 18 juli 1995 hebben de behandelaren zich tijdens de MP – die in het E. dagelijks plaatsvindt rond 13.30 uur – blijkens de daarvan gemaakte aantekeningen, voor het eerst afgevraagd of zij nog medisch zinvol bezig waren.

Nadien hebben zich in toenemende mate problemen voorgedaan: temperatuurverhoging, diarree, infiltratieve afwijkingen in het longbeeld, een voortdurende sepsische toestand en een zeer gestoorde vochthuishouding. Op 22 juli 1995 werd patiënte opnieuw geopereerd na een zogenoemde platzbauch.

Het door verweerder achteraf van het ziektebeloop van patiënte opgemaakte verslag, dat inhoudelijk niet door klager is weersproken, houdt vanaf 23 juli 1995 tot en met 27 juli 1995 het volgende in:

– 23.07.95 Patiënte is klinisch weer redelijk, er is geen temperatuur. Beademen is probleemloos, het sputum schoon en het longbeeld verbetert duidelijk met afname van het infiltraat in de recht. onderkwab. De circulatie is goed met minimale ondersteuning en de diurese is goed op gang gekomen. De sonde-voeding stagneert nog steeds en er is profuse diarree. Er is nog steeds extra-renale uraemie met ketosis en metabole acidose.

22.00 uur: Naast de metabole acidose blijkt er een hypokaliëmie te bestaan; dit wordt gesuppleerd.

– 24.07.95 Patiënte is stabiel. De huid is droog en er is minder oedeem. De beademing levert geen problemen: er wordt een poging ondernomen om patiënte af te wennen.

De circulatie is goed en de diurese neemt verder toe. De sonde-voeding blijft stagneren, de diarree blijft profuus. De nierfunctie verbetert, er is nog metabole acidose maar geen ketosis meer. De pH van de faeces is heel hoog: mogelijk is dit de verklaring voor de metabole acidose. Als antibiotica krijgt patiënte nog steeds Tienam, Vancomycine en Fluconazol.

– 25.07.95 Er is weer temperatuurverhoging: 38 à 39°C. Er komt gallig of faecaal materiaal via de buikdrain.

Patiënte oogt grauw en er is toename van het oedeem. Het was weer nodig patiënte een volume constant adem-patroon te geven. Het sputum is overigens schoon. De circulatie is nog goed en de diurese neemt verder toe. Er zijn twee drains in de buik: uit de drain in de rechter onderbuik loopt gallig materiaal, de andere drain is schoon. De diarree is nog profuus. Er bestaat nog steeds metabole acidose zonder ketosis. Het drainvocht en de diarree hebben een gelijke pH: 8. De nierfunctie verbetert verder maar het totaal eiwit en de albumine blijven dalen ondanks suppletie.

13.30 uur: De chirurgen menen dat we te maken hebben met een 'gecontroleerde galfistel', een hoog letsel derhalve. Er wordt besloten de situatie 2 maal 24 uur aan te zien. De Vancomycine zal gestopt worden.

– 26.07.95 Er is een temperatuurscontinua rondom de 38,5°C. De toestand is voor het overige niet veel veranderd, de huid is droog en er bestaat een matige hoeveelheid oedeem. De beademing levert geen problemen en de circulatie en diurese zijn goed. Verder is er de gallekkage en de absurd profuse diarree. De metabole deraïllering lijkt iets onder controle te komen. De nierfunctie verbetert verder en de eiwitten handhaven zich enigszins. Er ontwikkelt zich een Herpes labialis.

13.30 uur: Ter verklaring van de gallekkage wordt gedacht aan een leverbeschadiging of aan een kapselscheur. Als

oorzaak van de diarree wordt er gedacht aan een enterale fistel. Men besluit Somatostatine te proberen. Alle antibiotica worden gestopt.

– 27.07.95 De temperatuur is weer hoger, de huid is warm en de oedemen zijn enigszins toegenomen. De beademing levert geen problemen, het sputum is helder met wat bloedbijmenging, en het longbeeld is verder niet afwijkend. De circulatie is goed, de diurese eveneens. De diarree lijkt minder te zijn. De lippen zijn rustiger; de Herpes kweek is negatief. Er zijn geen nieuwe metabole aspecten hoewel met een zeker regelmaat bijsturing nodig is.

13.30 uur: Men besluit de temperatuurverhoging aan te zien en de kweken af te wachten.

Er wordt gesproken over abstineren: men besluit over het week-end de Somatostatine een kans te geven. Er zal toch weer gepoogd worden met ontwenning te starten.

14.00 uur: Drukondersteunde beademing gaat prima.

24.00 uur: De temperatuur blijft hoog, het sputum wordt romig, de diurese wordt weer krapper, de bloedsuikers derailleren in de zin van een hypoglycaemie en patiënte dreigt uit te putten. We ontkomen er niet aan de ontwenning terug te draaien en patiënte weer een volume-constante beademingspatroon te geven.

– 28.07.95 Het longbeeld is weer verslechterd met de productie van veel sputum. De diurese is redelijk. De buik vertoont een droevig beeld; het vocht uit de anus neemt toe.

13.30 uur: Mijns inziens (verweerder) abstineren van deze zieke vrouw.....

Ons inziens (.....) abstineren.

– 29.07.95

16.15 uur: Patiënte is overleden. Zij werd geschouwd door collega H. De familie was zeer reëel en ging akkoord met obductie.

In de specialisten-status staat op 27 juli 1997 naar aanleiding van de MP van die dag onder meer vermeld:

'Abstineren? – over weekend somatostatine kans geven. ontwenning starten. (...)'

Op dezelfde datum heeft een gesprek plaatsgevonden tussen I. (de op die dag dienstdoende anesthesioloog) en dr J. (chirurg) met de familie van patiënte. In een van de van het gesprek opgestelde aantekeningen is het volgende vermeld:

'Verteld dat alles is gedaan maar dat

dit uiteindelijk geen resultaat heeft gehad, integendeel.

Dat we de resultaten van de somatostatine op de defaecatie nog afwachten (nog 1 à 2 dgn).

Indien de def. niet minder wordt zal de behandeling gestaakt worden. Morgen en zaterdag wordt de familie op de hoogte gehouden. Familie begreep e.e.a.'

De aantekeningen van verweerder die op 28 juli 1995 coördinator van de MP is, houden op die datum het volgende in:

'28/7 mi abstineren zieke vrouw IPPV

X thor: verslechterd; sputum ++
Hart SR plast redelijk

Buik: droef vocht uit anus neemt toe
extremiteiten (...? onleesbaar)
o.i. abstineren'

Nadat op 28 juli 1995 de abstinentiebeslissing was genomen heeft verweerder, naar hij ter zitting heeft verklaard, opnieuw met de familie van patiënte (3 kinderen) gesproken en hen gezegd dat er geen genezing voor moeder te verwachten viel en vervolgens vrijwel alle apparatuur uitgezet, met uitzondering van de beademing, die hij van instelling heeft veranderd. Op 29 juli 1995 heeft verweerder om ongeveer 11.00 uur de kaliumtoediening verhoogd naar 15 mmol/uur en de dosering dornicum verder verhoogd. Ter zitting heeft verweerder verklaard hiertoe te zijn overgegaan om redenen van humaniteit. Hij verklaarde andermaal met de familie te hebben gesproken, die hem heeft meegedeeld dat het niet te lang moest duren, in zijn visie doelend op zowel de situatie voor hun moeder als die voor henzelf. Over een wilsverklaring van hun moeder hebben zij zich toen niet en daarvoor ook niet uitgelaten anders dan dat moeder beter wilde worden of anders niets. Ook patiënte zelf heeft nimmer over haar uiterste wil verklaard.

Patiënte is op zaterdag 29 juli 1995 te 16.15 uur aan een hartstilstand overleden. Verweerder was op dat moment niet in het ziekenhuis. De dienstdoende arts-assistent H. heeft de familie van het overlijden op de hoogte gebracht en een verklaring van natuurlijk overlijden ingevuld.

Klager heeft acht klachtonderdelen geformuleerd, die, gelet op hun onderlinge samenhang, in drie categorieën kunnen worden ingedeeld en daarom gezamenlijk zullen worden behandeld, te weten klachtonderdelen betref-

I verweerders handelen in verband met het op 28 juli 1995 genomen besluit tot abstineren;

II verweerders handelen in verband met de uitvoering van het besluit tot abstineren;

III de na het overlijden van patiënte ingevulde overlijdensverklaring.

Ad I

Met betrekking tot het abstinentiebesluit verwijt klager verweerder dat hij op 28 juli 1995 tijdens de MP heeft voorgesteld te abstineren terwijl daarvoor medisch inhoudelijk gezien onvoldoende redenen waren, verweerder in de dagen voorafgaand aan 28 juli 1995 geen dienst had als coördinerend anesthesioloog en onvoldoende duidelijk is of bij die bespreking de chirurgische discipline vertegenwoordigd was.

Voorts verwijt klager verweerder dat de verslaglegging in het patiëntendossier op de Intensive Care op 28 en 29 juli 1995 te summier is en niet zorgvuldig.

Uit zijn verdere toelichting blijkt dat klager daarbij met name het oog heeft op de verslaglegging van de MP waarbij het abstinentiebesluit is genomen, derhalve van 28 juli 1995.

Verweerder benadrukt dat het op 28 juli 1995 genomen besluit tot abstineren een teambeslissing is geweest en niet los kan worden gezien van de gehele ziektegeschiedenis van patiënte en alle overleg dat voorafgaand aan dat besluit heeft plaatsgevonden. Hij erkent dat hij verantwoordelijk was voor de verslaglegging op 28 en 29 juli 1995 en dat die summier was.

De door het college opgeroepen deskundige heeft ter terechtzitting met betrekking tot het besluit tot abstineren – samengevat weergegeven – allereerst met klem erop gewezen dat het hier om een patiënte ging met een verhoogd operatierisico en verder dat zich na de operatie voortdurend complicaties hebben voorgedaan die een multidisciplinaire aanpak vergden, welke in het E. goed vorm heeft gekregen en waarin de anesthesiologen fungeren als een soort technisch voorzitter. Alles overziende komt hij tot de conclusie dat begrijpelijk is dat er wat men noemt behandelingsmoeheid is opgetreden. De abstinentiebeslissing is volgens hem in samenspraak met alle bij de behandeling betrokkenen genomen.

Met betrekking tot de klachten over het abstinentiebesluit (I) overweegt het college het volgende.

Met verweerder en de deskundige is het

college van oordeel dat het op 28 juli 1995 tijdens de MP genomen besluit tot abstineren – waarvan overigens niet is komen vast te staan dat het voorstel daartoe is gedaan door verweerder – niet los kan worden gezien van het gehele ziekteverloop en besluitvormingsproces dat daaraan vanaf 26 juni 1995 is voorafgegaan. Uit alle gegevens zoals die in het patiëntendossier zijn neergelegd, komt het – ook door de deskundige geschetste – beeld naar voren van complicatie op complicatie bij een zeer ernstig zieke patiënte. Voorts blijkt uit de door verweerder overgelegde brieven van de betrokken (assistent-)specialisten van de chirurgie, interne geneeskunde, anesthesiologie en medische microbiologie dat zij het erover eens zijn dat er voor patiënte geen zinvolle medische opties meer voorhanden waren en dat zij – in ieder geval achteraf – geheel instemmen met het tijdens de MP van 28 juli 1995 genomen besluit tot abstineren. Hoewel destijds niet vastgelegd in het van bedoelde MP opgestelde verslag, staat thans in voldoende mate vast dat bij die bespreking aanwezig waren: verweerder, arts-assistent chirurgie H., internist K., en twee IC-verpleegkundigen. Voorts staat voldoende vast dat bij die gelegenheid over het abstinentiebesluit overeenstemming bestond. Dat gebruikelijk is dat dergelijke besluiten in het E. op basis van consensus worden genomen, hebben zowel de deskundige prof. D. als verweerder meegedeeld, zodat ook daarvan wordt uitgegaan. Verder moet, gelet op hetgeen door verweerder ter terechtzitting is meegedeeld en door klager niet is weersproken, ervan worden uitgegaan dat verweerder in de week voorafgaand aan 28 juli 1995 enkele keren de MP heeft bijgewoond en in ieder geval aanwezig was op 27 juli 1995, bij welke bespreking ook de vraag van al dan niet abstineren aan de orde is geweest. Al het voorgaande in aanmerking nemend, alsmede het gesprek dat op 27 juli 1995 tussen I. en J. en de familie van patiënte had plaatsgehad en de omstandigheid dat de situatie waarin patiënte verkeerde in de loop van de nacht weer was verslechterd is het college van oordeel dat het behandelingsteam in redelijkheid tot het abstinentiebesluit heeft kunnen komen, ook al was de dag tevoren besloten de somatostatine nog een dag of twee de kans te geven en ondanks dat het met

een aantal bij patiënte gemeten waarden, waaronder bloedgassen en diurese, nog niet zo slecht was gesteld. Naar het oordeel van het college stelt verweerder in dit verband terecht dat weliswaar sprake was van een redelijk stabiele toestand maar op een zeer laag niveau. De conclusie van de door klager benaderde prof. dr N., hoofd Intensive Care in..., inhoudende, dat zijns inziens op het moment van abstineren geen sprake was van multiple orgaanfalen doet aan het voorgaande niet af.

Dit leidt ertoe dat verweerder geen verwijt in tuchtrechtelijke zin kan worden gemaakt van het abstinentiebesluit en de wijze waarop dat tot stand is gekomen. Daarentegen is het college van oordeel dat verweerder wel een verwijt kan worden gemaakt van de summiere wijze van verslaglegging van de MP bespreking op 28 juli 1997. De verslaglegging is onvoldoende concreet en nauwkeurig, met name gelet op het belang van de bij die bespreking genomen beslissing.

De omstandigheid dat de dag tevoren nog bewust was afgezien van het nemen van die beslissing geeft een reden te meer om, toen dat besluit wel werd genomen, van de daaraan ten grondslag liggende redenen en de bij die bespreking aanwezigen uitvoerig en nauwkeurig verslag te doen. Als coördinerend anesthesioloog is verweerder hiervoor verantwoordelijk.

Ad II

Deze klachtonderdelen hebben betrekking op de uitvoering door verweerder van het abstinentiebesluit en bestaan uit

- a) de uitvoering van het abstinentiebesluit tot aan 29 juli 1995 omstreeks 11.00 uur en
- b) de verhoging van de KCl toediening tot 15 mmol per uur.

Klager verwijst in verband met onderdeel a) naar het rapport van eerdergenoemde prof. dr N. die over de wijze van abstineren tot aan de verhoging van de KCl toediening schrijft: 'Dit deel van het beleid is nauwelijks een abstinencebeleid te noemen. Weliswaar zijn de belangrijkste behandelingen gestaakt, maar het geven van een langwerkende spierverslapper in combinatie met een zeer hoge dosering sedatie en het halveren van de beademing in combinatie met het continueren van de Kaliuminfusie is in feite een actief terminerend beleid.'

(...)

Door de wijze van 'abstineren' die in dit geval gekozen is, namelijk sedatie en reduceren van de beademing onstond waarschijnlijk een zeer onaangename situatie.'

In zijn klaagschrift stelt klager met betrekking tot onderdeel b) dat dit onjuist was 'immers:

1. Het besluit tot abstineren is op onjuiste gronden en onvoldoende zorgvuldig genomen.
 2. Het abstinencebesluit is medisch-technisch onjuist uitgevoerd, waardoor patiënte in een zeer onaangename situatie raakte.
 3. Uit niets is gebleken dat patiënte ooit tegenover de behandelend artsen haar wil tot levensbeëindiging onder bepaalde omstandigheden had geuit. In de laatste periode op de Intensive Care moet patiënte beschouwd worden als wilsonbekwaam.'
- Daarnaast verwijt klager verweerder nog dat hij het besluit tot toediening van de hoge dosis Kaliumchloride niet tot onderwerp van collegiale consultatie heeft gemaakt.

Verweerder heeft ter terechtzitting verklaard dat hij de dosis Kaliumchloride heeft verhoogd uit humanitaire overwegingen, zowel ten aanzien van patiënte als ten aanzien van haar familie en dat patiënte op dat moment naar zijn mening in de stervensfase verkeerde.

De door het college opgeroepen deskundige heeft verweerder ter terechtzitting gevraagd of er destijds in het E. sprake was van een protocol voor deze gevallen. Laatstgenoemde heeft deze vraag ontkennend beantwoord en voorts meegedeeld dat er ook thans alleen een protocol bestaat voor wilsbekwamen.

De deskundige heeft verklaard – zake-lijk weergegeven – dat het zijns inziens formeel juist zou zijn geweest het aanvankelijk ingezette beleid van beademen en een beetje vocht toedienen voort te zetten tot de dood zou zijn ingetreden. In dit geval zou dat echter nog dagen hebben kunnen duren. De door verweerder gekozen handwijze van verhoging van de KCl toediening is actief levensbeëindigend handelen waarvoor zijns inziens een uiterste wilsbeschikking van patiënte nodig was, alsmede consultatie van een onafhankelijke collega.

Met betrekking tot onderdeel a) van categorie II overweegt het college als volgt.

Het handelen van verweerder direct nadat de abstinentiebeslissing was genomen, moet worden aangemerkt als het voeren van een niet actief terminerend beleid. Het college volgt het standpunt van de deskundige dat dit formeel en medisch technisch een juiste weg was. Voor zover klager (onder verwijzing naar het rapport van prof. dr N.) heeft bedoeld te stellen dat deze wijze van abstinieren voor patiënte een ongename situatie heeft doen ontstaan kan hij daarin niet worden gevolgd. Patiënte verkeerde immers continu in een toestand van diepe sedatie. Met betrekking tot onderdeel b) wordt wat betreft het uit het klaagschrift aangehaalde gedeelte onder 1. en 2. verwezen naar hetgeen reeds is overwogen over het abstinentiebesluit en onderdeel a) van categorie II. Aan dat laatste wordt nog toegevoegd dat verhoging van de KCl toediening onder de omstandigheden van dit geval als een snelwerkend euthanaticum moet worden beschouwd. Met klager is het college evenwel van oordeel dat verweerder niet tot gebruikmaking van dit middel had mogen overgaan zonder daarover een collega te raadplegen. Ook hier had het binnen het E. voor het nemen van abstinentiebeslissingen gebruikelijke consensusmodel moeten worden gevolgd. Voorts had verweerder, nu patiënte niet meer in staat was haar wil te uiten, in beginsel toestemming voor de door hem te volgen handelwijze aan de familie van patiënte moeten vragen mede in aanmerking genomen het bepaald in artikel 7:465 van het Burgerlijk Wetboek. Weliswaar heeft klager (lees verweerder MTC) met de familie van patiënte gesproken, maar uit zijn verklaring blijkt niet dat dat gesprek plaatsvond vóórdat hij tot verhoging van de KCl toediening overging en evenmin dat hij daarbij toestemming voor dit ingrijpen heeft verkregen. Verweerder heeft in de gegeven situatie derhalve onjuiste maatstaven gehanteerd en niet de zorgvuldigheid in acht genomen die van een goed hulpverlener verwacht mag worden.

Ad III

De inhoud van deze klachtonderdelen komt erop neer dat verweerder niet heeft voorkomen dat door de arts-assistent een verklaring van natuurlijk overlijden is ingevuld.

Ook deze klacht is naar het oordeel van het college gegrond, nu immers vaststaat dat in dit geval geen sprake was van een natuurlijk overlijden en verweerder eindverantwoordelijkheid draagt voor het invullen van de overlijdensverklaring. Dat verweerder niet heeft voorkomen dat een verklaring van natuurlijk overlijden werd ingevuld ligt – achteraf gezien – echter wel in het verlengde van zijn gedachtengang. Ter terechtzitting heeft verweerder nog meegedeeld dat hij als anesthesioloog het stopzetten van beademingsapparatuur als veel actiever ingrijpen ervaart dan het verhogen van de KCl toediening. In zoverre levert deze klacht daarom geen zelfstandig verwijt op, nu ook verweerder aannemelijk heeft gemaakt dat hij met zijn nalatigheid geen enkele kwade bedoeling heeft gehad richting de arts-assistent, noch dat hij op die manier controle achteraf van zijn eigen handelen heeft willen bemoeilijken.

De conclusie van het voorgaande moet zijn dat de klacht deels gegrond is. Verweerder heeft door te handelen als hiervoor bekritiseerd het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ernstig ondermijnd. Het college heeft evenwel de overtuiging gekregen dat verweerdert handelen is voortgekomen uit goede bedoelingen en vindt het om redenen die de persoon van verweerder betreffen passend om het bij na te melden maatregel te laten.

Terzijde overweegt het college nog het volgende.

Het door de deskundige in veel ziekenhuizen gesignaleerde ontbreken van een protocol voor gevallen als de onderhavige, alsmede het algemeen belang dat naar het oordeel van het college gediend zou zijn met het opstellen van een dergelijk protocol, is aanleiding om deze beslissing te publiceren.

De beslissing luidt:

Het Medisch Tuchtcollege waarschuwt verweerder en bepaalt dat de beslissing ingevolge artikel 13b van de Medische Tuchtwet zal worden bekendgemaakt door publicatie in de Staatscourant en door toezending met het verzoek tot publicatie over te gaan aan de tijdschriften Medisch Contact en Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Aldus gewezen op 8 december 1997 door mr F.G. Bauduin, voorzitter, M.F. van Brederode-Zwart, dr M.H. Houwert-de Jong, dr J.N. Keeman en J.H.W.A. Schouten, leden-geneeskundigen, met mr A.M.J.A. Kroeze als secretaris.

w.g. mr F.G. Bauduin, voorzitter
w.g. mr A.M.J.A. Kroeze, secretaris.