

## **REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2013-209

**Datum uitspraak: 25 november 2014**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

**A**,,  
wonende te B,  
klaagster,  
gemachtigde: C

tegen:

**D**, huisarts,  
werkzaam te B,  
verweerder,  
gemachtigde: mr. E.J.C. de Jong.

### **1. Het verloop van de procedure**

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift, ontvangen op 11 september 2013
- een verklaring van C
- het verweerschrift met bijlagen
- de repliek
- de dupliek
- de brief van 1 april 2014 van thuiszorgorganisatie E te B, met als bijlage het zorgdossier.

1.2 De partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

1.3 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 30 september 2014. De gemachtigde van klaagster en verweerder, bijgestaan door zijn gemachtigde, zijn ter zitting verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht.

### **2. De feiten**

2.1 F, geboren in 1952 en overleden in 2013 (hierna te noemen patiënte), was de moeder van klaagster en echtgenote van C.

2.2 Patiënte was bekend met diabetes mellitus, morbide obesitas, status na onderbeenamputatie rechts, status na CABG, chronische ontsteking van de voet links, vasculaire insufficiëntie en een coxarthrose links.

2.3 Verweerder was de huisarts van patiënte. Hij heeft haar op (zaterdag) 16 maart 2013 bezocht nadat zij een dag eerder uit het ziekenhuis was ontslagen. In het ziekenhuis was bij patiënte de diagnose ossaal gemetastaseerd longcarcinoom (longkanker met uitzaaiingen naar lever en botten in een vergevorderd stadium) gesteld, waaraan zij niet meer kon worden behandeld.

2.4 Patiënte heeft in aanwezigheid van klaagster met verweerder gesproken over de diagnose en daarbij gezegd dat zij euthanasie zou willen als zij ondraaglijk veel pijn zou krijgen of zou dreigen te stikken. Dit had zij bij haar zwager meegemaakt en wilde zij bij haarzelf voorkomen. Verweerder heeft gezegd dat hij geen euthanasie wilde toepassen en heeft voorgesteld dat eventueel palliatieve sedatie wel aan de orde zou kunnen zijn. Patiënte ging hiermee akkoord.

2.5 Patiënte werd thuis verzorgd door medewerkers van thuiszorgorganisatie E. Verweerder had op de Huisartsenvragenlijst van E aangegeven dat hij geen vaste bezoekdag had voor de thuissituatie, buiten kantooruren en voor de avond/weekeinde dienst niet bereikbaar was voor overleg en voorts dat hij alleen zo nodig overleg met de thuiszorg wilde hebben.

2.6 Op (dinsdag) 9 april 2013 heeft E de praktijk van verweerder gebeld om verweerder te verzoeken het beleid ten aanzien van patiënte te herzien in verband met achteruitgang en pijn. De assistente heeft de boodschap aangenomen en zou dit met verweerder bespreken. Later op de dag heeft E klaagster gebeld met de melding dat patiënte erg achteruit ging en dat het heel moeilijk was om verweerder te bereiken en dus ook om zijn akkoord voor het starten van de morfinepomp te krijgen.

2.7 Op (woensdag) 10 april 2013 heeft verweerder patiënte thuis bezocht. Hij heeft klaagster toen niet gesproken, maar wel een verzorgster met wie hij heeft afgesproken dat hij een morfinepomp zou aanvragen. 's Middags heeft verweerder het recept naar de apotheek gefaxt. Klaagster heeft een bezoek aan de praktijk van verweerder gebracht om te spreken over stopzetting van medicijnen; de assistent heeft toen onder meer gezegd dat de opdracht voor de morfine was verstuurd. Klaagster is tot 's avonds laat bij patiënte gebleven, die veel pijn had.

2.8 Op (donderdagochtend) 11 april 2013 heeft klaagster aan E gevraagd of men wist wanneer de morfinepomp gebracht zou worden. Deze bleek bij de apotheek te zijn besteld, maar de buitendienst van het specialistisch team van E (Stichting G) was weliswaar ingeschakeld door E maar had nog geen opdracht ontvangen om de pomp aan te sluiten. Nadat deze opdracht om 15.00 uur was ontvangen, heeft het team de morfinepomp om 16.45 uur aangesloten. Bij teveel pijn mocht elk uur een extra bolus morfine worden gegeven.

2.9 Op dezelfde dag had patiënte tegen E gezegd dat zij wilde beginnen met het innemen van Dormicum (midazolam), omdat zij zoveel pijn had. Klaagster heeft dit 's avonds doorgegeven aan verweerder, maar deze vond dit nog niet het geschikte moment

omdat patiënte voor de pijnstilling nog onvoldoende op de morfine was ingesteld en zij bij gelijktijdig gebruik van Dormicum de pijn niet goed zou kunnen aangeven. Patiënte kon niet meer slikken, praten of bewegen en was onrustig. Verweerder heeft die avond 20 mg extra morfine gegeven. Klaagster heeft het moeizame contact aan de orde gesteld. De medewerker van E die daarna bij patiënte kwam, zei het niet eens te zijn met de door klaagster genoemde reden van de arts om nog geen Dormicum te geven. In de nacht heeft de echtgenoot van patiënte bij veel pijn meermalen een extra bolus morfine gegeven.

2.10 Op (vrijdagochtend) 12 april 2013 heeft klaagster in overleg met E met het specialistisch team gebeld voor verhoging van de morfine en om toediening van Dormicum te bespreken. De medewerkster van het specialistisch team zei om 13.00 uur dat het slaapmiddel nu echt geregeld moest worden, maar kon verweerder (die op vrijdagmiddag geen praktijk houdt) niet bereiken. Hierop heeft zij de spoedlijn van de HAP gebeld, die haar zou terugbellen. De apotheek wilde slechts na veel aandringen – wegens het ontbreken van een herhaalrecept – een extra cassette morfine geven. Toen patiënte ademnood had en in paniek was, maar de medewerkster van het specialistisch team aan het einde van de middag nog niet was teruggebeld door de spoedlijn, heeft zij klaagster geadviseerd de Huisartsenpost (HAP) te bellen. De dienstdoende arts van de HAP bezocht patiënte die avond om 19.00 uur en zei dat hij niet zonder meer Dormicum kon voorschrijven omdat verweerder geen overdracht had geschreven. Uiteindelijk kon het middel door klaagster bij de nachtapotheek gehaald worden en rond 21.00 uur worden toegediend. 's Nachts is de dosis Dormicum in opdracht van de vervangende huisarts, na overleg met E, verhoogd.

2.11 Op (zaterdag) 13 april 2013 zijn in de ochtend de dosering morfine en Dormicum nogmaals verhoogd, waarna patiënte in die middag is overleden.

## **2 De klacht**

De klacht is dat verweerder:

- 1) weigerde samen te werken met de thuiszorgorganisatie (E);
- 2) niet bereikbaar was op de nodige momenten;
- 3) boos werd als werd geprobeerd iets te bespreken dat niet goed liep;
- 4) patiënte had beloofd haar niet te zullen laten lijden en als het zover zou komen haar in slaap te brengen en dat hij dat niet heeft gedaan;
- 5) niet direct op 10 april 2013 maar pas op 11 april 2013 het specialistisch team heeft ingeschakeld, waardoor de morfinepomp pas een dag later is aangesloten terwijl patiënte toen al ondraaglijke pijn leed.

## **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 stelt vast dat de verwijten zoals verwoord in de klacht zijn onder te verdelen in twee verschillende aspecten: a) het medisch handelen van verweerder waaronder de zorg rond de palliatieve sedatie in de periode van 9 tot en met 13 april 2013 en b) de communicatie en samenwerking van verweerder met patiënte, haar familie en E.

5.2 Volgens de KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie 2009 (hierna: de Richtlijn) wordt onder palliatieve sedatie verstaan het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase. Het doel van palliatieve sedatie is het verlichten van het lijden van de patiënt zodat hij in rust, zonder pijn of benauwdheid, kan sterven. Het verlagen van het bewustzijn is het middel om dat doel te bereiken. Het doel is niet het leven te bekorten of te verlengen. Deze sedatie wordt alleen toegepast in de stervensfase en als alle andere behandelingen niet meer helpen om het lijden draaglijk te maken. De indicatie voor palliatieve sedatie wordt gevormd door het bestaan van een of meer onbehandelbare ziekteverschijnselen (refractaire symptomen), welke leiden tot ondraaglijk lijden van de patiënt. Een symptoom is of wordt refractair als geen van de conventionele behandelingen (voldoende snel) effectief zijn en/of deze behandelingen gepaard gaan met onaanvaardbare bijwerkingen.

5.3 Verweerder heeft bij patiënte en haar naasten het vertrouwen gewekt dat hij aan de palliatieve zorg zijn volledige medewerking zou verlenen, maar uit het dossier en het ter zitting verhandelde blijkt niet dat hij aan deze verwachting heeft voldaan. Noch uit het medische dossier van verweerder, noch uit het zorgdossier van E blijkt dat verweerder adequaat heeft gereageerd op de signalen die hem van patiënte, verzorgenden/verpleegkundigen en de naasten bereikten. Verder is gebleken dat verweerder niet goed bereikbaar voor hen was en dat hij wel een aantal maal bij patiënte langs is geweest, maar haar (als behandelend arts) niet – conform de Richtlijn – minimaal eenmaal per dag heeft bezocht. Daarnaast heeft verweerder niet steeds nagegaan of alles goed was geregeld, zoals de toestemming voor het starten van de morfiepomp, het regelen van Dormicum en de overdracht aan de HAP in verband met zijn afwezigheid. Zo staat in het waarneembericht van de HAP-arts d.d. 12 april 2013: *“specialistisch team vraagt te starten met palliatieve sedatie dm dormicum pomp contact waarnemer eigen huisarts, zou dormicum regelen, is niet gebeurt, bij apotheek is niets bekend”*. Verweerder heeft ofwel onvoldoende kennis gehad van de medische situatie van patiënte ofwel het lijden van patiënte onvoldoende onderkend. Zo heeft hij aangevoerd dat patiënte vrij comfortabel was en weinig pijn heeft geleden, terwijl uit het dossier van E blijkt dat patiënte voortdurend veel pijnklachten had, onrustig was en op het laatst ook angstig en benauwd. Waar van de huisarts in de laatste levensfase een rol van actieve bemoeienis en initiatief verwacht mag worden, heeft verweerder een afwachtende houding aangenomen. Dit klemt temeer nu patiënte tegenover verweerder duidelijk had gemaakt dat zij een lijdensweg in de stervensfase wilde voorkomen en had ingestemd met palliatieve sedatie in plaats van euthanasie. Verweerder heeft mede door deze passieve houding patiënte in de laatste fase in onzekerheid gelaten over haar begeleiding, in plaats van haar actief bij te staan met palliatieve sedatie zoals hij met haar had besproken. Het innemen van Dormicum had tot klachtenverlichting, remming van de onrust, de benauwdheid en de angst moeten dienen toen de veelvuldig toegediende morfine de pijn niet meer kon onderdrukken. Verweerder had in ieder geval tijdens zijn dienst op 11 april 2013, toen zij bij zijn aankomst wederom erge pijn had, het toedienen van Dormicum moeten starten. Door dit na te laten heeft hij in dit opzicht geen rekening gehouden met de gerechtvaardigde wensen van zijn patiënte.

5.4 Verweerder was als huisarts belast met de zorg voor patiënte in haar laatste levensfase, maar ook met de regie van de begeleiding tijdens die fase. Hierin is verweerder tekortgeschoten. Hoewel verweerder heeft gesteld dat hij in voorkomende situaties niet meer zo zou handelen en dat hij zich heeft aangesloten bij een palliatieve-

zorggroep, is het het College niet duidelijk geworden of hij zich voldoende bewust is van de inhoud van zijn regisserende taak bij de begeleiding van een patiënt in de laatste levensfase.

5.5 Een multidisciplinaire aanpak is kenmerkend voor de palliatieve zorg. Verpleegkundigen en verzorgenden – maar ook de naasten – zijn voor de behandelende arts een belangrijke informatiebron waar het gaat om het welzijn van de patiënt. De continuïteit van samenwerken en het afstemmen, informatie uitwisselen en communiceren tussen de hulpverleners onderling zijn belangrijk voor een goede begeleiding van de patiënt. Gebleken is dat verweerder slecht bereikbaar was en dat – mede door ergernis – de communicatie en samenwerking tussen hem en E zeer moeizaam is verlopen.

5.6 Volgens de Richtlijn moet de behandelende arts, met name ten behoeve van de avond, de nacht en het weekend, zorgdragen voor een adequate overdracht aan de vervangende arts (bijvoorbeeld de huisarts op de huisartsenpost). Verweerder heeft echter slechts summiere aantekeningen gemaakt in het dossier. Van het consult op 16 maart 2013 waarbij patiënte om toepassing van euthanasie vroeg en het alternatief van palliatieve sedatie was besproken, zijn in het geheel geen aantekeningen te vinden. Hoewel verweerder ter zitting heeft gezegd dagelijks bij patiënte op huisbezoek te zijn geweest, blijkt dit niet uit het dossier. De slechte bereikbaarheid, de gebrekkige verslaglegging en het ontbreken van een overdracht aan de HAP hebben in de weg gestaan aan de gewenste continuïteit in de communicatie met en over patiënte.

5.7 Het College concludeert dat verweerder in strijd heeft gehandeld met de zorg die hij ten opzichte van patiënte behoorde te betrachten zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. De klacht is dan ook gegrond.

5.8 Het College acht het opleggen van een berisping gerechtvaardigd, gezien de ernst en verwijtbaarheid van de verweten gedragingen. Een waarschuwing zou daaraan onvoldoende recht doen.

5.9 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, op de voet van artikel 71 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg bekend worden gemaakt op hierna te vermelden wijze.

## **6. De beslissing**

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag beslist als volgt:

verklaart de klacht gegrond en legt op de maatregel van berisping.

bepaalt dat deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Deze beslissing is gegeven door mr. L.J. Sarlemijn, voorzitter, mr. M.E. Honée, lid-jurist, M. Keus, dr. B. van Ek en prof.dr. M.W. Hengeveld, leden-artsen, bijgestaan door mr. Y.M.C. Bouman, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 25 november 2014.

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, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem 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

Den Haag, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.