

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2011-179

**Datum uitspraak: 19 juni 2012**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

**A**,  
wonende te B,  
klaagster,

tegen:

**C**, huisarts,  
wonende te D,  
de persoon over wie geklaagd wordt,  
hierna te noemen de arts.

### 1. Het verloop van het geding

Het klaagschrift is ontvangen op 6 september 2011. Mr. drs. M.C. Hoogendam, als advocaat verbonden aan de ARAG te Leusden, heeft namens de arts bij verweerschrift tegen de klacht verweer gevoerd. Partijen hebben daarna achtereenvolgens gerepliceerd en gedupliceerd. Van de zijde van de arts is het medisch dossier overgelegd en zijn op verzoek van de vooronderzoeker door mr. Hoogendam bij brief van 4 januari 2012 aanvullende gegevens verstrekt. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de gelegenheid om in het vooronderzoek te worden gehoord. De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare zitting van 24 april 2012. Klaagster, vergezeld van een vriendin, en de arts zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. De arts werd bijgestaan door mr. M.H.M. Mook, werkzaam bij ARAG te Leusden. Klaagster en mr. Mook hebben pleitnotities overgelegd. Het door de arts voorgelezen slotwoord is eveneens overgelegd.

### 2. De feiten

Mede op grond van het medisch dossier van na te noemen patiënt wordt van de volgende feiten uitgegaan:

1. E, echtgenoot van klaagster, (verder ook wel te noemen: patiënt) is medio mei 2011 gediagnosticeerd met een T4N2M1a adenocarcinoom LOK met pleuritis carcinomatosa. De prognose was somber. De enige behandeloptie was palliatieve chemotherapie. In verband met dyspnoe is een ontlastende pleurapunctie verricht (1500 cc pleuravocht). Patiënt heeft gekozen voor chemotherapie.
2. Nadat de arts van de longarts over de diagnose en het behandeltraject informatie had ontvangen, heeft op 23 mei 2011 tussen de arts, patiënt en klaagster een gesprek

plaatsgevonden. Daarbij is voor het eerst euthanasie ter sprake gekomen. Op 24 mei 2011 is de chemotherapie gestart. Op die dag is opnieuw 1500 cc pleuravocht weggehaald.

3. Op 10 juni 2011 heeft wederom een gesprek tussen de arts, patiënt en klaagster plaatsgevonden naar aanleiding van het feit dat patiënt in overleg met de longarts de chemotherapie had gestaakt en van pleurodese had afgezien waarbij met de longarts was afgesproken dat zo nodig wel ontlastende puncties zouden worden uitgevoerd en de palliatieve zorg verder met de arts zou worden besproken. Tijdens dit gesprek is euthanasie weer onderwerp van gesprek geweest.

4. Op 17 juni 2011 heeft de arts patiënt en klaagster weer voor een consult in zijn praktijk gezien en heeft patiënt een door hem via internet verkregen en ondertekende euthanasieverklaring overhandigd. De euthanasieverklaring is tijdens dit consult uitvoerig besproken en door de arts getekend. In de voorafgaande week was opnieuw 3000 cc gepuncteerd.

5. In de loop der tijd heeft meermalen telefonisch contact plaatsgehad tussen de assistente van de arts en patiënt of klaagster omtrent het gebruik, aanpassing of verandering van (de dosering van) de pijnmedicatie. Een maal heeft klaagster in verband met toegenomen pijn bij patiënt de praktijk bezocht. Ook heeft telefonisch contact plaatsgevonden over achterdocht, opstandigheid en nare dromen bij patiënt en is bij het vermoeden van een delier Haldol voorgeschreven. Tijdens een consult op 4 juli 2011 heeft de arts patiënt een antibioticumkuur voorgeschreven in verband met een verdenking van een plaatselijke infectie na een pleurapunctie. Toen is de pijnmedicatie opgehoogd. Omdat patiënt zich op 14 juli 2011 op het spreekuur presenteerde met benauwdheid is hij in verband hiermee en in verband met mogelijk opnieuw een hoeveelheid pleuravocht naar de SEH van het ziekenhuis gestuurd.

6. Op 18 juli 2011 heeft de arts patiënt en klaagster op zijn spreekuur gezien. Bij patiënt was een permanente pleuradrain geplaatst en de arts heeft via deze drain vocht afgetapt.

Ook kwam zuurstofvoorziening thuis ter sprake. Tijdens het gesprek hebben de arts, patiënt en klaagster opnieuw over de euthanasiewens van patiënt en over het standpunt daarover van de arts gesproken.

7. Op vrijdag 22 juli 2011 is patiënt 's ochtends samen met klaagster bij de longarts geweest voor drainage. Direct na dit consult zijn patiënt en klaagster in de auto naar de praktijk van de arts gereden waar klaagster heeft verzocht om een gesprek met de arts. Door tussenkomst van de assistente heeft de arts aan patiënt en klaagster verzocht in de vroege middag terug te komen voor een gesprek. Tijdens dit gesprek hebben patiënt en klaagster verteld dat de longarts had meegedeeld dat hij weinig meer voor patiënt kon betekenen. Patiënt was benauwd ondanks gebruik van 2 liter zuurstof per minuut en zei zo niet verder te willen. Hij heeft de arts om euthanasie verzocht. De arts heeft hierop toegezegd in het dossier te melden dat nu een eerste (concrete) euthanasieverzoek was gedaan. Hij heeft medegedeeld dat het noodzakelijk was dat het verzoek op een ander moment zou worden herhaald om de consistentie van het verzoek te waarborgen. Voorts zijn verschillende palliatieve behandelopties besproken en is besloten aanvullende behandelingen op te starten.

8. Vrijdag 22 juli 2011 was de laatste werkdag van de arts vóór zijn vakantie van drie weken. De arts heeft op die dag de thuiszorg verzocht om te zorgen voor een morfine-, respectievelijk dornicum pomp en de overdracht aan de dienstdoende artsen voor het weekend via de internet webapplicatie van de F geregeld. Eerder had hij al de waarnemend huisarts over patiënt geïnformeerd.

9. Op 25 juli 2011 is patiënt overleden.

### **3. De klacht**

Klaagster en haar man hebben samen de arts verschillende keren bezocht om hem op de hoogte te brengen van de stand van zaken en behandelingen en het medicatiebeleid en het euthanasieverzoek van patiënt te bespreken. De arts heeft zelf van zijn kant nooit (tussentijds) contact gezocht. Patiënt heeft de arts uitdrukkelijk gezegd dat palliatieve sedatie geen optie was voor hem en bij ieder bezoek aan de arts zijn euthanasiewens kenbaar gemaakt. De arts is hier niet of nauwelijks op ingegaan. Op de vraag van klaagster of de arts euthanasie zou uitvoeren, dan wel daar bezwaar tegen had, omdat in het laatste geval patiënt zich tot een andere huisarts zou wenden, is door de arts nooit een echt antwoord gegeven.

De arts zei alleen "dat het goed zou komen". Tijdens de gesprekken heeft de arts niet gezegd dat binnen zijn praktijk zeer zelden wordt meegewerkt aan euthanasie. De arts is op vakantie gegaan zonder adequate dossieroverdracht aan het F-team waardoor de weekendartsen niets hebben kunnen ondernemen. Tegen de wens van patiënt in is euthanasie niet uitgevoerd.

Klaagster verwijt de arts dat hij

1. patiënt niet dan wel onvoldoende heeft begeleid gedurende zijn ziekbed;
2. niet duidelijk is geweest over zijn standpunt omtrent euthanasie;
3. tegen de uitdrukkelijke wens van patiënt in geen euthanasie heeft uitgevoerd;
4. geen overdracht heeft geregeld voor het weekend van vrijdag 22 tot maandag 25 juli 2011.

### **4. Het standpunt van de arts**

4.1. De arts heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden.

Met betrekking tot het eerste klachtonderdeel heeft de arts naar voren gebracht dat uit het feitenoverzicht, zoals ook in het journaal is aangetekend, kan worden afgeleid dat de nodige en afdoende zorg is verleend.

4.2. Voor wat betreft het tweede klachtonderdeel heeft de arts aangevoerd dat hij zijn persoonlijke visie en het praktijkbeleid ter zake van euthanasie open met patiënt en klaagster heeft besproken. Hij heeft daarbij aangegeven dat euthanasie binnen de praktijk zeer ongebruikelijk is en dat hoge eisen worden gesteld alvorens euthanasie wordt toegepast, hoger dan bij veel andere collega-huisartsen. De arts heeft voorts meegedeeld dat een euthanasieverklaring geen recht op euthanasie geeft, maar de wens van de patiënt voor euthanasie weergeeft voor het moment dat euthanasie als enige optie resteert en voorts toont dat patiënt over euthanasie heeft nagedacht en uitvoering daarvan zou wensen.

4.3. In verband met het derde klachtonderdeel is de arts van mening dat hij patiënt en klaagster duidelijk en gemotiveerd heeft meegedeeld waarom hij het eerste (concrete) euthanasieverzoek op dat moment niet kon honoreren. De arts heeft zich op 22 juli 2011 vóór het gesprek met patiënt en klaagster niet kunnen vergewissen van het standpunt van de longarts over de medische toestand van patiënt, de veranderingen die zich hadden voorgedaan en hetgeen de longarts met patiënt en klaagster had afgesproken, aangezien de longarts bij telefonisch contact die dag niet meer bereikbaar bleek. Daarnaast was de arts van mening dat patiënt wel leed onder pijn en benauwdheid, maar dat er nog palliatieve mogelijkheden voorhanden waren. In reactie op het concrete euthanasieverzoek van patiënt heeft de

arts tijdens het gesprek met patiënt en klaagster dan ook meegedeeld dat hij op dat moment geen reden zag voor euthanasie omdat er nog behandelopties waren in de vorm van toepassing van een subcutane morfinepomp en aanpassing van de hoeveelheid zuurstof ter vermindering van de pijn en benauwdheid, aanpassing van andere medicatie en het voorschrijven van Haldol om bijwerkingen te voorkomen en voorts dagelijkse pulsgewijze toediening van Dormicum per subcutane pomp van 21.00 tot 09.00 uur om een goede slaap zonder klachten te garanderen. Aldus was er geen sprake van palliatieve sedatie en zou het lijden niet ondraaglijk hoeven zijn.

Ook was het voor de arts noodzakelijk dat patiënt zijn eerste concrete verzoek in vervolg op het consult van de longarts op een ander moment zou herhalen om de consistentie van zijn verzoek te waarborgen. Omdat de arts op dat moment geen gevolg kon en wilde geven aan het euthanasieverzoek heeft hij ook niet overwogen om een tweede, onafhankelijke arts te raadplegen.

De arts heeft voorts meegedeeld dat op 22 juli 2011 nog gesproken is over het eventueel overstappen naar een andere huisarts. De arts heeft toegelicht dat vrijdag, 22 juli 2011 een schakelpunt was binnen de vakantiewaarneming. Binnen de waarneemgroep van zes huisartsen was geen andere arts aanwezig die de zorg acuut kon overnemen. De drie huisartsen uit de huisartsengroep, die aanwezig waren, zouden dat weekend met vakantie gaan, terwijl de drie andere huisartsen in hetzelfde weekend terug zouden komen van vakantie. Voorts zou patiënt na het weekend te maken krijgen met een andere arts, te weten de waarnemend huisarts, met wie de euthanasieprocedure besproken zou kunnen worden.

De arts heeft patiënt als preterminaal ingeschat, hetgeen betekent dat hij niet verwachtte dat patiënt binnen enkele weken zou overlijden.

4.4. Omtrent het vierde klachtonderdeel heeft de arts opgemerkt dat hij de overdracht van patiënt als aandachtspatiënt door middel van het invullen van de rubriek "inhoud" alsook het template "overdrachtsformulier terminale patiënt" van de daartoe bedoelde internetapplicatie van de F heeft geregeld. Hierbij heeft hij beknopt de diagnose, ingestelde behandeling, de te verwachten problemen en de euthanasiewens beschreven. Achteraf is gebleken dat het systeem niet naar behoren heeft gefunctioneerd, zodat de door de arts ingevoerde gegevens slechts zeer ten dele zichtbaar zijn geweest voor de telefoniste en de dienstdoende artsen. Dit manco is door F bevestigd.

Het college zal op dit verweer ingegaan, voor zover dit voor de beoordeling nodig is.

## **5. De beoordeling**

5.1 De klachtonderdelen lenen zich voor gezamenlijke behandeling.

De arts heeft tot zijn verweer met instemming passages uit het Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie (2003) aangehaald. Deze passages zijn in het Standpunt opgenomen onder de deelonderwerpen *de rol van de arts* (3.) *geen recht van de patiënt, geen plicht voor de arts* (3.1) en *de arts en de familie van de patiënt* (4.1). Ook het college neemt dit KNMG Standpunt tot uitgangspunt.

In het Standpunt wordt ook aandacht besteed aan mogelijke principiële bezwaren bij de arts. In de onderhavige zaak moet ervan worden uitgegaan dat de bezwaren van de arts tegen euthanasie, die hem zoals hij het heeft geformuleerd tot een terughoudend beleid hebben gebracht, zodanig zwaarwegend zijn geweest dat die als principiële bezwaren zijn te kwalificeren waarover in het Standpunt uitspraken worden gedaan. Patiënt was immers in toenemende mate ernstig ziek en het was te verwachten dat hij spoedig

zou sterven. In verband daarmee is van de kant van patiënt en/of klaagster tijdens hun veelvuldig bezoek aan de praktijk meer dan eens euthanasie ter sprake gebracht en is de wens daartoe geuit. Ten slotte is een door patiënt zelfstandig verkregen euthanasieverklaring aan de arts overgelegd. De arts heeft echter eerst op 18 juli 2011 zijn terughoudend standpunt over medewerking aan euthanasie (duidelijk) bekend gemaakt. Zoals het in het medisch dossier is vermeld: *“Euthanasieprocedure opnieuw besproken. Nu geen vraag, wil weten hoe de termijnen zijn .... Uitleg scan (lees scen )procedure etc. Ook opnieuw uitleg mbt ons standpunt mbt euthanasie; zeer terughoudend en alleen in uiterste (!) nood. Overdracht aan dr W(...). besproken; melding wordt gedaan..”*

Voor het oordeel dat de bezwaren van de arts principieel van aard waren wordt ook bevestiging gevonden in het feit dat, naar hij ter terechtzitting heeft verklaard, hij in zijn ruim 15-jarige praktijk als huisarts nooit genoodzaakt is geweest om aan de wens van een patiënt om euthanasie uit te voeren mee te werken.

5.2 Voor de stelling van klaagster, dat de arts tijdens de gesprekken nooit heeft gezegd dat binnen zijn praktijk zeer zelden wordt meegewerkt aan euthanasie, bestaat onvoldoende aanwijzing. Gelet op de zojuist weergegeven passage in het medisch dossier is aannemelijk dat in ieder geval op 18 juli 2011 het in de praktijk gangbare zeer terughoudende standpunt aangaande medewerking aan euthanasie aan klaagster en haar man is meegedeeld.

Wat daar verder van zij, naar het oordeel van het college had de arts tijdens de hierboven aangehaalde contacten van klaagster en haar man veel eerder en indringender moeten wijzen op zijn zeer terughoudende standpunt en dit uitvoerig moeten verduidelijken. Dit geldt temeer daar aannemelijk is dat de patiënt, en niet alleen klaagster, vanaf het moment dat de ernstig sombere prognose bekend was geworden, er geen misverstand over heeft laten bestaan, dat euthanasie gewenst werd. Want van de arts mag worden verwacht dat hij in een vroeg stadium duidelijkheid betracht over zijn persoonlijke standpunt, en tevens dat hij bespreekbaar maakt hoe de patiënt zijn sterven ziet en welke verwachtingen hij daarbij heeft van de hulpverlening. Daarnaast had de arts, gelet op zijn terughoudende standpunt ten aanzien van het toepassen van euthanasie enerzijds en de duidelijke euthanasiewens van patiënt die in de laatste fase van zijn leven verkeerde anderzijds, met patiënt ook de mogelijkheid moeten bespreken om een andere arts te kiezen. Hij had zo nodig de patiënt tijdig de gelegenheid moeten bieden in contact te treden met een andere huisarts zonder gewetensbezwaren. Het college herhaalt hier een aantal kernpassages in het KNMG standpunt:

- *“Het behoort...tot de medische standaard dat, waar dat nodig is, een arts in een vroeg stadium duidelijkheid betracht over dergelijke principiële bezwaren. Dit voorkomt dat de patiënt hierover pas kennis verkrijgt in een fase dat de toestand van de patiënt al zo ernstig is, dat er geen tijd en/of gelegenheid is om mogelijke oplossingsrichtingen te bespreken.”*

- *“..er zijn situaties te onderkennen waarin ... wel aangewezen is (dat de arts zijn levensbeschouwelijke en/of ethische opvattingen inzake – dat wil zeggen ook: bezwaren tegen – euthanasie bekend maakt).”*

*“Indien de opvattingen van arts en patiënt ver uiteen blijken te liggen en patiënt persisteert bij zijn (mogelijk) verzoek tot levensbeëindiging, dan zal de arts de patiënt in ieder geval in de gelegenheid moeten stellen in contact te treden met een collega die geen gewetensbezwaren heeft.”*

5.3 Het behoeft geen betoog, want dat wordt algemeen bekend verondersteld en in het recht ook aanvaard, dat naar de geldende opvattingen en regelgeving niet kan worden gevegd van de arts dat hij bij principiële bezwaren tegen euthanasie daaraan meewerkt. Waar de patiënt geen recht heeft op euthanasie, bestaat voor de arts geen verplichting. In zoverre is klachtonderdeel 3. ongegrond.

5.4 De conclusie is dat de arts niet had mogen volstaan met een melding van zijn persoonlijke standpunt en het er niet op aan had mogen laten komen dat patiënt in een zo laat stadium van zijn ziekte moest bemerken dat de door hem gewenste euthanasie niet zou worden uitgevoerd of op formele bezwaren zou stuiten. Patiënt meende, en mocht menen, dat – zoals de wet betreffende de euthanasie 2002 het omschrijft – het duurzame karakter van zijn verzoek tot euthanasie bij de arts bekend was. De arts had daarom tenminste in eerdere instantie uitleg moeten geven over de bestaande (formele) voorwaarden waaronder aan een verzoek tot euthanasie zou kunnen worden voldaan. Door dit achterwege te laten heeft het kunnen gebeuren dat de overdracht door de arts, die met vakantie ging, aan de dienstdoende artsen voor het weekend door communicatieproblemen binnen het systeem gebrekkig is geweest en klaagster en patiënt niet de bijstand hebben gekregen die zij in de laatste dagen van het leven van patiënt nodig hebben gehad. De arts had de overdracht eerder bespreekbaar moeten maken, contact moeten leggen met zijn collega's over deze aandachtspatiënt voor de drie weken dat de arts afwezig zou zijn, en hierover aan patiënt duidelijkheid moeten verschaffen. Door dit niet te doen valt hem ook in zoverre een verwijt te maken.

5.5. Het voorgaande brengt mee dat de klacht deels gegrond is. De arts heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens patiënt en klaagster had behoren te betrachten.

De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend.

Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing, zodra zij onherroepelijk is, op na te melden wijze worden bekendgemaakt.

## **6. De beslissing**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg te 's-Gravenhage beslist als volgt:

Legt de arts de maatregel van WAARSCHUWING op.

Bepaalt dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Deze beslissing is gegeven door: mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. H.A.B. van Dorst-Tatomir, lid-jurist, prof.dr. M.W. Hengeveld, P.R.H. Vermeulen en prof.dr. R.G. Pöll, leden-artsen, bijgestaan door mr. I.C.M. Spitters-Vermeulen, secretaris en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 19 juni 2012.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voorzover de klacht is afgewezen, of voorzover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te

's-Gravenhage, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.