



NIET -  
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/  
AFGEWEZEN

## Geen goede palliatieve zorg

Opvallend verschillende oordelen van het regionaal en het Centraal Tuchtcollege over de huisarts in deze tuchtzaak. Een weduwnaar klaagt over de in zijn ogen gebrekkige palliatieve zorg die de huisarts aan zijn inmiddels overleden vrouw gaf.

De vrouw had uitgezaaide darmkanker en was in de laatste fase benauwd. De huisarts schreef tweemaal een korte steroïdenkuur voor, en later fentanylpleisters. Met enige regelmaat had hij contact met haar. Het regionaal tuchtcollege oordeelt dat de frequentie voldeed en dat zijn behandelkeuzes verdedigbaar waren.

Het Centraal Tuchtcollege vindt daarentegen dat de arts ernstig tekortschoot, dat hij niet handelde volgens de richtlijnen. Daarin staat bijvoorbeeld dat onvoldoende bekend is of fentanylpleisters effectief zijn tegen dyspneu, en dat morfine daarom de eerste keus is. Er staat ook duidelijk in dat hulpverleners aan alle dimensies van het ziekzijn aandacht moeten besteden: lichamelijke, psychische, sociale en existentiële. Dat deed deze huisarts niet, en daar bewees hij deze vrouw geen goede dienst mee. Hij wordt berispt.

Als palliatieve zorg onderdeel van je

vak is, houd dan je kennis over dat onderwerp op peil. Volg nascholingen en maak gebruik van de expertise die er op dit gebied is. Op de websites van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zijn bijvoorbeeld relevante richtlijnen en Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken te vinden, en contactgegevens van palliatieve teams die u kunt raadplegen.

**Sophie Broersen**, arts/journalist  
**Antina de Jong**, gezondheidsjurist

### Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 6 juni 2017

(ingekort door redactie Medisch Contact)

Beslissing in de zaak onder nummer C2016.347 van A, wonende te B, appellant, klager in eerste aanleg, tegen C, huisarts, werkzaam te B, verweerder in beide instanties.

## 01

### Verloop van de procedure

A, hierna klager, heeft op 7 maart 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Den Haag tegen C, hierna de arts, een klacht ingediend. Bij beslissing van 9 augustus 2016, onder nummer 2016-061, heeft dat college de klacht afgewezen. (...)

## 02

### Beslissing in eerste aanleg

#### 2.1 (...)

### '2 De feiten

- 2.1** Bij klagers echtgenote, hierna ook: patiënte, werd in 2010 na een colonoscopie darmkanker met uitzaaing naar de lever vastgesteld. Na operaties en chemotherapie ging het een tijd goed met patiënte. Op 3 juli 2015 heeft de oncoloog patiënte echter laten weten dat zij was uitbehandeld. Patiënte werd ontslagen uit het D-ziekenhuis met continue extra zuurstofvoorziening.
- 2.2** Op 6 juli 2015 heeft klager met verweerder gesproken en zijn medewerking gevraagd voor palliatieve sedatie om te voorkomen dat patiënte zou stikken. Verweerder gaf aan dat patiënte tijdig morfine en Dormicum toegediend zou krijgen.
- 2.3** Op 8 juli 2015 heeft verweerder patiënte bezocht. Patiënte gaf aan geen euthanasie te willen, maar wel palliatieve sedatie voor pijn en dyspneu. Verweerder heeft toen aangegeven dat palliatieve sedatie in principe bij een levensverwachting van circa twee weken zou worden gestart.
- 2.4** Op 13 augustus 2015 bezocht verweerder patiënte, die in toenemende mate last kreeg van benauwdheid. Verweerder schreef Ventolin met Aerochamber voor.
- 2.5** Op 21 september 2015 legde verweerder bij patiënte een visite af wegens toenemende benauwdheid en daarvoor schreef hij een vijfdaagse kuur prednisolon voor.

**2.6** Bij een controle op 23 september 2015 trof verweerder patiënte aan met minder benauwdheid en meer eetlust, geen crepities, saturatie 99 procent en reguliere pols 79.

**2.7** Tijdens een controle op 30 september 2015 trof verweerder patiënte aan zonder pijn. Zij was stabiel qua adem en had minder last van slijm.

**2.8** Op 15 oktober 2015 bezocht verweerder patiënte wederom. Zij had geen pijn, saturatie 90 procent en reguliere pols 84. Verweerder gaf patiënte en klager een antigriepinjectie.

**2.9** Op 20 oktober 2015 bezocht verweerder patiënte, nadat zij de avond ervoor een benauwdheidsaanval had gehad. Het ging volgens patiënte die ochtend weer wat beter. Er is toen een expectatief beleid afgesproken.

**2.10** Op 28 oktober 2015 werd wijkverpleging ingeschakeld. Deze wijkverpleegster heeft contact gezocht met verweerder en gevraagd of verweerder patiënte kon bezoeken.

**2.11** Op 30 oktober 2015 heeft verweerder patiënte bezocht en bij patiënte was toen sprake van meer benauwdheid. Weer heeft verweerder toen een prednisolonkuur voorgeschreven.

**2.12** Vanwege de verslechterende situatie van patiënte heeft klager vrijdag 6 november 2015 contact gezocht met verweerder. Laat in de middag kwam verweerder kijken. Patiënte was benauwd maar had geen pijn, saturatie was 89 procent, en de pols was regulier 78. Verweerder schreef patiënte fentanylpleisters voor en gaf aan volgende week terug te komen. Dit is niet gebeurd.

**2.13** Op 10 november 2015 heeft klager met patiënte een bezoek gebracht aan de oncoloog van het D-ziekenhuis. In het medisch dossier bevindt zich de volgende berichtgeving van de oncoloog aan verweerder:

*‘Tot 13 oktober 2015 ging het prima met patiënte. Sindsdien is er echter een achteruitgang opgetreden, met name met betrekking tot vermoeidheid en dyspneu.*

*(...) Op dit moment is echter de wijkverpleging ingeschakeld naar volle tevredenheid van patiënte en haar echtgenoot. In verband met dyspneuklachten gaf u inmiddels fentanyl 25. Hiervan bemerkt patiënte op dit moment redelijk effect.*

*Indien de dyspneu toch verder toeneemt, zou een advies kunnen zijn over te gaan naar intraveneus dan wel subcutaan morfine, aangezien dit de enige toedieningsvorm is waarvan bewezen werd dat er een dyspneuverminderende werking van uitgaat.*

*In goed overleg met patiënte en haar echtgenoot hebben wij besloten geen polikliniekafpraak meer te maken, aangezien dit patiënte veel te veel energie zal kosten. Ik zou u dan ook willen verzoeken uw expertise bij patiënte in te willen zetten om de verdere begeleiding voor uw rekening te willen nemen.*

*Op verzoek van patiënte en haar echtgenoot heb ik over een maand nog-*

*maals telefonisch contact. Uiteraard is er eerder contact wenselijk indien nodig.’*

**2.14** Op 15 november 2015 was patiënte zo benauwd dat de huisartsenpost werd gebeld. Patiënte is geïnjecteerd met 2,5 milligram morfine met – later op de dag – de opdracht om dat iedere vier uur te herhalen. Ook is een blaaskatheter geplaatst en later op de avond een morfiepompje.

**2.15** Op 16 november 2015 om 4.05 uur is patiënte overleden.’

**2.2** De in eerste aanleg ingediende klacht en het daartegen gevoerde verweer hielden volgens het regionaal tuchtcollege het volgende in:

### **‘3 De klacht**

**3.1** Volgens klager is verweerder nalatig geweest. Verweerder heeft de medische situatie van patiënte verwaarloosd en heeft zich niet gehouden aan richtlijnen aangaande palliatieve zorg. Met name heeft verweerder patiënte niet als palliatieve en later terminale patiënt willen behandelen, ondanks adviezen van wijkverpleging en de oncoloog. Ten onrechte heeft verweerder geen morfiepompje laten aanbrengen en prednisolon en fentanylpleisters voorgeschreven in plaats van morfine. Verweerder heeft patiënte niet meer bezocht, hoewel hij dat wel had toegezegd. Verweerder had patiënte geen antigriepinjectie moeten geven in de slechte situatie waarin zij verkeerde.

### **4 Het standpunt van verweerder**

Verweerder heeft de klacht weersproken. Het verweer zal – voor zover relevant – hierna besproken worden.’

**2.3** Het regionaal tuchtcollege heeft aan zijn beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd:

### **‘5 Overwegingen**

**5.1** Na de mededeling van de oncoloog op 3 juli 2015 heeft verweerder zich naar het oordeel van het college regelmatig vergewist van de medische zorg die verleend zou moeten worden door contact te hebben met patiënte en klager, alsmede – in een later stadium – door ook contact te hebben met de wijkverpleging. Verweerder heeft patiënte in de periode tussen 3 juli 2015 en het laatste bezoek op 6 november 2015 regelmatig thuis bezocht en onderzocht. Verweerder heeft naar het oordeel van het college in die periode kunnen volstaan met de gebleken frequentie van de bezoeken aan patiënte. (...)

**5.2** Dat verweerder nalatig is geweest door tijdens deze bezoeken tegen benauwdheid prednisolonkuren en fentanylpleisters voor te schrijven kan naar het oordeel van het college niet worden gezegd. De voorgeschreven middelen waren geschikt tot het doel van het verhelpen van de benauwdheid. Het college kan volgen

dat verweerder op 30 oktober 2015 opnieuw een prednisolonkuur voorschreef, gelet op de positieve effecten die in september 2015 met dat middel werden gezien. Verweerder heeft verklaard dat hij op 6 november 2015 fentanylpleisters voorschreef voor comfort en tegen benauwdheid. Dit stuit bij het college niet op bedenkingen. Dat verweerder niet heeft gekozen voor toediening van morfine maakt dit oordeel niet anders. Uit de brief van de oncoloog van 10 november 2015, die verweerder op 11 november 2015, dus vijf dagen na het bezoek van 6 november 2015, heeft ontvangen, volgt ook niet dat fentanyl geen verdedigbare keuze was.

(...)

**5.5** Klager verwijt verweerder dat hij – ondanks dat hij had beloofd om na enkele dagen terug te komen – dat niet heeft gedaan.

Vooropstaat dat verweerder wist dat de wijkverpleging regelmatig contact met patiënte had. De wijkverpleging zocht ook op verschillende momenten over de behandeling van patiënte contact met verweerder. Onder deze omstandigheden mocht verweerder erop vertrouwen dat – mocht zijn aanwezigheid dringend gewenst zijn – deze door de wijkverpleging zou worden ingeroepen.

In deze context was het niet opvolgen van de aankondiging door verweerder dat hij in de week daarop zou terugkomen voor patiënte en klager weliswaar bezwaarlijk en heeft verweerder daar terecht zijn excuus voor gemaakt, maar is er naar het oordeel van het college niet sprake van een zodanige nalatigheid dat daarvan een tuchtrechtelijk verwijt aan verweerder moet worden gemaakt.

**5.6** In het licht van het voorgaande dient de klacht te worden afgewezen.'

## 03

### Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg. Dit echter met dien verstande dat – zoals klager terecht heeft opgemerkt – klager op 10 november 2015 niet met zijn echtgenote (hierna: patiënte) een bezoek heeft gebracht aan de oncoloog van het D-ziekenhuis, maar dat laatstgenoemde op die dag klager telefonisch heeft benaderd, conform zijn eerder gedane toezegging dat hij klager en/of patiënte minimaal één keer per maand zou bellen nadat patiënte uit het ziekenhuis was ontslagen. De oncoloog heeft op verzoek van klager nog diezelfde dag de brief naar de arts gestuurd, zoals hiervoor onder 2.13 geciteerd.

## 04

### Beoordeling van het beroep

(...)

*Beoordeling*

**4.3** Op grond van de stukken en het verhandelde ter terechtzitting is het Centraal Tuchtcollege – anders dan het regionaal tuchtcollege – van oordeel dat de arts ernstig tekort is geschoten in het verlenen van palliatieve zorg aan patiënte.

**4.4** Ten eerste heeft de arts medisch-inhoudelijk niet juist gehandeld. Patiënte had last van kortademigheid en kortademigheidsaanvallen. In die situatie dient te worden gehandeld conform de vigerende richtlijn Dyspneu in de palliatieve fase van het Integraal Kankercentrum Nederland.

De arts heeft patiënte niet adequaat behandeld door enkel kortdurende prednisolonkuren voor te schrijven en niet te zorgen voor onderhoudsdoseringen en/of medicatie welke gegeven zou kunnen worden bij kortademigheidsaanvallen.

Ook het op 6 november 2015 voorschrijven van fentanylpleisters is medisch gezien niet de juiste keuze geweest. Er is onvoldoende bekend of fentanylpleisters effectief zijn bij de symptomatische behandeling van dyspneu. Daarom wordt gebruik ervan in de vigerende richtlijnen ook ontraden. De pleisters zijn niet effectief bij de symptomatische behandeling van kortademigheidsaanvallen. In genoemde richtlijn wordt bij kortademigheid in de palliatieve fase in het geval van medicamenteuze behandeling morfine als eerste keuze genoemd. De arts heeft desgevraagd niet duidelijk gemaakt waarom hij die eerste keuze niet heeft gevolgd.

**4.5** De arts heeft voorts bij de echtgenoot/familie van patiënte geen plan achtergelaten hoe zou moeten worden gehandeld indien nadere symptomen zouden optreden. Hij heeft zijn ingezette beleid ook niet systematisch geëvalueerd. Sterker nog: na 6 november 2015 heeft hij patiënte in het geheel niet meer bezocht, hoewel hij dit wel had toegezegd. Ook een eerdere toezegging om patiënte te bezoeken, was hij niet nagekomen. Het Centraal Tuchtcollege acht dit laakbaar. Anders dan het regionaal tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de arts er niet op mocht vertrouwen dat, mocht zijn aanwezigheid dringend gewenst zijn geweest, hij door de wijkverpleging zou worden ingeroepen. De arts had, als de regievoerder in de fase van palliatieve zorg voor patiënte, hoe dan ook contact moeten opnemen toen hij zijn toezeggingen – naar zijn zeggen door drukte in de praktijk – geen gestand kon doen. Hij heeft zijn rol als regievoerder niet waargemaakt. Hij had vanuit zijn regiefunctie beter moeten communiceren en coördineren, en zijn beleid moeten afstemmen met de betrokken specialisten en de wijkverpleging. Ook had het op zijn weg gelegen om te zorgen voor een goede overdracht van patiënte aan de huisartsenpost, zodat de waarnemer op die post de beschikking zou hebben over adequate informatie met betrekking tot patiënte.

**4.6** Palliatieve zorg omvat, naast medische zorg, tevens psychisch-emotionele zorg, sociale zorg en zingevingszorg. Dit volgt onder meer uit eerdergenoemde richtlijnen. De arts heeft de laatst genoemde drie domeinen van palliatieve zorg niet in kaart gebracht en heeft hieraan geen aandacht besteed. Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat de arts daarmee tekort is geschoten in het leveren van passende palliatieve zorg. Het laatste onderdeel van de klacht –het geven van een griepinjectie– ontmoet bij het Centraal Tuchtcollege geen bezwaren.

**4.7** Alles afwegende is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de arts ernstig tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. De klacht is gegrond met uitzondering van het laatste klacht-onderdeel. De beslissing van het regionaal tuchtcollege zal worden vernietigd.

**4.8** Bij het oordeel welke maatregel in de gegeven omstandigheden op zijn plaats is, neemt het Centraal Tuchtcollege het volgende in aanmerking. Palliatieve zorg stelt zich tot doel om de kwaliteit van leven van de patiënt met een levensbedreigende ziekte, en diens naaste(n), te optimaliseren. In casu had de arts de taak om palliatieve zorg aan patiënte te verlenen, zodat patiënte haar leven in waardigheid kon voltooien. De arts is ernstig tekortgeschoten in die taak en heeft aldus het in hem gestelde vertrouwen van patiënte en haar echtgenoot geschonden. Gelet op het feit dat de arts niet eerder tuchtrechtelijk is veroordeeld zal het Centraal Tuchtcollege volstaan met oplegging van de maatregel van berisping. (...)

## 05

### Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (...)

- legt aan de arts de maatregel van berisping op; (...)

Deze beslissing is gegeven door mr. C.H.M. van Altena, voorzitter, mr. W.P.C.M. Bruinsma en mr. J.P. Fokker, leden-juristen, drs. M. van Bergeijk en dr. M.K. Dees, leden-beroepsgenoten, en mr. N. van der Velden, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 6 juni 2017. ■

#### web

De volledige tekst van deze uitspraak staat op [medischcontact.nl/tuchtrecht](http://medischcontact.nl/tuchtrecht). Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

Voor meer uitspraken zie [tuchtrecht.nl](http://tuchtrecht.nl).

## OPVALLENDE UITSPRAKEN

### ● Hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor continuïteit van zorg na ontslag

Klacht tegen klinisch geriater door dochters van een inmiddels overleden patiënt. Patiënt leed aan de ziekte van Alzheimer, was aan een gebroken heup geopereerd en lag in het ziekenhuis. Zijn gezondheidssituatie verslechterde snel, mede doordat patiënt bijna niet meer at en dronk bij een ernstig delier. Met de geriater werd afgesproken dat patiënt naar huis zou worden verplaatst, alwaar palliatieve sedatie zou worden gestart. De geriater zou ervoor zorgen dat alles hiervoor op tijd geregeld zou zijn, zoals de aanwezigheid van de thuiszorg en de benodigde medicatie. Toen patiënt thuiskwam, bleek dat er nog niets was geregeld. Ook bleek toen pas dat de geriater het niet eens was met de beslissing om palliatieve sedatie in gang te zetten, omdat hij het nog te vroeg vond daarvoor.

Dochters verwijten de geriater onzorgvuldig en onveilig handelen door patiënt naar huis te laten gaan zonder ervoor te zorgen dat er thuiszorg en medicatie aanwezig was. De tuchtrechter vindt dat de geriater in zijn hoedanigheid van hoofdbehandelaar eindverantwoordelijk was voor de gang van zaken. Het was zijn taak om de continuïteit van zorg voor patiënt na het ontslag te waarborgen. Hier is hij onvoldoende in geslaagd nu vrijwel geen enkele afspraak was geëffectueerd op het moment waarop patiënt thuis was aangekomen. De geriater krijgt een waarschuwing opgelegd.

RTG Groningen, 7 november 2017

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

