

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2018.103

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2018.103 van:

A., huisarts, werkzaam te B., appellant, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde: mr. M.J. de Groot,

tegen

C., wonende te B., verweester in beroep, klaagster in eerste aanleg, gemachtigde: D..

1. Verloop van de procedure

C., hierna klaagster, echtgenote van E. - hierna de patiënt - heeft op 24 maart 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen A. - hierna de arts - een klacht ingediend. Bij tussenbeslissing in raadkamer van 16 november 2017, onder nummer 062/2017a, heeft dat College (hoewel D., de dochter van klaagster en de patiënt E., zich aanvankelijk als klaagster had gepresenteerd) klaagster ontvankelijk verklaard in haar klacht en iedere verdere beslissing aangehouden. Voor de motivering van die beslissing verwijst het Centraal Tuchtcollege naar die tussenbeslissing.

Bij beslissing van 26 januari 2018, onder nummer 062/2017, heeft het Regionaal Tuchtcollege de klachten gegrond verklaard en ter zake daarvan aan de arts de maatregel van berisping opgelegd. Die beslissing is gevolgd door een herstelbeslissing van 30 januari 2018, in welke beslissing het in de beslissing van 26 januari 2018 vermelde BIG-inschrijfnummer is gecorrigeerd.

De arts is van de hiervoor genoemde beslissing van 26 januari 2018, zoals hersteld bij beslissing van 30 januari 2018, tijdig in beroep gekomen. In het beroepschrift heeft de arts verzocht hem in de gelegenheid te stellen tot het aanvullen van de gronden van het beroep. Het Centraal Tuchtcollege heeft dat verzoek gehonoreerd, waarna op 1 juni 2018 een aanvullend beroepschrift is ingediend. Namens klaagster is vervolgens een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 6 december 2018, waar zijn verschenen de arts, bijgestaan door mr. M.J. de Groot, D., dochter en gemachtigde van klaagster. Klaagster is - hoewel behoorlijk uitgenodigd - niet verschenen. De zaak is over en weer toegelicht.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch dossier) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Echtgenoot van klaagster, verder te noemen patiënt, geboren in 1942, was samen met klaagster vanaf 1999 patiënt in de praktijk van verweerder. In 2008 is bij patiënt de

ziekte van Parkinson vastgesteld. Vanaf die tijd is hij, al dan niet samen met zijn vrouw, zeer regelmatig in de praktijk van verweerder geweest. Zijn gezondheid ging gestaag achteruit. In 2012 heeft patiënt tijdens een periode dat het geestelijk niet goed met hem ging een euthanasieverzoek gedaan. Een psychiater heeft dit verzoek afgewezen. In 2013 zijn patiënt en klaagster bij verweerder geweest voor het bespreken van een euthanasieverklaring en behandelverbod. Vanaf de zomer van 2016 ging patiënt sterk achteruit. Hij at steeds minder, kreeg moeite met slikken, viel regelmatig weg en had steeds meer last van constipatie en spierkrampen. In oktober/november 2016 werd hij enkele weken opgenomen in een verpleeghuis (in het kader van respijtzorg).

Op zondag 8 januari 2017 heeft klaagster gebeld met de huisartsenpost omdat zij dacht dat patiënt stervende was. 's Ochtends had patiënt al gezegd dat het niet meer ging en dat hij een gesprek wilde over euthanasie. Volgens klaagster was hij de hele week al af en toe verward. Rond 14.00 uur was hij naar geworden, kreeg een andere kleur en rochelde. Later was hij weer opgeknapt. De dienstdoende arts heeft een visite gebracht. Afsproken werd dat urine zou worden gebracht voor onderzoek naar cystitis (blaasontsteking). De dienstdoende arts noteerde verder in het dossier dat klaagster en patiënt die week een gesprek met hun huisarts wilden over eventuele euthanasie. Verweerder heeft vervolgens op verzoek van klaagster op maandag 9 januari 2017 een visite afgelegd bij patiënt. Verweerder heeft tijdens deze visite Fentanylpleisters 25 mcg/u voorgeschreven voor (terminale) pijnbestrijding. Naar aanleiding van deze visite noteerde verweerder in het dossier:

'S: Het gaat niet meer. Voelt zich lichamelijk en geestelijk al op. Heeft al 3-4 dagen gestopt met eten en drinken en sinds 2 dagen heeft ook gestopt met innemen van zijn medicatie. Alleen neemt oxazepam omdat hij last van schokken/krampen op de benen en soms de hele lichaam heeft. Wil graag medicatie zodat hij rustiger wordt en geen krampen krijgt en rustig en pijnloos komt te overlijden. Echtgenote en dochter zijn ook bij hem en zij zijn ook met hem eens.

O: Uitgebreid gesprek van ruim 45 minuten.

P: Beginnen met Fentanyl pleisters. Heeft al gestopt met alle medicatie, wil wel wat drinken maar wil ook niet meer eten.

R/5 st fentanyl matrixpl 25 mcg/u (...)'

Op woensdag 11 januari 2017 heeft klaagster met de praktijkassistente van verweerder gebeld. Zij vertelde dat patiënt hele pijnlijke voeten had en dat zij al paracetamol had gegeven. Zij vroeg of ze een pleister erbij kon plakken. De praktijkassistente heeft na overleg met verweerder doorgegeven:

'Nee extra pleister is te vroeg. Mag PCM 8x1 tabl. Of PCM 4x1000mg supp. Visite morgen of overmorgen.'

Op donderdag 12 januari 2017 heeft de dochter van patiënt met de praktijkassistente van verweerder gebeld met de vraag of patiënt een extra slaapmiddel voorgeschreven kon krijgen. De praktijkassistente heeft overlegd met verweerder. Verweerder wilde patiënt eerst zien en beoordelen. Die middag heeft verweerder een visite afgelegd bij patiënt.

In het medisch dossier van 12 januari 2017 staat:

'Het gaat nu wel redelijk. Is veel minder benauwd maar echtgenote en dochter vertellen dat hij overdag wel wisselend benauwd is, spiertrekkingen benen en onrust is nu wel over. Dhr. weigert om te eten en drinkt ook mondjes maat. Is nu veel meer helder en hallucineert niet meer. Zij hebben gisteren zelf een pleister erbij geplakt. (...) Ligt op bed, voelt zich moe zegt hij en is veel minder benauwd maar benauwdheid is nog niet helemaal over. Dhr. wil niet meer verder leven en vindt het goed zo.'

Verweerder heeft tijdens deze visite Fentanylpleisters 75 mcg/u voorgeschreven. Verweerder werkt op vrijdag altijd tot 12.00 uur waarna de praktijk sluit. De praktijktelefoon wordt die middag doorgeschakeld naar zijn vaste waarnemer, daarna neemt de huisartsenpost het over in het weekend.

In het thuiszorgdossier van 13 januari 2017 staat het volgende:

'Dhr. heeft nu 3 morfine pleisters en heeft gisteravond een slaaptabletje gekregen van mevr. dhr. had hier zelf om gevraagd. Vanmiddag worden er zwaardere morfine pleisters gebracht. dhr. had vannacht veel onrust en pijn (nachtdienst gaf dit vanmorgen door)'. De waarnemer van verweerder heeft op vrijdag 13 januari 2017 Diazepam zetpil voorgeschreven tegen de onrust.

In het weekend van 14 en 15 januari 2017 had verweerder geen dienst en was hij niet bereikbaar in verband met verblijf elders.

In het thuiszorgdossier van 14 januari 2017 staat het volgende:

'dhr. zijn stuit wordt roder, aangezien dhr. veel op zijn rug ligt zal ik maandag even contact opnemen met welzorg over een ad-matras.

(...)

Dhr. geeft aan niet meer te willen, en dat het goed is zo.(...) Mw. vroeg of wij de HA post wilden bellen. Ik heb mw. aangegeven dat ik wel wil bellen, maar dat de dienstdoende arts waarschijnlijk ook niets kan doen. Toch gebeld met HA post om de situatie te bespreken en te overleggen. Na lang overleg besloten om toch een arts langs te laten komen. Dhr. gaf aan pijn te hebben in het gehele lichaam.

(...)

Mw. vertelde dat de arts op dit moment niets kon doen. Arts heeft wel een aantekening gemaakt, zodra dhr. onrustig is kan mw. de HA post bellen en komt er direct een arts die dhr. een spuit geeft om te slapen (...) Daarnaast heeft de arts doorgegeven dat dhr. maandag een cassette krijgt voor epidurale toediening van morfine (...)

Mw. voelt zich in de steek gelaten door hun huisarts. Vrijdag is het laatste contact geweest en nu moeten ze het doen met de weekenddienst. Stuit het hakken ingewreven met sudocreme.(...)'

In het medisch dossier van zaterdag 14 januari 2017 staat het volgende:

'S: Client neemt de medicatie niet meer in. HA heeft Fentanylpleisters voorgeschreven/opgehoogd en Diazepam supp. Matig tot geen intake meer. Dhr. heeft zelf aan niet meer te kunnen/te willen. Dhr geeft nu pijnklachten over het hele lijf aan. Niet benauwd of andere toenemen klachten. Hulpvraag: Pijnklachten over het gehele lichaam in terminaal stadium. (...)

O Ligt nu rustig te slapen. Rustige reg pols, sat 97% Pulm. VAG alle velden. (...) P Uitgebreid gesproken met echtgenote. Vooral veel angst en onzekerheid over wat komen gaat. Uitgelegd dat ik nu niet veel kan doen omdat pt rustig slaapt. Afgesproken dat mevrouw ons belt bij toenemende onrust of pijn. In dat geval kunnen we zn dormicum oid spuiten.'

Later op 14 januari 2017 staat in het medisch dossier het volgende:

'S: dhr is stervende en heeft nu meer onrust en dan mag mw bellen zodat hij een injectie krijgt dat hij iets rustiger wordt (...)

O: nog wel aanspreekbaar . veel pijn en alg malaise wil graag slapen (...)

P: dormicum 15 / morf 10 mg i.m.'

Op zondag 15 januari 2017 belt klaagster met de HAP om aan te geven dat patiënt erg veel pijn heeft. Er wordt gestart met de toediening van morfine en midazolam per injectie.

Blijkens de informatie van de huisartsenpost heeft bij de drie hiervoor genoemde contacten telkens een dienstdoende arts een visite afgelegd bij patiënt (op 14 januari 2017 om

16.56 uur, 15 januari 2017 om 01.14 uur en 15 januari 2017 om 13.07 uur).

Op maandag 16 januari 2017 hebben thuiszorg en de dochter van patiënt gebeld met de assistente van verweerder om te vragen wat het beleid was. Genoteerd is dat verweerder die dag nog een visite zou doen om het verdere beleid te bepalen. Verweerder heeft aan het eind van de ochtend een visite afgelegd bij patiënt. In het medisch dossier staat:

‘S: Het gaat heel moeizaam. C. en dochter denken beide dat hij veel pijn heeft. Hij is ook veel rustiger geworden sinds gebruik van Midazolam.

O: Uitgebreide gesprek met de echtgenote en dochter. Echtgenote is erg ongelukkig dat allemaal zo langzaam gaat en hij moet veel lijden. Dhr. zelf ligt rustig in bed, lijkt diep comateus en reageert niet op prikkels.’

Verweerder regelt dat het transmuraal team langskomt voor het aansluiten van een morfinepomp.

Op dinsdag 17 januari 2017 heeft verweerder weer een visite afgelegd aan patiënt en heeft hij met klaagster en dochter gesproken. Verweerder heeft in het dossier genoteerd:

‘S: Het gaat nu heel goed volgens echtgenote en dochter. Hij heeft sinds gisteren heel rustig geslapen, heeft geen pijn of onrust meer. Zij zijn ook erg tevreden over geleverde zorg en snelle regeling pomp. (...)’

In de nacht van 17 op 18 januari 2017 is patiënt overleden.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- het volgende:

1. Verweerder heeft te laat palliatieve sedatie tot stand gebracht. Er is hierdoor sprake geweest van ondraaglijk lijden van de patiënt en voor klaagster een zeer belastende situatie gecreëerd;
2. De samenwerking van verweerder met de familie en thuiszorg/andere hulpverleners schoot tekort;
3. De voorlichting van verweerder richting patiënt, klaagster en familie schoot eveneens tekort.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

1. Verweerder stelt zich primair op het standpunt dat klaagster niet-ontvankelijk dient te worden verklaard in haar klacht;
2. Subsidiair is verweerder van mening dat de klacht niet voldoet aan de eisen van de Wet BIG en het Tuchtrechtbesluit;
3. Meer subsidiair stelt verweerder zich op het standpunt dat de klacht in al haar onderdelen ongegrond is en afgewezen dient te worden.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2

Het verweer dat klaagster niet-ontvankelijk is in haar klacht wijst het college af onder verwijzing naar hetgeen daarover in de tussenbeslissing is overwogen en beslist.

5.3

Zoals de KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie beschrijft, is het doel van palliatieve sedatie (het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase) het verlichten van het lijden van de patiënt. De indicatie voor palliatieve sedatie wordt volgens de richtlijn gevormd door het bestaan van een of meer onbehandelbare ziekteverschijnselen (refractaire symptomen), die leiden tot ondraaglijk lijden van de patiënt. Een besluit tot palliatieve sedatie is geen momentopname, maar een mogelijke uitkomst in het kader van een palliatief zorgtraject. De besluitvorming wordt beïnvloed door factoren zoals de opvatting van de patiënt en de arts over een goed sterfbed, de hoeveelheid aanwezige symptomen, de ernst ervan, de effecten van de somatische klachten op gevoelens zoals vrees, de angst voor het sterven(sproces), onmacht, onzekerheid, somberheid, boosheid, verdriet, de duur van het ziektebed, de mate van belasting van de mantelzorg, de draagkracht van patiënt en zijn mantelzorg. Ook lichamelijke uitputting (intense moeheid) kan een rol spelen in het stadium waarin patiënten zich bevinden en kan bijdragen aan ernstig lijden. Lichamelijke uitputting bepaalt mede de draagkracht van de patiënt. Dit kan leiden tot de conclusie dat er geen ruimte meer is om redelijke andere interventies dan palliatieve sedatie in te zetten. Pijn, dyspnoe en delier zijn de meest voorkomende refractaire symptomen. In de praktijk is het vaak een (niet-lineaire) optelsom van verschillende dimensies van een symptoom en/of van verschillende symptomen, die leidt tot een voor de patiënt ondraaglijk lijden. De context is daarbij mede bepalend. Ook existentieel lijden kan, net zoals pijn, onderdeel uitmaken van refractaire symptomen die leiden tot ondraaglijk lijden van de patiënt. Het gaat hierbij om de zinloosheid van het bestaan in het perspectief van een overlijden dat binnen een tot twee weken wordt verwacht, aldus de richtlijn.

5.4

Het college stelt vast dat verweerder op maandag 9 januari 2017 bij patiënt thuis is geweest, nadat de dag ervoor de huisartsenpost was ingeschakeld omdat patiënt aangaf dat het niet meer ging en het erop leek dat hij stervende was. Patiënt heeft tijdens het bezoek van verweerder opnieuw aangegeven dat het niet meer ging en dat hij op was. Hij heeft verder verteld dat hij enkele dagen daarvoor al was gestopt met eten en drinken en het innemen van zijn (uitgebreide) medicatie (met uitzondering van de Oxazepam). Hij wilde graag medicatie om rustiger te worden en geen krampen te krijgen en rustig en pijnloos overlijden. Verweerder heeft hieruit afgeleid dat patiënt geen abrupte dood wilde en euthanasie dus niet aan de orde was. Tijdens de zitting heeft verweerder aangegeven dat hij op dat moment ook nog niet overtuigd was van de doodswens van patiënt, omdat patiënt wel eens eerder van gedachten was veranderd. Het college kan dat op zichzelf volgen, maar is van oordeel dat verweerder wel had moeten uitvragen bij patiënt wat de reden was dat hij een doodswens had. Daaruit had immers onder meer kunnen blijken dat sprake was van existentieel lijden, wat van belang was geweest voor het te bepalen beleid. Niet gebleken is dat verweerder aan dit aspect aandacht heeft besteed. Verder staat vast dat verweerder ongeveer 45 minuten in huis is geweest. Verweerder heeft dus zeker tijd voor het bezoek genomen. De verklaringen van partijen lopen wel uiteen over hoe het bezoek is verlopen en wat er is besproken, onder meer over de mogelijke gevolgen van het besluit van patiënt om te stoppen met inname van zijn medicatie, wat patiënt en de familie verder konden verwachten en welke palliatieve zorg zou kunnen worden geboden. In het medisch dossier is daarover

niets vastgelegd. Uit het medisch dossier blijkt ook niet welk beleid verweerder hierbij voor ogen stond, afgezien van beginnen met terminale pijnbestrijding.

5.5

Op 12 januari 2017 heeft verweerder weer een visite bij patiënt afgelegd. Dit was nadat klaagster op woensdag had gebeld met de vraag of ze een extra pleister mocht plakken omdat patiënt erg pijnlijke voeten had en de dochter op donderdag had gebeld met de vraag of eventueel een slaapmiddel kon worden voorgeschreven omdat patiënt veel slijm in de longen had en het hem niet lukte te hoesten. Tijdens deze visite gaf patiënt aan dat hij nog steeds geen medicijnen innam, niet at en alleen nog mondjesmaat dronk. Verder zei hij dat hij zich moe voelde, dat de benauwdheid minder was maar nog niet over was en dat hij niet meer verder wilde leven en 'het goed vond zo'. Het college is van oordeel dat als verweerder niet op 9 januari 2017 overtuigd was van de doodswens van patiënt, hij dit zeker op 12 januari 2017 had moeten zijn en dit in elk geval vanaf dat moment had moeten meewegen bij het beleid.

5.6

Verweerder heeft tijdens de zitting verklaard dat hij van de familie begreep dat patiënt benauwd was en dat hij hiervoor Fentanyl pleisters met een hogere dosering heeft voorgeschreven. Verweerder heeft tevens verklaard dat hij de benauwdheid bij patiënt niet zelf heeft waargenomen en dat hij de mate van uitdroging van patiënt niet heeft onderzocht, omdat hij dat niet relevant vond voor het beleid. Verweerder zag op dat moment geen reden tot het inzetten van palliatieve sedatie. Het college kan verweerder daarin niet volgen. Zoals hiervoor is opgemerkt, kan volgens de KNMG-richtlijn palliatieve sedatie ook existentieel lijden, net zoals pijn, onderdeel uitmaken van refractaire symptomen die leiden tot ondraaglijk lijden van een patiënt. De herhaalde uitlatingen van patiënt dat het niet meer ging, dat hij op was, dat hij niet meer verder wilde leven en dat het goed was zo, wezen duidelijk in die richting. Zijn (al een aantal dagen volgehouden) beslissing om te stoppen met zijn medicatie en met eten en drinken, wees daar ook op. Verweerder heeft dit aspect niet onderkend. Kennelijk was hij onvoldoende op de hoogte van de richtlijn op dit punt, zoals ter zitting werd bevestigd. Verweerder had daarnaast de klachten van patiënt moeten objectiveren en de mate van uitdroging wel degelijk moeten meenemen in zijn overwegingen ten aanzien van het verder te voeren beleid. Het college ziet, gelet op de langdurige ziektegeschiedenis van patiënt, het vergevorderde stadium van de ziekte van Parkinson waarin hij zich bevond, de door patiënt aangegeven moeheid en uitputting en de hiervoor genoemde factoren die wezen op existentieel lijden, niet zonder meer in dat palliatieve sedatie op 12 januari 2017 nog niet aangewezen was. De besluitvorming van verweerder is op dit punt in elk geval onvoldoende zorgvuldig geweest, nu hij niet alle relevante factoren in zijn overwegingen heeft betrokken. Gelet daarop acht het college het eerste klachtonderdeel gegrond.

5.7

Vanaf vrijdag 13 januari 2017 om 12.00 uur was de praktijk van verweerder gesloten en in het weekend van 14 en 15 januari 2017 had hij geen dienst. Verweerder heeft klaagster en de dochter geïnstrueerd naar de huisartsenpost te bellen als zij een arts nodig hadden. Het medisch dossier van patiënt was toegankelijk voor de waarnemer van verweerder en voor de huisartsenpost. Naar het oordeel van het college volstond dat in dit geval echter niet. Verweerder had, gezien de gezondheidstoestand van patiënt en de problemen die waren te verwachten nu hij al enige dagen zijn medicatie niet meer innam, niet meer at en nauwelijks nog dronk, moeten nagaan of de tot dan toe ingezette behandeling gecontinueerd kon worden bij zijn afwezigheid in het weekend. Tevens had hij zorg moeten dragen voor een goede overdracht, zodat de weekendarts op de

hoogte was van de situatie en het tot dan toe gevoerde beleid en welke mogelijkheden er waren bij verdere problematiek. Dit laatste geldt met name, omdat in het medisch dossier (dat voor de waarnemer en de weekendartsen beschikbaar was) geen helder beleid was vastgelegd. Verweerder heeft daarmee ook onvoldoende regie gevoerd. Het tweede klachtonderdeel is in zoverre ook gegrond.

5.8

Zoals onder 5.4 al is vermeld, is in het medisch dossier niet vastgelegd wat verweerder op 9 januari 2017 met patiënt en de familie heeft besproken. Alleen is genoteerd dat een uitgebreid gesprek van ruim 45 minuten is gevoerd. Volgens verweerder zijn pijnbestrijding, terminale sedatie en euthanasie onderwerpen van gesprek geweest. Volgens klaagster heeft verweerder te kennen gegeven dat euthanasie niet bespreekbaar was. Op de uitgesproken zorg over de beslissing van patiënt om acuut met medicatie- inname te stoppen heeft hij gereageerd met de opmerking dat het prima was als patiënt Oxazepam wilde nemen en dat hij er verder ook niets aan kon doen als patiënt de medicijnen niet wilde nemen. Verder heeft hij nog aangegeven dat sterven aan uitdroging een ware martelgang zou kunnen opleveren en dat hij dat niet adviseerde, aldus klaagster. Het college kan, gelet op de uiteenlopende verklaringen, niet vaststellen wat er precies is gezegd. Uit het vervolg van het medisch dossier valt echter op te maken dat de informatie aan patiënt en zijn familie over hetgeen hen te wachten stond en over de mogelijkheden van palliatieve sedatie hoe dan ook niet toereikend is geweest. Zo hebben de familie en de verzorging verschillende malen gebeld met vragen over (extra) pijnbestrijding en slaapmedicatie en na het weekend om te vragen wat het beleid was. Verweerder had verder zelf een te beperkte opvatting over palliatieve sedatie, zodat hij patiënt en de familie daarover ook niet goed heeft kunnen informeren. Het derde klachtonderdeel is daarmee ook gegrond.

5.9

Wat betreft de op te leggen maatregel geldt het volgende. Het college twijfelt er niet aan dat verweerder zich heeft ingezet voor patiënt; de herhaalde visites op 9, 12, 16 en 17 januari 2017 en de tijd die verweerder daarbij voor patiënt en de familie heeft uitgetrokken getuigen daarvan. Dat neemt echter niet weg dat verweerder bij de uitvoering van de zorg in de laatste levensfase van patiënt aanzienlijk is tekortgeschoten. Vragen rondom het levenseinde zijn vragen waar zeer zorgvuldig mee omgegaan dient te worden. Naar het oordeel van het college heeft verweerder in dit geval onvoldoende regie gevoerd, geen duidelijk beleid geformuleerd en vastgelegd en niet voldoende zorggedragen voor voorlichting aan patiënt en zijn familie. Het college acht dit handelen van verweerder tuchtrechtelijk verwijtbaar. Gelet op de ernst van het tekortschieten, kan niet worden volstaan met een waarschuwing. Het college acht een berisping op zijn plaats.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hiervoor onder “2. De feiten” zijn weergegeven.

4. Beoordeling van het beroep

De procedure

4.1 In beroep heeft de arts het door hem gevoerde verweer tegen de naar aanleiding van zijn professioneel handelen/nalaten geformuleerde klacht nog een keer aan de tuchtrechter ter beoordeling voorgelegd. Het Centraal Tuchtcollege heeft kennis genomen van de inhoud van de in eerste aanleg geformuleerde klacht en het daarover in eerste

aanleg door partijen schriftelijk en mondeling gevoerde debat. Het door het Regionaal Tuchtcollege gevormde zaaksdossier is aan het Centraal Tuchtcollege gestuurd. In beroep is het debat door partijen schriftelijk nog een keer gevoerd, waarbij door ieder van hen standpunten zijn ingenomen naar aanleiding van de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten en de door dat College gegeven beschouwingen en beslissingen.

Ter terechtzitting bij het Centraal Tuchtcollege van 6 december 2018 is dat debat mondeling voortgezet.

4.2 In beroep heeft de arts tien grieven geformuleerd en toegelicht. De grieven richten zich tegen de gegrondverklaring van de drie klachtonderdelen en de opgelegde maatregel.

De arts heeft verzocht de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege te vernietigen, de klacht in al haar onderdelen ongegrond te verklaren, en - in het geval van een (gedeeltelijke) gegrondverklaring van de klacht - het opleggen van een maatregel achterwege te laten, althans te volstaan met een minder zware maatregel.

4.3 Klaagster heeft, kort weergegeven, verzocht de beslissingen van het Regionaal Tuchtcollege, zowel de gegrondverklaring van de drie klachtonderdelen als de opgelegde maatregel, te handhaven.

4.4 Het Centraal Tuchtcollege zal bij de beoordeling van de klachtonderdelen, waar van belang, zowel de nadere toelichting van klaagster op de klacht, als de nadere toelichting van de arts op zijn grieven en de daarop gevolgde uitlatingen van de zijde van klaagster betrekken.

Klachtonderdeel 1:

De arts heeft te laat palliatieve sedatie tot stand gebracht. Er is hierdoor sprake geweest van ondraaglijk lijden van patiënt en voor klaagster een zeer belastende situatie gecreëerd.

4.5 Het Centraal Tuchtcollege verwijst naar en neemt over hetgeen het Regionaal Tuchtcollege in de bestreden beslissing van 26 januari 2018 (onder 5.1, alsmede onder 5.3 tot en met 5.6) heeft overwogen over de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen (5.1), de KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie (5.3), de contacten tussen de arts en patiënt over zijn wens om rustig en pijnloos te overlijden en het moment van overlijden (5.4 en 5.5), alsmede het moment van inzetten van palliatieve sedatie (5.6), met dien verstande dat het Centraal Tuchtcollege de daaraan door het Regionaal Tuchtcollege verbonden conclusie van te laat tot stand gebrachte palliatieve sedatie (klachtonderdeel 1) niet deelt (zie hierna onder 4.7).

4.6 Het Centraal Tuchtcollege stelt vast dat uit voornoemde overwegingen van het

Regionaal Tuchtcollege onder meer volgt - en ook ter zitting in beroep niet is weersproken - dat de arts de patiënt meerdere malen thuis heeft bezocht en met hem heeft gesproken over onder andere medicatie om rustiger te worden en geen krampen te krijgen, dat de echtgenote van de patiënt en een dochter (deels) bij de gesprekken met de patiënt waren betrokken. Ook volgt uit die overwegingen dat de arts voor die bezoeken ruim de tijd heeft genomen om met de patiënt te spreken en dat de patiënt tijdens de bezoeken over een doodswens heeft gesproken. Zowel bij het Regionaal Tuchtcollege als bij het Centraal Tuchtcollege heeft de arts naar voren gebracht dat hij, gelet op zijn contacten met de patiënt, er nog niet van overtuigd was dat patiënt niet meer verder wilde leven en dat hij daarom niet is overgegaan tot - het bespreken van de mogelijkheid van - (het starten van) palliatieve sedatie.

4.7 Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat (zoals ook volgt uit de hiervoor onder 4.5 genoemde overwegingen 5.4, 5.5 en 5.6 van de beslissing van het Regionaal

Tuchtcollege) voldoende is komen vast te staan dat de arts op de hoogte was van de situatie van de patiënt, dat de arts heeft gereageerd op door de patiënt geuite klachten (onder andere door te wijzen op medicatie en Fentanylpleisters) en dat de arts op basis van zijn bevindingen (nog) niet was overgegaan tot de bespreking van (het starten van) palliatieve sedatie.

Aan het Centraal Tuchtcollege ligt thans de vraag voor of de arts onder de gegeven omstandigheden was gehouden (het starten van) palliatieve sedatie met de patiënt te bespreken. Het Centraal Tuchtcollege beantwoordt de hiervoor genoemde vraag ontkennend. Uitgaande van de aan de arts bekende situatie van de patiënt en het regelmatige contact van de arts met de patiënt, lag het op de weg van de arts te beoordelen op welk moment van hem mocht worden verlangd wél over te gaan tot de bespreking van (het starten van) palliatieve sedatie. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege bestonden in de gegeven omstandigheden onvoldoende aanknopingspunten om dit van de arts te verlangen.

Het eerste klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel 2:

De samenwerking van de arts met de familie en thuiszorg/andere hulpverleners schoot tekort.

Klachtonderdeel 3:

De voorlichting van de arts richting de patiënt, klaagster en familie schoot eveneens tekort.

4.8 Evenals het Regionaal Tuchtcollege - zie onder andere 5.4 en 5.8 van de bestreden beslissing - is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat in het medisch dossier niet (voldoende) is vastgelegd wat de arts met de patiënt en de familie heeft besproken. Het Regionaal Tuchtcollege heeft vastgesteld dat de verklaringen van partijen uiteen lopen over hoe het bezoek van de arts op 9 januari 2017 is verlopen en wat er is besproken, onder meer over de mogelijke gevolgen van het besluit van patiënt om te stoppen met inname van zijn medicatie, wat patiënt en de familie verder konden verwachten en welke palliatieve zorg zou kunnen worden geboden. Het Regionaal Tuchtcollege overweegt dat het, gelet op de uiteenlopende verklaringen niet kan vaststellen wat er precies is gezegd, maar dat uit het vervolg van het medisch dossier valt op te maken dat de informatie aan patiënt en zijn familie over hetgeen hen te wachten stond en over de mogelijkheden van palliatieve sedatie hoe dan ook niet toereikend is geweest. Daaraan heeft het Regionaal Tuchtcollege terecht toegevoegd dat uit het medisch dossier ook niet blijkt welk beleid de arts hierbij voor ogen stond, afgezien van het beginnen met terminale pijnbestrijding.

Het tweede en derde klachtonderdeel zijn daarom gegrond.

4.9 De slotsom is dat het beroep deels gegrond is, namelijk voor zover dit betrekking heeft op klachtonderdeel 1. Het Centraal Tuchtcollege zal de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege in zoverre vernietigen en klachtonderdeel 1 alsnog ongegrond verklaren.

Voor het overige wordt het beroep verworpen omdat de klachtonderdelen 2 en 3 terecht gegrond zijn verklaard.

4.10 Wat betreft de op te leggen maatregel is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de gegrond verklaarde klachtonderdelen beide betrekking hebben op onvoldoende verslaglegging als onder 4.8 vermeld. Daarbij past het opleggen van de maatregel van waarschuwing.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

vernietigt de beslissing waarvan beroep, voor zover deze betrekking heeft op de beslissing op klachtonderdeel 1 en de maatregel van berisping,
in zoverre opnieuw beslissende:
verklaart klachtonderdeel 1 alsnog ongegrond;
legt op de maatregel van waarschuwing;
verwerpt het beroep voor het overige.

Deze beslissing is gegeven door: C.H.M. van Altena, voorzitter, H. de Hek en A. Smeeing-van Hees, leden-juristen en F.M.M. van Exter en M.G.M. Smid-Oostendorp, leden-beroepsgenoten en
N. Germeraad-van der Velden, secretaris.
Uitgesproken ter openbare zitting van 5 februari 2019.
Voorzitter w.g. Secretaris w.g.