



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Overall
7 Kwzi
10, lid 2, e
10, lid 2, g

Rapport over een calamiteit bij de zorgverlening rond het levenseinde van een patiënt

Status	Definitief
Datum	6 juni 2014
Documentnummer	2014-1036346 M 65048

Inhoud

1	Inleiding—5
1.1	Aanleiding en belang—5
1.2	Beschrijving gebeurtenis—5
1.3	Onderzoeksvraag—6
1.4	Onderzoeksmethode en periode—6
1.5	Toetsingskader—7
2	Conclusies—9
2.1	De huisarts—9
2.1.1	Toediening medicatie in strijd met veldnormen en wettelijke normen—9
2.1.2	Geen informatie en geen toestemming—9
2.1.3	Onvoldoende samenwerking met wijkverpleegkundige—9
2.1.4	Onvoldoende supervisie—9
2.1.5	Geen continuïteit van zorg—10
2.1.6	Onprofessionele attitude—10
2.1.7	Geen adequate en onjuiste medische verslaglegging—10
2.1.8	Handelen in strijd met Opiumwet—10
2.1.9	Onterechte afgifte van verklaring natuurlijk overlijden—10
2.1.10	Handelen in strijd met voorwaarden verantwoorde zorg—11
2.2	De huisarts in opleiding—11
2.2.1	Onvoldoende eigen verantwoordelijkheid genomen—11
2.2.2	Geen continuïteit van de (palliatieve) zorg—11
2.3	De huisartsenpraktijk—11
2.3.1	Continuïteit van zorg was niet geborgd—11
2.3.2	Handelen in strijd met Opiumwet—11
2.3.3	Bij de huisartsenpraktijk geen tekortkomingen meer vastgesteld—12
2.4	De huisartsenpost—12
2.4.1	Medische verslaglegging en medicatieoverdracht onvoldoende geborgd—12
2.4.2	Implementatie protocol palliatieve zorg onvoldoende geborgd—12
2.4.3	Overdracht naar de dagpraktijk bij noodzaak tot (acuut) vervolgcontact door huisartsenpraktijk onvoldoende geborgd—12
2.4.4	Uitvoeringsverzoeken richting de thuiszorg onvoldoende geborgd—12
2.4.5	Onvoldoende aanspreekcultuur—12
2.5	De eerste dienstdoende huisarts van de huisartsenpost—13
2.5.1	Geen adequate medische verslaglegging—13
2.5.2	Geen adequaat uitvoeringverzoek—13
2.6	De tweede dienstdoende huisarts van de huisartsenpost—13
2.6.1	Geen adequate medische verslaglegging—13
2.6.2	Geen uitvoeringverzoek—13
2.6.3	Onvoldoende continuïteit van zorg door afwezigheid van adequate informatieoverdracht—13
2.6.4	Schending van het beroepsgeheim—13
2.7	Bij de apotheek geen tekortkomingen vastgesteld—13
2.8	Bij de thuiszorgorganisatie geen tekortkomingen vastgesteld—14
3	Handhaving—15
3.1	De huisarts—15
3.2	De huisartspraktijk—15
3.3	De huisarts in opleiding—15
3.4	De eerste dienstdoende huisarts van de huisartsenpost—15
3.5	De tweede dienstdoende huisarts van de huisartsenpost—15

- 3.6 De huisartsenpost—15
- 3.7 De apotheek—16
- 3.8 De thuiszorgorganisatie—16

- 4 Resultaten inspectieonderzoek—17**
- 4.1 De hulpverlening aan de patiënt tot aan de dag van overlijden—17
- 4.2 De gebeurtenissen op de dag van overlijden—21
- 4.3 Aanwezigheid van Opiumwetgeneesmiddelen in de huisartsenpraktijk—27
- 4.4 Supervisie van de huisarts in opleiding door de huisarts als opleider—28
- 4.5 Verstrekking van medische informatie aan journalist door tweede dienstdoende huisarts van de huisartsenpost—30
- 4.6 Bevindingen inspectiebezoek aan de huisartsenpraktijk op 17 december 2013—30
- 4.7 Bevindingen inspectiebezoek aan de apotheek op 17 december 2013—33

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Op vrijdag 23 augustus 2013 neemt de coördinator van het coschap huisartsgeneeskunde van een universitair medisch centrum (UMC) telefonisch contact op met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) over een incident dat een coassistent heeft meegemaakt in een huisartsenpraktijk waar zij stage loopt. De melding betreft de zorgverlening, waaronder toediening van zeer hoge doseringen morfine en midazolam, kort voor het overlijden van een patiënt. Het UMC heeft aan de inspectie laten weten geen aanleiding te zien om aan de lezing van de coassistent te twifelen. Het UMC neemt geen contact op met de betrokken huisarts (hierna: de huisarts). De naam van de coassistent is in eerste instantie niet bekend bij de inspectie. Op verzoek van de inspectie wordt het verslag van de coassistent aan de inspectie gestuurd. Op basis van de beschreven feiten in dit verslag verzoekt de inspectie om een niet-anonieme melding te doen om onderzoek naar de melding mogelijk te maken. De coassistent doet een niet-anonieme melding, de inspectie beoordeelt de melding en vermoedt een ernstig strafbaar feit. In het belang van een eventueel strafrechtelijk onderzoek informeert de inspectie het OM over de inhoud van de melding, zonder eerst contact op te nemen met de huisarts. Het OM start op 26 augustus 2013 een strafrechtelijk onderzoek. Vanwege de ernst van de melding en om niet te interfereren met het strafrechtelijk onderzoek schort de inspectie, conform het informatieprotocol OM-IGZ, haar calamiteitenonderzoek op. Op 16 en 24 september 2013 ontvangt de inspectie van het OM processen verbaal uit het strafrechtelijk onderzoek. Op basis van de informatie uit deze processen verbaal, waaronder de verklaringen van de huisarts, concludeert de inspectie dat de huisarts in ernstige mate heeft gehandeld in strijd met de voorwaarden voor verantwoorde zorg die hij jegens de patiënt behoorde te betrachten. De inspectie concludeert dat de patiëntveiligheid ernstig in het geding is. Daarom legt zij op 2 oktober 2013 een bevel op ex artikel 8, 4e lid, van de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwzi) aan de huisartsenpraktijk. Het bevel is in verband met het overlijden van de huisarts niet verlengd. Op 14 oktober 2013 besluit de inspectie het calamiteitenonderzoek voort te zetten om onderzoek te verrichten naar de zorgverlening aan de patiënt binnen de eerstelijnsketen. Op basis van haar onderzoek heeft de inspectie conclusies getrokken en maatregelen geformuleerd richting de betrokken beroepsbeoefenaren en zorginstellingen, ter verbetering van de zorg. In deze rapportage treft u de bevindingen aan van dit inspectieonderzoek. De inspectie heeft zich gebaseerd op de informatie uit de processen verbaal van het OM, eigen toezichtgesprekken en inspectiebezoeken.

1.2 Beschrijving gebeurtenis

De gebeurtenis betreft een [REDACTED] man, die bekend is met [REDACTED] en waarbij in november 2012 een [REDACTED] wordt gediagnosticeerd. Hij wordt hiervoor in eerste instantie [REDACTED] en [REDACTED] behandeld. Een paar maanden later worden [REDACTED] vastgesteld, waarvoor de patiënt door de [REDACTED] wordt behandeld met [REDACTED]. De huisartsgeneeskundige zorg wordt op dat moment gegeven door een eerstejaars huisarts in opleiding (AIOS), gesuperviseerd door de eigen huisarts van patiënt. Vervolgens wordt patiënt nog een aantal maal opgenomen in het ziekenhuis, waarna besloten wordt tot een palliatief traject. Vanaf april 2013 bezoekt de AIOS de patiënt regelmatig en bespreekt zij met de patiënt de

mogelijkheden ten aanzien van de laatste levensfase. Patiënt en echtgenote opteren in eerste instantie voor een euthanasietraject, hetgeen zij later wijzigen in een traject van palliatieve sedatie indien dit aan de orde zou zijn. In het weekend van 17 en 18 augustus 2013 gaat patiënt [REDACTED]. In dit weekend wordt patiënt behandeld door huisartsen van een huisartsenpost. Op maandag 19 augustus bezoekt de huisarts de patiënt. Volgens de AIOS heeft de huisarts de patiënt niet meer gezien sinds april 2013 en volgens de huisarts zelf niet meer sinds mei/juni 2013. De huisarts neemt geen (hetero)anamnese af en onderzoekt de patiënt niet. Evenmin stelt de huisarts zich voldoende op de hoogte van de zorgverlening gedurende het weekend. Zonder de patiënt en/of echtgenote bij de besluitvorming te betrekken dient hij hem zeer hoge doseringen morfine en midazolam toe en hij vertrekt hierna vrijwel onmiddellijk. Binnen een uur na toediening overlijdt de patiënt.

1.3 Onderzoeksvraag

In hoeverre was de zorgverlening aan deze patiënt verantwoord en wordt aan de voorwaarden voor verantwoorde eerstelijnszorg voldaan binnen de eerstelijnsketen in de betreffende regio met specifieke aandacht voor de kwaliteit van de zorg rondom het levenseinde?

1.4 Onderzoeksmethode en periode

Periode	Onderzoek
23 augustus 2013	IGZ ontvangt en beoordeelt melding
23 augustus 2013	IGZ start calamiteitenonderzoek en informeert het OM
26 augustus 2013	OM start strafrechtelijk onderzoek
26 augustus 2013	IGZ schort calamiteitenonderzoek op
16 september en 24 september 2013	<ul style="list-style-type: none">- IGZ ontvangt processen verbaal van het OM- IGZ start beoordeling processen verbaal van het OM- IGZ herstart calamiteitenonderzoek
27 september 2013	IGZ stuurt voornemen bevel ex artikel 8 Kwzi aan huisartsenpraktijk
27 september-1 oktober 2013	Zienswijze huisarts op voornemen bevel ex artikel 8 Kwzi
02 oktober 2013	Bevel ex artikel 8 Kwzi huisartsenpraktijk
03 oktober 2013	Openbaarmaking dictum bevel huisartsenpraktijk
08 oktober 2013	Gepland zienswijzegesprek VWS in verband voornemen Minister tot verlenging bevel ex artikel 8 Kwzi (niet plaatsgevonden vanwege overlijden huisarts)
08 oktober 2013-25 oktober 2013	Uitgebreide externe communicatie vanwege maatschappelijke onrust
14 oktober 2013	IGZ besluit calamiteitenonderzoek voort te zetten

25 oktober 2013	Openbaarmaking bevel huisartsenpraktijk
12 november 2013	Gesprek met coassistent
20 november 2013	Schriftelijk verzoek aan huisartsenpost om reflectie op de zorgverlening aan de betrokken patiënt en haar algemeen beleid ten aanzien van palliatieve zorgverlening
27 november 2013	Gesprek met drie betrokken medewerkers van de thuiszorg
29 november 2013	Gesprek met huisarts in opleiding (AIOS)
17 december 2013	Inspectiebezoek aan apotheek en gesprek met apothekers
17 december 2013	Inspectiebezoek aan huisartsenpraktijk en gesprek met doktersassistente en waarnemend huisarts
19 december 2013	Gesprek met directeur en kwaliteitsfunctionaris van huisartsenpost
19 december 2013	Gesprek met 1 ^e dienstdoende huisarts op de huisartsenpost
23 december 2013	Gesprek met 2 ^e dienstdoende huisarts op de huisartsenpost
Januari – februari 2014	Analyse bevindingen en schrijven concept calamiteitenrapportage
27 februari 2014	Verzending concept calamiteitenrapportage aan betrokkenen
Maart - mei 2014	Ontvangst reacties van betrokkenen op concept calamiteitenrapportage

1.5

Toetsingskader

Wet- en regelgeving

- Voor het toezicht op de zorgverlening rondom het levenseinde in deze casus en binnen de eerstelijnsketen zijn met name van belang: de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwzi), de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Geneesmiddelenwet, de Opiumwet, het Wetboek van Strafvordering, Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en de Wet op de lijkbezorging.

Richtlijnen en veldnormen

- Gedragsregels voor artsen. KNMG, 2013

- Algemene competenties volgens Kaderbesluit-CHVG, geldend voor alle specialismen. Staatscourant 25 november 2004, nr. 228
- Competentieprofiel van de huisarts. LHV/NHG, 2005
- KNMG-publicatie Informed consent. KNMG, 2001
- Veiligheidsnormen huisartsenzorg. LHV, NHG en VHN, 2011
- Richtlijn "Adequate dossiervorming met het elektronische patiëntendossier - ADEPD". NHG, 2009
- Richtlijn "De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de voorziening huisartsenzorg". LHV, 2008
- Standpunt Huisartsenzorg in avond, nacht en weekend. LHV, 2008
- Handleiding voorbehouden handelingen bij verpleging, verzorging en thuiszorg. Actiz, BTN, LHV, Verenso, 2012
- Farmacotherapeutisch Kompas 2013
- Farmacotherapeutische richtlijn "Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties". NHG, 2012
- Standpunt Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg. NHG, 2006
- Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten, 2008
- NAN 2006 inclusief onderliggende richtlijnen
- Palliatieve zorg in de terminale fase. Handreiking voor huisartsenposten. Vereniging Huisartsenposten Nederland, 2008
- Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. KNMG/ KNMP, 2012
- Richtlijn Palliatieve sedatie. KNMG, 2009
- NHG-standpunt Huisarts en palliatieve zorg. NHG, 2009
- Protocol Palliatieve zorg in de terminale fase. Centrale Huisartsenpost Kop van Noord-Holland, 2012
- Sedatiekaart Noord-Holland Noord. Aandachtspunten en afspraken bij het toepassen van palliatieve sedatie en medicatie bij palliatieve sedatie. Netwerk Palliatieve Zorg West Friesland, Noord Kennemerland en Kop van Noord-Holland
- Voorbehouden handelingen bij verpleging, verzorging en thuiszorg. Handleiding. Actiz, BTN, LHV en Verenso, 2012.

2 Conclusies

Het calamiteitenonderzoek heeft betrekking op de zorgverleners uit de eerstelijnsketen die betrokken zijn geweest bij de zorgverlening aan de patiënt: de huisarts, de huisarts in opleiding, de huisartsenpraktijk, de huisartsenpost, de dienstdoende huisartsen op de huisartsenpost, de thuiszorg en de apotheek. De conclusies van de inspectie zijn hieronder weergegeven per betrokken zorgverlener.

2.1 De huisarts

De huisarts heeft in ernstige mate gehandeld in strijd met de voorwaarden voor verantwoorde zorg die hij jegens de patiënt had behoren te betrachten. Dit handelen bestaat uit de hieronder weergegeven elementen.

- 2.1.1 *Toediening medicatie in strijd met veldnormen en wettelijke normen*
De huisarts heeft door in ernstige mate te handelen in strijd met de vigerende richtlijnen bij de zorgverlening gehandeld buiten de (wettelijke) kaders van palliatieve sedatie en euthanasie door:
- niet na te gaan in hoeverre sprake was van [REDACTED];
 - een buitengewoon en buitenproportioneel hoge dosering morfine en dormicum toe te dienen;
 - zijn zorgverlening niet af te stemmen op de zorgverlening in het weekend;
 - na te laten een anticiperend palliatief beleid vast te stellen en continuïteit van zorg gedurende 24 uur te borgen.

- 2.1.2 *Geen informatie en geen toestemming*
De huisarts heeft de patiënt en/of diens echtgenote ten onrechte niet geïnformeerd, betrokken bij of toestemming gevraagd omtrent:
- de afwijking van het eerder met patiënt en zijn echtgenote afgesproken beleid van palliatieve sedatie;
 - de toediening van een buitengewoon hoge dosering medicatie;
 - de mogelijk zeer ingrijpende (onomkeerbare) gevolgen hiervan, zoals verlies van bewustzijn, bespoediging van overlijden.

De huisarts heeft voorts ten onrechte nagelaten de echtgenote *na toediening* van de medicatie te informeren over voornoemde mogelijk zeer ingrijpende (onomkeerbare) gevolgen van de toegediende medicatie.

- 2.1.3 *Onvoldoende samenwerking met wijkverpleegkundige*
De huisarts heeft onvoldoende samengewerkt met de aanwezige wijkverpleegkundige door:
- de voorgenomen (medicamenteuze) behandeling niet vooraf met de verpleegkundige af te stemmen althans haar hierover niet te informeren;
 - de aanwezige verpleegkundige onjuist te informeren over de toegediende dosering medicatie door een veel lagere dosering aan haar door te geven;
 - de verpleegkundige niet te informeren over de mogelijke ingrijpende en onomkeerbare gevolgen;
 - de verpleegkundige niet te instrueren bij patiënt te blijven.

- 2.1.4 *Onvoldoende supervisie*
De supervisie van de eerstejaars AIOS door de huisarts als opleider bij de

zorgverlening aan patiënt is onvoldoende geweest door onvoldoende signalering van en geen zorg te dragen voor:

- het doen opstellen van een adequaat anticiperend beleid ten aanzien van een mogelijke (plotselinge) achteruitgang van de patiënt vanaf het moment dat besloten was tot een palliatief beleid;
- het beschikbaar doen zijn van een actueel medicatiedossier gedurende 24 uur;
- het doen realiseren van een goede bereikbaarheid, beschikbaarheid van de huisartsenzorg vanuit de huisartsenpraktijk of het doen plaatsvinden van een zorgvuldige overdracht van patiënt aan de huisartsenpost voor de zorgverleningbuiten kantoortijd (ANW dienst).

2.1.5 *Geen continuïteit van zorg*

De huisarts heeft de continuïteit van zorg voor patiënt niet geborgd door geen zorg te dragen voor:

- het opstellen of doen opstellen van een adequaat anticiperend beleid ten aanzien van een mogelijke (plotselinge) achteruitgang van de patiënt vanaf het moment dat besloten was tot een palliatief beleid;
- het beschikbaar zijn of doen zijn van een actueel medicatiedossier gedurende 24 uur;
- een goede bereikbaarheid, beschikbaarheid van de huisartsenzorg vanuit de huisartsenpraktijk of het (doen) plaatsvinden van een zorgvuldige overdracht van patiënt aan de huisartsenpost voor de zorgverlening buiten kantoortijd (ANW dienst).

2.1.6 *Onprofessionele attitude*

De huisarts heeft bij de zorg voor deze ernstig zieke patiënt in hoge mate onprofessioneel gehandeld door op 19 augustus 2013 te gehaast en onvoldoende doordacht een buitenproportioneel hoge dosering medicatie toe te dienen, een onjuiste (veel lagere) dosering medicatie door te geven aan de verpleegkundige van de thuiszorg en zich op die dag op verschillende momenten achter elkaar niet toetsbaar op te stellen richting de coassistent en de verpleegkundige van de thuiszorg.

Voorts heeft de inspectie signalen ontvangen dat de huisarts zich in hoge mate onprofessioneel heeft gedragen met het doen van verschillende uitlatingen richting de coassistent. Deze signalen heeft de inspectie echter onvoldoende kunnen verifiëren.

2.1.7 *Geen adequate en onjuiste medische verslaglegging*

De huisarts heeft niet gezorgd voor een adequate en juiste medische verslaglegging door de klinische toestand van de patiënt niet te beschrijven en de toegediende medicatie op 19 augustus 2013 niet te registreren in zijn HIS.

2.1.8 *Handelen in strijd met Opiumwet*

De huisarts was er (mede) voor verantwoordelijk dat in de huisartsenpraktijk in strijd met de Opiumwet – buiten de geneesmiddelen in de dokterstas – een ruime hoeveelheid opiaten aanwezig was, die retour waren gekomen van overleden patiënten.

2.1.9 *Onterechte afgifte van verklaring natuurlijk overlijden*

De huisarts heeft ten onrechte een verklaring van natuurlijk overlijden afgegeven ex artikel 7 van de Wet op de lijkbezorging. Gezien de aard en de dosering van de toegediende medicatie, evenals het korte tijdbestek tussen het toedienen van de

medicatie en het overlijden kon geen sprake zijn van de overtuiging, in de zin van artikel 7, dat er sprake was van een natuurlijke dood.

- 2.1.10 *Handelen in strijd met voorwaarden verantwoorde zorg*
De voorgaande conclusies leiden ertoe dat de huisarts in ernstige mate gehandeld heeft in strijd met de voorwaarden voor verantwoorde zorg door tekort te schieten ten aanzien van meerdere (huisarts)geneeskundige competentiegebieden: medisch inhoudelijk handelen, communicatie, samenwerking, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit.

2.2 **De huisarts in opleiding**

- 2.2.1 *Onvoldoende eigen verantwoordelijkheid genomen*
De AIOS heeft onvoldoende haar professionele verantwoordelijkheid genomen door:
- complexe zorg te verlenen in een situatie waarin de supervisie, gelet op haar relatieve onervarenheid, onvoldoende was
 - zich onvoldoende te laten superviseren bij complexe zorg.

- 2.2.2 *Geen continuïteit van de (palliatieve) zorg*
De AIOS heeft ten onrechte geen zorg gedragen voor de continuïteit van zorg door:
- geen adequaat anticiperend beleid op te stellen ten aanzien van een mogelijke (plotselinge) achteruitgang van de patiënt vanaf het moment dat besloten was tot een palliatief beleid;
 - geen zorg te dragen voor de beschikbaarheid zijn van een actueel medicatiedossier gedurende 24 uur;
 - geen goede bereikbaarheid, beschikbaarheid van de huisartsenzorg vanuit de huisartsenpraktijk te realiseren of zorgvuldige overdracht van patiënt aan de huisartsenpost voor de zorgverlening buiten kantoor tijd (ANW dienst) te doen.

2.3 **De huisartsenpraktijk**

- 2.3.1 *Continuïteit van zorg was niet geborgd*
De continuïteit van zorg was door de huisartsenpraktijk niet geborgd door:
- geen, althans onvoldoende, informatieoverdracht van de huisartsenpraktijk naar de huisartsenpost over deze patiënt;
 - te late lezing van waarneemberichten van de huisartsenpost door een huisarts van de huisartsenpraktijk om tijdig te beoordelen in hoeverre deze patiënt, die gezien is in de ANW dienst, acute zorg vanuit de praktijk behoefde;
 - inadequate triage of interne communicatie bij deze patiënt tussen de doktersassistente en de huisarts over de noodzaak tot het verlenen van acute zorg, na zorgverlening in de ANW-uren, en over een visite-aanvraag door de thuiszorg.

- 2.3.2 *Handelen in strijd met Opiumwet*
De huisartsenpraktijk heeft gehandeld in strijd met de Opiumwet omdat in de huisartsenpraktijk – buiten de geneesmiddelen in de dokterstas – een ruime hoeveelheid opiaten aanwezig was, die retour waren gekomen van overleden patiënten.

2.3.3 *Bij de huisartsenpraktijk geen tekortkomingen meer vastgesteld*
Bij een inspectiebezoek aan de huisartsenpraktijk op 17 december 2013 zijn ten aanzien van de in dit rapport beschreven bevindingen en conclusies geen tekortkomingen meer vastgesteld ten aanzien van de voorwaarden voor verantwoorde zorg.

2.4 **De huisartsenpost**

Op zaterdag en zondag 17 en 18 augustus 2013 hebben twee verschillende dienstdoende artsen van de huisartsenpost aan deze patiënt zorg verleend. De inspectie heeft de zorgverlening door de huisartsenpost op de onderstaande aspecten beoordeeld.

2.4.1 *Medische verslaglegging en medicatieoverdracht onvoldoende geborgd*
In het systeem van de huisartsenpost zijn door de twee dienstdoende huisartsen niet alle relevante medische gegevens van deze patiënt geregistreerd ten aanzien van de anamnese, het lichamelijk onderzoek, het klinisch beeld, medicatievoorschriften en de daadwerkelijk toegediende medicatie. Hierdoor was het voor de eigen huisarts niet mogelijk om op basis van de waarneemberichten na de ANW-dienst een goed beeld te krijgen van de aan patiënt verleende zorg.

2.4.2 *Implementatie protocol palliatieve zorg onvoldoende geborgd*
De huisartsenpost heeft de implementatie van het protocol 'palliatieve zorg in de terminale fase' onvoldoende geborgd hetgeen blijkt uit het feit dat:

- deze patiënt in de palliatieve fase niet tijdig is overgedragen aan de huisartsenpost;
- onvoldoende actie is ondernomen door huisartsen of triagisten van de huisartsenpost na signalering dat deze palliatieve patiënt niet was overgedragen aan de huisartsenpost;
- meerdere huisartsen en triagisten geen VIM-melding hebben gedaan ten aanzien de afwezigheid van een overdracht van deze palliatieve patiënt.

2.4.3 *Overdracht naar de dagpraktijk bij noodzaak tot (acuut) vervolcontact door huisartsenpraktijk onvoldoende geborgd*
De huisartsenpost heeft de overdracht naar de dagpraktijk bij noodzaak tot (acuut) vervolcontact door huisartsenpraktijk onvoldoende geborgd vanwege het feit dat:

- er geen afspraken zijn tussen de huisartsenpost en de huisartsenpraktijken over het tijdstip waarop waarneemberichten worden gelezen;
- er een discrepantie bestaat tussen de formulering op de waarneemberichten over de mate van spoedeisendheid en de vastgestelde urgentie en noodzaak tot een acuut vervolcontact vanuit de huisartsenpraktijk;
- binnen de huisartsenpost geen procedure is vastgesteld over de te ondernemen stappen bij de noodzaak tot een acuut vervolcontact van een huisartsenpraktijk na contact van een patiënt met de huisartsenpost.

2.4.4 *Uitvoeringsverzoeken richting de thuiszorg onvoldoende geborgd*
De huisartsenpost heeft geen zorg gedragen voor de aanwezigheid van blanco uitvoeringsverzoeken, zoals te doen gebruikelijk binnen huisartsenposten ten behoeve van de visiterijdende, dienstdoende huisartsen.

2.4.5 *Onvoldoende aanspreekcultuur*
Zorgverleners (huisartsen en triagisten) werkzaam bij de huisartsenpost hebben de de huisartsenpraktijk onvoldoende aangesproken, geen feedback gegeven en geen

VIM-melding gedaan ten aanzien van het afwijken van het 'Protocol Palliatieve zorg in de terminale fase' van de huisartsenpost.

2.5 **De eerste dienstdoende huisarts van de huisartsenpost**

2.5.1 *Geen adequate medische verslaglegging*

De eerste dienstdoende huisarts heeft zijn medicatietoediening c.q. medicatievoorschrift van morfine onvolledig in het medisch dossier van de patiënt geregistreerd op de huisartsenpost.

2.5.2 *Geen adequaat uitvoeringverzoek*

De eerste dienstdoende huisarts heeft geen zorg gedragen voor een uitvoeringsverzoek dat voldoet aan de vereisten door:

- de diagnose of het zorgprobleem niet te vermelden;
- de doelstelling of het gewenste resultaat niet te noteren;
- de tijdstippen van de uit te voeren handeling niet te vermelden.

2.6 **De tweede dienstdoende huisarts van de huisartsenpost**

2.6.1 *Geen adequate medische verslaglegging*

De tweede dienstdoende huisarts heeft nagelaten de anamnestiche gegevens te registreren in het systeem van de huisartsenpost. Ook zijn de onderzoeksgegevens, i.c. het klinisch beeld, onvoldoende geregistreerd. Verder heeft de tweede dienstdoende huisarts zijn handelswijze ten aanzien van de toediening van de medicatie en de opdracht aan de medewerker van de thuiszorg ten onrechte niet geregistreerd.

2.6.2 *Geen uitvoeringverzoek*

De tweede dienstdoende huisarts heeft nagelaten een uitvoeringsverzoek te doen ten aanzien van de door de thuiszorg toe te dienen medicatie.

2.6.3 *Onvoldoende continuïteit van zorg door afwezigheid van adequate informatieoverdracht*

De tweede dienstdoende huisarts heeft de continuïteit van zorg voor de patiënt onvoldoende geborgd door de noodzaak tot een spoedig contact met de eigen huisarts van de patiënt niet te registreren in het waarneembericht en ook geen (telefonisch) contact met de huisartsenpraktijk over patiënt op te nemen.

2.6.4 *Schending van het beroepsgeheim*

De tweede dienstdoende huisarts heeft zijn beroepsgeheim geschonden door medische informatie te verstrekken aan een journalist. Dit heeft geleid tot een artikel in de Volkskrant van 24 oktober 2013, waarmee de door hem verstrekte medische informatie wijd is verspreid.

2.7 **Bij de apotheek geen tekortkomingen vastgesteld**

Bij een inspectiebezoek aan de apotheek op 17 december 2013 zijn geen tekortkomingen vastgesteld ten aanzien van de voorwaarden voor verantwoorde zorg.

2.8

Bij de thuiszorgorganisatie geen tekortkomingen vastgesteld

Op basis van de bevindingen van het inspectieonderzoek zijn bij de thuiszorgorganisatie geen tekortkomingen vastgesteld ten aanzien van de voorwaarden voor verantwoorde zorg.

3 Handhaving

3.1 De huisarts

De inspectie heeft op 2 oktober 2013 besloten om de huisarts, conform artikel 8, vierde lid, van de Kwzi te bevelen dat de in de huisartsenpraktijk werkzame huisarts gedurende 7 dagen geen zorg in de huisartsenpraktijk zou verlenen noch anderszins betrokken zou zijn bij de (organisatie van) de individuele gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk. Dit toezichtstraject van de inspectie is geëindigd met het overlijden van de huisarts.

3.2 De huisartspraktijk

De inspectie zal de huisartsenpraktijk berichten over de vastgestelde tekortkomingen in de zorgverlening aan de patiënt en het feit dat bij het inspectiebezoek op 17 december 2013 geen tekortkomingen meer zijn vastgesteld. Voorts zal de inspectie de praktijk mededelen dat er geen maatregelen vanuit de inspectie zullen worden verbonden nu zij voldoet aan voorwaarden voor verantwoorde zorg.

3.3 De huisarts in opleiding

De AIOS heeft de continuïteit van zorg onvoldoende geborgd, maar is hierbij onvoldoende gesuperviseerd door haar opleider. De AIOS wordt hierop gewezen door de inspectie. De inspectie zal de kwaliteit van de supervisie door opleiders bij palliatieve zorg binnen de huisartsopleiding aan de orde te stellen bij de UMC's.

3.4 De eerste dienstdoende huisarts van de huisartsenpost

Deze huisarts heeft ten aanzien van de zorgverlening aan patiënt op een aantal punten onvoldoende zorgvuldig gehandeld en wordt per brief van de IGZ hierop gewezen.

3.5 De tweede dienstdoende huisarts van de huisartsenpost

Met deze huisarts zal de inspectie in gesprek gaan over de tekortkomingen in zijn zorgverlening en de schending van zijn beroepsgeheim en naar aanleiding van dit gesprek zal, indien nodig, de inspectie nadere maatregelen nemen.

3.6 De huisartsenpost

De huisartsenpost dient een verbeterplan te maken ten einde te komen tot borging van de implementatie van haar protocol palliatieve zorg, met specifieke aandacht voor:

- het tijdig beschikbaar hebben van een zorgoverdracht ten behoeve van de zorg tijdens diensturen;
- de overdracht naar de dagpraktijken vanuit de diensturen bij de noodzaak

- tot urgentie zorgverlening;
- het adequaat gebruik van uitvoeringsverzoeken;
- het intern melden van het afwijken van het protocol palliatieve zorg.

Daarnaast dient de huisartsenpost onderzoek te doen naar de kwaliteit van de medische verslaglegging van de tweede dienstdoende huisarts. Zo nodig zal de huisartsenpost met deze huisarts een verbeterplan opstellen voor de verbetering van zijn medische verslaglegging, met toetsing van de resultaten. De huisartsenpost dient het betreffende implementatieplan palliatieve zorg, de bevindingen van het onderzoek naar de kwaliteit van de verslaglegging van de tweede dienstdoende huisarts en het eventuele verbeterplan binnen 3 maanden aan de inspectie te sturen. De inspectie zal op basis van de verstrekte gegevens eventueel nadere maatregelen nemen.

3.7

De apotheek

Op basis van de bevindingen van het inspectieonderzoek zijn bij de apotheek geen tekortkomingen vastgesteld ten aanzien van de voorwaarden voor verantwoorde zorg. De inspectie zal dit per brief mededelen aan de apotheek.

3.8

De thuiszorgorganisatie

Op basis van de bevindingen van het inspectieonderzoek zijn bij de thuiszorgorganisatie geen tekortkomingen vastgesteld ten aanzien van de voorwaarden voor verantwoorde zorg. De inspectie zal dit per brief mededelen aan de thuiszorgorganisatie.

4 Resultaten inspectieonderzoek

4.1 De hulpverlening aan de patiënt tot aan de dag van overlijden

De casus betreft een [redacted] man met in de voorgeschiedenis een [redacted] (1988) en [redacted] (januari 2012) en een [redacted]. In november 2012 wordt bij de patiënt een [redacted] gediagnosticeerd, waarvoor [redacted] wordt gegeven en waarna in november 2012 een [redacted] en een [redacted] plaatsvindt. In februari 2013 worden [redacted] vastgesteld, waarvoor patiënt door de [redacted] wordt behandeld met [redacted]. In april/mei worden [redacted] vastgesteld in [redacted], waarvan niet duidelijk is of deze afkomstig zijn van het [redacted] of van de [redacted] in het verleden.

De huisartsgeneeskundige zorg wordt op dat moment gegeven door een eerstejaars huisarts in opleiding (AIOS), gesuperviseerd door de eigen huisarts van patiënt (de huisarts). In de vroege ochtend van 21 mei 2013 belt de patiënt de huisartsenpost vanwege [redacted]. De voorgeschiedenis van patiënt komt uitgebreid ter sprake. Er wordt een U2 urgentie afgegeven en afgesproken wordt dat patiënt om 8.00 uur de eigen huisartsenpraktijk belt. 's Middags legt de AIOS een visite af bij de patiënt en verwijst hem vanwege [redacted] naar het ziekenhuis. In het ziekenhuis wordt een [redacted] gediagnosticeerd. Een [redacted] wordt minder waarschijnlijk geacht vanwege [redacted]. Patiënt wordt behandeld met [redacted] en op 25 mei ontslagen uit het ziekenhuis.

Op 29 mei 2013 neemt hij contact op met de huisartsenpraktijk met de mededeling dat hij een euthanasieverklaring wil hebben. De AIOS legt op 31 mei een visite af, waarbij uitleg plaatsvindt over palliatieve sedatie en euthanasie. Een euthanasieverklaring wordt achtergelaten om in te vullen. Een week later op 7 juni belt de (echtgenote van) patiënt met de mededeling dat er op een [redacted] zijn gezien en patiënt hiervoor eenmalig [redacted] gaat worden en een [redacted] zal krijgen. Tevens krijgt hij [redacted]. Op 13 juni legt de AIOS weer een visite af bij de patiënt. De patiënt voelt zich dan redelijk fit en wil meedoen met een zwemvierdaagse. De volgende visite wordt gepland voor drie weken later. Half juni 2013 wordt de euthanasieverklaring door patiënt ingeleverd bij de praktijk. Op 4 juli 2013 legt de AIOS weer een visite af bij patiënt. Hij heeft de zwemvierdaagse voltooid en het echtpaar is van plan om op vakantie te gaan naar de Canarische Eilanden.

Op 7 juli 2013 wordt patiënt in het weekend gezien op de huisartsenpost met een [redacted], hetgeen de dag erna in het ziekenhuis wordt gediagnosticeerd als een [redacted]. De [redacted] wordt gestaakt en patiënt krijgt voor tien dagen [redacted] voorgeschreven. Op 11 juli 2013 krijgt de AIOS telefonisch geen gehoor bij patiënt. Zij denkt dat het echtpaar op vakantie is. Op 19 juli 2013 wordt de assistente van de praktijk opgebeld door de (echtgenote van) patiënt met de mededeling dat de vakantie niet is doorgedaan, [redacted] beter gaat, maar patiënt last heeft van zijn [redacted]. Op 26 juli legt de AIOS weer een visite af. Patiënt voelt zich [redacted]. De [redacted] heeft de [redacted] gestaakt en patiënt [redacted] voorgeschreven. In overleg met de [redacted] wordt de [redacted] gestopt. Eind juli wordt door de [redacted] gestart met [redacted] en [redacted].

Op 2 augustus 2013 belt de familie van de patiënt dat zij zich ongerust maken. De AIOS legt op diezelfde dag een visite af. Patiënt geeft aan achteruit te gaan en dat hij in principe niet meer verwezen wil worden naar het ziekenhuis, behalve voor het [REDACTED]. De [REDACTED] heeft de meeste [REDACTED]. Afsproken wordt dat de AIOS 10 dagen later weer langskomt. Diezelfde dag belt patiënt in paniek dat [REDACTED], hetgeen de AIOS 's middags bij een bezoek aan patiënt, niet constateert. Afsproken wordt dat er na enkele dagen weer contact is.

Op 5 augustus 2013 bezoekt de AIOS patiënt weer. Hij is dan een aantal dagen [REDACTED]. Bij onderzoek diagnosticeert zij [REDACTED]. Ze herstart de [REDACTED] in overleg met de huisarts. Diezelfde avond wordt een visite afgelegd door een huisarts van de huisartsenpost, waarbij [REDACTED] wordt geconstateerd en [REDACTED] en [REDACTED] wordt gegeven. De volgende dag, op 6 augustus 2013 wordt (door de echtgenote van) patiënt telefonisch contact opgenomen met de huisartsenpraktijk en wordt telefonisch [REDACTED] voorgeschreven en afgesproken dat de door de apotheek niet bezorgde [REDACTED] ook door de familie wordt opgehaald. Diezelfde avond wordt de huisartsenpost gebeld omdat patiënt erg [REDACTED] is en [REDACTED]. Zonder patiënt te zien wordt direct een ambulance ingeschakeld en wordt patiënt naar het ziekenhuis vervoerd.

Gedurende een nacht en twee dagen wordt hij opgenomen en gezien door de [REDACTED] en [REDACTED]. Geconcludeerd wordt dat de [REDACTED] berust op [REDACTED] bij [REDACTED], met een hoge verdenking op [REDACTED]. Tevens lijkt er sprake van een [REDACTED] met een [REDACTED]. In verband met [REDACTED] bij het [REDACTED] wordt in overleg met patiënt en familie besloten tot [REDACTED] op de [REDACTED] een [REDACTED] met [REDACTED] naar [REDACTED]. Er wordt daartoe behandeld met [REDACTED] en [REDACTED] in de vorm van [REDACTED] en [REDACTED]. Patiënt ziet af van het plaatsen van een [REDACTED]. [REDACTED] In overleg met patiënt wordt bij ontslag [REDACTED] alleen [REDACTED] gecontinueerd en wordt afgezien van verdere [REDACTED]. Er wordt door het ziekenhuis thuiszorg geregeld alsmede [REDACTED] voor thuis. Ook wordt een [REDACTED] aangemeten i.v.m. klachten van de [REDACTED]. Met de AIOS wordt door het ziekenhuis afgesproken dat zij de palliatieve zorg verder over zal nemen. Ontslagmedicatie: [REDACTED]. De dag vóór ontslag heeft de AIOS contact met de echtgenote en de arts-assistent van het ziekenhuis. De thuiszorg verzorgt het [REDACTED]. Dit staat ook geregistreerd in het dossier van de thuiszorg. De [REDACTED] wordt beheerd door de echtgenote. Het gebruik van de [REDACTED] wordt niet geregistreerd door de thuiszorg.

Op de dag dat patiënt thuiskomt op 9 augustus 2013 bezoekt de AIOS de patiënt. Patiënt voelt zich beter, is [REDACTED] en heeft geen [REDACTED]. Patiënt geeft aan niet meer naar het ziekenhuis te willen en thuis te willen sterven. Kort wordt gesproken over euthanasie en palliatieve sedatie met de afspraak daar de volgende week op terug te komen. De AIOS formuleert geen gestructureerd multidisciplinair beleid ten aanzien van de palliatieve zorgbehoeftes van patiënt. Onder andere wordt de continuïteit van zorg niet geborgd door het ontbreken van afspraken met de mantelzorg en andere zorgverleners over de beschikbaarheid/bereikbaarheid van de AIOS en de huisartsenpraktijk buiten kantooruren. Daarnaast vindt geen zorg- en

informatieoverdracht plaats naar de huisartsenpost. Evenmin is een actueel medicatiedossier gedurende 24 uur per dag beschikbaar. Ten slotte wordt niet geanticipeerd op een plotselinge achteruitgang van de gezondheidstoestand van de patiënt. Op diezelfde dag wordt een recept in het HIS ingevoerd met onder andere [REDACTED].

Op 12 augustus 2013 belt de echtgenote 's morgens met de huisartsenpraktijk omdat de patiënt [REDACTED] en [REDACTED] is en zij denkt dat hij overlijdt. Na het telefoongesprek is de echtgenote van de patiënt gerustgesteld en 's middags legt de AIOS weer een visite af. Patiënt voelt zich redelijk, [REDACTED] en de thuiszorg loopt naar tevredenheid. Ten aanzien van de laatste fase geeft het echtpaar aan de AIOS aan te kiezen voor palliatieve sedatie en niet voor euthanasie, hetgeen in het medisch dossier wordt vastgelegd. De [REDACTED] wordt [REDACTED]. Afsproken wordt om drie dagen later terug te komen. De volgende dag, 13 augustus 2013, belt de echtgenote van patiënt de huisartsenpraktijk omdat hij [REDACTED] en moet [REDACTED]. Ook wordt door de echtgenote aangegeven dat de [REDACTED] is van [REDACTED] naar [REDACTED]. In overleg met de in de huisartsenpraktijk werkzame huisarts in dienstverband (HIDHA) wordt geadviseerd om nog een [REDACTED] te nemen en wordt afgesproken dat de AIOS de volgende dag belt. Bij het telefonisch contact dat de AIOS op 14 augustus 2013 met de echtgenote van patiënt heeft, komt aan de orde dat hij ook nog [REDACTED] heeft. Afsproken wordt dat de [REDACTED] wordt naar in totaal [REDACTED] en de [REDACTED] naar [REDACTED] en bij [REDACTED] naar [REDACTED]. Op 15 augustus 2013 legt de AIOS weer een visite af. Het gaat redelijk met patiënt. Hij voelt zich wel zwakker worden. Hij drinkt goed, maar heeft [REDACTED], ondanks het gebruik van [REDACTED]. Er wordt nog geen palliatieve sedatie toegepast. Het ligt volgens de AIOS wel in de lijn der verwachting dat dat de dagen daarna wel nodig zal zijn. In het medisch dossier registreert de AIOS:

[REDACTED]

De AIOS zal na 15 augustus 2013 vier dagen afwezig zijn. De AIOS en de huisarts spreken af dat de huisarts op maandag 19 augustus 2013 een visite zal afleggen. De patiënt wordt op die donderdag 15 augustus 2013 als [REDACTED] door de AIOS aan de huisarts overgedragen. De huisarts heeft op dat moment de patiënt al geruime tijd niet meer gezien. Volgens de AIOS heeft de huisarts de patiënt niet meer gezien sedert april en volgens de huisarts zelf niet meer sedert mei/juni 2013. Besloten is reeds tot een palliatief beleid en de verwachting van de AIOS is dat op korte termijn [REDACTED] nodig zal zijn. De AIOS formuleert en registreert wederom geen gestructureerd palliatief beleid in een zorgplan binnen het Huisarts Informatiesysteem (HIS). Afspraken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de AIOS of de huisarts voor de zorg buiten kantooruren worden niet gemaakt en patiënt wordt niet aan de huisartsenpost overgedragen.

Twee dagen later op zaterdagavond 17 augustus wordt de huisartsenpost gebeld omdat patiënt zich [REDACTED] heeft, [REDACTED] is met [REDACTED], [REDACTED] is en een [REDACTED] heeft. De huisartsenpost rijdt een U1-visite. Bij onderzoek ziet de dienstdoende huisarts een [REDACTED] met een saturatie van 83%, [REDACTED]

feedback hierover gegeven aan de huisartsenpraktijk via de bestaande feedback module.

Patiënt valt vervolgens in slaap en wordt rond 4.30 uur wakker. De medewerker van de thuiszorg dient [redacted] toe, waarop de patiënt weer in slaap valt en nog slaapt als zij vertrekt. De huisartsenpost of de dienstdoende huisarts neemt (buiten de waarneemberichten) geen contact op met de huisartsenpraktijk voor overdracht van de zorg aan de patiënt.

4.2

De gebeurtenissen op de dag van overlijden

Op 19 augustus 2013, rond 8.00 uur, komt de wijkverpleegkundige bij de patiënt. Zij komt vroeger dan anders omdat ze uit de telefonische overdracht van de collega's van de weekenddienst heeft begrepen dat de patiënt hard achteruit was gegaan. De patiënt is die ochtend volgens de verpleegkundige [redacted] en kan [redacted]. Hij zit recht op in bed. Ook heeft hij [redacted] en kan [redacted]. Hij [redacted] en kan [redacted]. Hierdoor krijgt hij onder andere [redacted]. De verpleegkundige belt om 8.00 uur met de doktersassistente van de huisartsenpraktijk omdat ze zich zorgen maakt. Zij spreken af dat de huisarts uiterlijk om 11.00 uur komt, zodat er voldoende tijd zal zijn voor het inzetten van palliatieve sedatie. De verpleegkundige geeft tevens aan dat het van belang is dat de huisarts van tevoren de berichten van de huisartsenpost leest. De verpleegkundige heeft hierover tegenover de inspectie het volgende verklaard (Verslag gesprek wijkverpleegkundige met de inspectie d.d. 27 november 2013):

Ik [de verpleegkundige] belde om 8.00 uur met de huisartsenpraktijk waar ik de assistente aan de telefoon kreeg. Aan de assistente heb ik een samenvatting gegeven van het weekend en aan haar gevraagd of de huisarts een beleid ging bepalen. Afgesproken werd dat de huisarts (uiterlijk) om 11.00 uur zou komen zodat er voldoende tijd zou zijn voor het inzetten van palliatieve sedatie. Ik gaf tevens aan dat het van belang was dat de huisarts van tevoren de berichten van de huisartsenpost zou lezen. Toen ik later weer langs ging was ik verbaasd dat de huisarts er om 14 uur nog niet was geweest.

De echtgenote van patiënt heeft verklaard dat de huisarts pas na 11 uur kon komen omdat hij het verschrikkelijk druk had. Zij heeft hierover verklaard (zie: pv van het 1e verhoor van de echtgenote van patiënt op 27 augustus 2013, p. 10) (V= vraag verbalisant, A = antwoord echtgenote patiënt):

V: U besprak met [de ziekenverzorgende] dat u [de huisarts] al eerder had willen bellen om hem eerder te laten komen.

A: Ja, het was de bedoeling dat ik hem zou gaan bellen. Dat had ik met [de ziekenverzorgende] besproken dat ik hem om 08:00 uur zou bellen. [De wijkverpleegkundige] was even voor 08:00 uur bij ons. Ik zei tegen [de wijkverpleegkundige] dat ik de huisarts wilde bellen. [De wijkverpleegkundige] zei toen dat ik daar even mee moest wachten en dat zij dat wel even voor mij zou doen. Zij heeft [de patiënt] toen gecontroleerd en zij belde [de patiënt], ik denk met mijn huislijn het nummer [redacted]. Zij zei tegen mij dat zij de mededeling uit de praktijk kreeg dat [de huisarts] pas na elf uur kon komen omdat hij het hartstikke druk had. Ik denk dat zij de assistente aan de lijn heeft gehad. Ik denk [naam assistente].

Deze telefonische communicatie heeft de huisarts als zodanig niet bereikt. Hij heeft in dit verband het volgende verklaard (zie pv van het eerste verhoor op 15 september 2013, p. 16 en 17) (V= vraag verbalisant, A = antwoord de huisarts W= verklaring wijkverpleegkundige):

V: Hoe laat had U het huisbezoek ingepland?

A: Altijd voor drie uur, hij was het eerste bezoek, meestal gaan we twee uur weg, na het telefonische spreekuur. Daarna gaan we visites doen.

V: Wie had die afspraak gemaakt?

A: [de AIOS] had die donderdag daarvoor, met mij afgesproken dat ik maandag zou gaan, dat meneer stabiel was, stationair.

V: Hoe wist U dat U daar terecht kon, met wie heeft U bij de familie de afspraak gemaakt?

A: Er was gebeld, er stond al een visite in het visiteboek, de assistente is gebeld, er is contact geweest met [de wijkverpleegkundige], [de AIOS] had aan de familie [naam patiënt] verteld dat dokter [naam huisarts] maandag zou komen en dat ze, als het nodig was, eerder zouden kunnen bellen.

V: Dus maandagochtend is de afspraak nog eens telefonisch doorgegeven.

A: Ja, mede naar aanleiding van de contacten in het weekend.

V: Is de afspraak veranderd naar aanleiding van dat telefoontje?

A: Ja die is als eerste gezet, de eerdere afspraak is naar voren getrokken. Naar voren geschoven naar aanleiding van het telefoontje van [de wijkverpleegkundige].

V: Ik wil U een verklaring voorhouden van [de wijkverpleegkundige].

V: Hoe laat heeft u de huisarts gebeld maandagochtend?

W: "Zij [echtgenote van de patiënt] gaf ook aan de hij zijn [redacted] en toen heb ik gelijk de huisarts gebeld voordat ik de zorg ging verlenen bij meneer. Het zal tussen 8 uur half 9 zijn geweest. Bron: G-003, verklaring [wijkverpleegkundige]

A: Ik kreeg tijdens het bespreken van de telefoontjes van de assistente te horen dat dit ter sprake was. Het was niet zo dat ik direct na dat telefoontje, dat het een spoed telefoontje betrof, zo is het niet door de assistente opgepakt.

V: Weet U hoe daarop geantwoord is?

A: Dat er toch al een visite stond en de assistente bekleemtoonde dat het goed was om als eerste naar meneer [naam patiënt] te gaan. Dus de afspraak is naar voren getrokken.

V: Hoe laat kwam U daar aan?

A: Ik denk rond twee uur in de middag.

V: Dat klopt, U was daar om twee over twee. In hoeverre was U tijdens dat telefoontje op de hoogte van de bijzonderheden van het weekend?

A: Dat had ik nog niet bestudeerd. Toen dat telefoontje bij mij kwam was ik niet direct erg gealarmeerd, ik dacht, hij was al heel zwaar ziek, de assistente heeft tegen [de wijkverpleegkundige] gezegd dat ik als eerste in de middag zou komen. Ik was toen nog niet op de hoogte van alle ins en outs van het weekeinde. Ik had nog steeds het signaal van [de AIOS] dat het een stationaire situatie was, dit wordt elektronisch weggeschreven bij de patiënt in het dossier, en toen ik daar kwam en met terugwerkende kracht kijk, was er heel veel gebeurd in korte tijd.

Om 9.00 uur geeft de verpleegkundige patiënt nog [redacted]. Een ziekenverzorgende van de thuiszorg is vervolgens van 11 uur tot 12 uur bij patiënt. De patiënt [redacted] en de ziekenverzorgende kan [redacted]. Volgens de ziekenverzorgende is de patiënt niet [redacted]. Zij zegt tegen de echtgenote dat [redacted]. Rond 13.00 wordt de visitelijst door de doktersassistente met de huisarts besproken. De patiënt wordt als eerste ingepland. Om 14.00 start hij met het rijden van visites.

Rond 14.00 uur komt de wijkverpleegkundige weer langs. De huisarts is dan nog niet geweest, waarover zij zich verbaast. De verpleegkundige heeft het idee dat de patiënt spoedig zal overlijden. Volgens de verpleegkundige zit hij kaarsrecht in bed, en zijn [REDACTED]. Ook ziet zij [REDACTED].

Vlak na aankomst van de verpleegkundige komen ook de huisarts en de coassistent binnen. De huisarts vraagt de echtgenote of de verpleegkundige niet naar het effect van de behandeling die in het weekend is gestart en de effecten hiervan. Ook raadpleegt hij het dossier van de thuiszorg niet. De huisarts schrikt van de situatie waarin patiënt verkeert, aangezien hij niet verwacht had dat patiënt er zo ernstig aan toe zou zijn. De huisarts heeft in dit verband het volgende verklaard (zie pv van het 1e verhoor van de huisarts op 13 september 2013, p. 5 en 6) (V= vraag verbalisant, A = antwoord de huisarts):

"Toen ik daar samen met de coassistent [...] meneer [...] bezocht, hij had [REDACTED] ik heb nooit de intentie gehad om met deze doseringen zijn levens einde te bekorten, ik heb het altijd gezien in een palliatief traject, alleen de doseringen zijn buiten proportioneel geweest."

V: Hoe vaak had U zelf met [de patiënt] patiëntencontact?

A: Ik denk het afgelopen jaar 5 tot 10 keer misschien minder. [de AIOS] was degene die de zorg op haar nam. Achteraf had ik vaker mee moeten gaan. Toen ik hem die laatste dag trof schrok ik me wezenloos wild, ik zag dat het een dermate onluisterende situatie was geworden, ik had niet verwacht dat hij er zo ernstig aan toe zou zijn, dat overviel me helemaal.

Hij vraagt patiënt of hij [REDACTED] heeft, waarop deze met zijn handen naar zijn [REDACTED] wijst. Zonder verder vragen te stellen of lichamelijk onderzoek te doen, zoals naar [REDACTED], geeft de huisarts aan hier "iets aan te gaan doen".

De huisarts heeft in dit verband het volgende verklaard (zie pv van het 1e verhoor van de huisarts op 13 september 2013, p. 18) (V= vraag verbalisant, A = antwoord de huisarts)

V: Op welke gronden maakt U die inschatting?

A: Het totale plaatje, [REDACTED] het is heel duidelijk op dat moment. Daar is geen discussie over.

V: Heeft U hem nog onderzocht op dat moment?

A: Ik zag het hele beeld, ik wist wat er allemaal aan vooraf gegaan was, ik wist dat hij overal [REDACTED] had, [REDACTED] had, last van [REDACTED] had, op dat moment tot [REDACTED] was. En dat het weekeinde het geen effect gehad had, het [REDACTED], ik wist dat het een uitzichtloze situatie was.

Aan de echtgenote, de patiënt en verpleegkundige legt de huisarts niet uit wat hij van plan is te gaan doen. Evenmin worden behandelopties besproken. Volgens de coassistent ligt de patiënt er op dat moment comfortabel bij en heeft hij een regelmatige en rustige ademhaling. De verpleegkundige spreekt haar zorgen uit en vraagt naar het verdere beleid. De huisarts stelt voor om te gaan [REDACTED], waarop de verpleegkundige vraagt om eerst [REDACTED] te geven omdat [REDACTED]. De huisarts heeft in dit verband het volgende verklaard (zie pv van het 1e

verhoor van de huisarts op 13 september 2013, p. 18) (V= vraag verbalisant, A = antwoord de huisarts):

V: U zei [de wijkverpleegkundige] zei een pompje heeft geen zin, in hoeverre kan zij dat beoordelen?

A: Ze heeft veel te maken met terminale patiënten, zij kan dat redelijk goed inschatten wanneer iemand komt te overlijden. Bij deze man was dat duidelijk, daar bestond geen twijfel over, denk ik, dat deze man snel zou overlijden, dat zag ik ook gelijk.

V: Had U toen het gevoel dat U wilde handelen?

A: Ja ik wilde dat palliatieve sedatie traject inzetten, maar [de wijkverpleegkundige] zei terecht daar gaat ook weer een paar uur overheen, dat het geen zin meer had, ik schatte dat zelf ook zo in. Zodoende greep ik terug op die hoge doseringen die ik gegeven had. Ik dacht, hij heeft een [redacted] bekend met [redacted], ik dacht, ik zorg ervoor dat hij in ieder geval niet ieder twee uur weer bij kan komen, als je hem dormicum geeft kan dat, en dat je dan weer opnieuw het hele traject ingaat zoals dat in het weekeinde heeft plaatsgevonden. Dus zorg ik dat er [redacted] is en dan een [redacted]. En idem dito voor wat betreft de morfine, ik weet dat er, zeker bij morfine gebruik, een tolerantie kan ontstaan. Ondanks [redacted] die hij gehad had ik in het weekeinde, hij enorm [redacted] bleef, dacht ik, ik geef hem zo'n [redacted] dat in ieder geval [redacted] weg is en [redacted] verdwenen is.

Naar aanleiding van de opmerking van de wijkverpleegkundige dat er nog morfine in de keuken is en zij hem dit laat zien (7 ampullen van 1 ml; 10 mg/ml) geeft de huisarts aan dat dit te weinig is en dient dit niet toe. De huisarts zegt wat te gaan halen en binnen korte tijd terug te zijn. Hij laat zijn artsentas bij de patiënt achter. Hierin bevinden zich onder andere een ampul van 3 ml midazolam 5 mg/ml, een ampul van 1 ml midazolam 5 mg/ml en een ampul van 1 ml morfine 10 mg/ml.

Op de praktijk aangekomen haalt de huisarts meerdere doosjes met ampullen morfine en midazolam uit het zogenoemde opiatenkastje. Deze ampullen zijn afkomstig van een andere (overleden) patiënt. In eerste instantie vraagt de huisarts de coassistent ampullen op te trekken. Na het optrekken van drie ampullen geeft de coassistent aan hiermee moeite te hebben en dat patiënt wellicht aan een dergelijke dosis zal overlijden. De huisarts geeft vervolgens aan dat dat zijn intentie niet is en ze niet mee hoeft te gaan naar de patiënt als ze daar problemen mee heeft. Vervolgens trekt de huisarts in de praktijk 2 spuitjes met ieder 1000 mg morfine en een spuit met 350 mg midazolam op. Op de ampullen morfine staat een expiratedatum van 07/13.

Op verzoek van de huisarts is de coassistent in de praktijk nagegaan of de patiënt een euthanasieverklaring had ondertekend. De huisarts gaf als reden daarvan de verklaring (zie pv van het 1e verhoor van de huisarts op 13 september 2013, p. 24):

"Om zeker te verifiëren, dat mocht die dosering dermate toxisch zijn, als er uitgelegd wordt dat die dosering past bij iemand alleen maar naar zijn levenseinde te brengen in plaats van palliatief te sederen, dan is in ieder geval die verklaring ook daar."

Vervolgens is de huisarts samen met de coassistent naar de patiënt toegegaan. De drie opgetrokken spuitjes heeft hij in de hand meegenomen en op de achterbank van de auto vervoerd.

Na ongeveer een half uur zijn de huisarts en de coassistent weer terug bij de patiënt. Zonder te overleggen over het beleid, welke medicatie hij zou toedienen en

wat de gevolgen daarvan konden zijn, kondigt de huisarts alleen aan dat hij de spuit gaat geven. Vervolgens zet hij een [REDACTED] met 1000 mg morfine. Naar aanleiding van de opmerking van de verpleegkundige dat ze het wel ' een joekel van een spuit' vindt, geeft de huisarts aan dat de morfine verdund is met water. Op de vraag van de verpleegkundige hoeveel gespoten wordt, deelt de huisarts haar mede dat het 50 mg is. Dit noteert de verpleegkundige ook in het zorgdossier. Op het moment dat de huisarts weg wil gaan vraagt de echtgenote of hij geen dormicum (=midazolam) krijgt, omdat hij het daar zo goed op had gedaan tijdens de nacht. De huisarts gaat hiermee akkoord en zet in het andere been een [REDACTED] met 350 mg midazolam.

De huisarts heeft in dit verband het volgende verklaard (zie pv van het 1e verhoor van de huisarts op 13 september 2013, p. 5) (V= vraag verbalisant, A = antwoord de huisarts):

V:(...) Kunt U in eigen bewoordingen uitleggen (...) wat is er gebeurd?

A: (...), ik heb nooit de intentie gehad levensbeëindiging op verzoek toe te passen cq om iemand te vermoorden nog om valsheid in geschrifte te doen laten plaatsvinden, wel heb ik hele hoge doseringen dormicum en morfine gebruikt, altijd in de veronderstelling dat het toch nog binnen het traject van de palliatieve sedatie zou liggen. Ik ben afgeweken van de gebruikelijke dosering, ik dacht dat deze man sowieso de nacht niet meer zou halen, ik dacht zoals de calamiteit zich in het weekend had voorgedaan, deze man had toch een aantal keren contact met de huisartsenpost gehad, en wegens extreme benauwdheid, toch ook pijn, er was al wat dormicum en morfine, 3 keer daags 5 milligram, gespoten, maar desondanks toen ik de man trof maandag na het weekeinde was er sprake van een dermate ontluisterende situatie dat ik dacht: "mijn God, hoe is dit mogelijk, dat dit zo heeft kunnen bestaan".

"ik heb nooit de intentie gehad om met deze doseringen zijn levens einde te bekorten, ik heb het altijd gezien in een palliatief traject, alleen de doseringen zijn buiten proportioneel geweest. (...). Zo is het gegaan. Hij had zelf te kennen gegeven dat hij rustig wou inslapen, zonder kortademigheid en pijn, dat kunt u in het dossier terug vinden, hij heeft zelf in het laatste fase met de huisarts in opleiding, daar was ik van op de hoogte, aangegeven dat hij palliatieve sedatie wenste, ik heb eigenlijk ook altijd de medicatie die ik gebruikt heb in dat traject gezien en nooit als euthanatica."

De verpleegkundige vraagt naar de hoeveelheid om ook dit te noteren in het zorgdossier. In eerste instantie zegt de huisarts 7,5 later 10 mg gespoten te hebben en geeft aan dat ook deze injectievloeistof verdund is met water. De coassistent plakt vervolgens pleisters op de insteekopeningen. Hierbij heeft zij geen [REDACTED] waargenomen. Vrijwel direct hierna vertrekken de huisarts en de coassistent, zonder dat er (met de thuiszorg) afspraken zijn gemaakt over het vervolgbeleid en zonder het effect van de medicatie af te wachten. Dit vindt de verpleegkundige wel vreemd. Wel geeft de huisarts aan dat hij diezelfde middag nog langs zal komen. Vervolgens is ook de verpleegkundige vertrokken.

De coassistent heeft verklaard dat de huisarts op weg naar de auto tegen haar zei: "wedden dat ze binnen 5 minuten bellen?" En: "Ik heb die laatste spuit morfine maar niet meer gespoten, want die zuster deed zo moeilijk."

De huisarts heeft in dit verband het volgende verklaard (zie pv van het tweede verhoor op 15 september 2013, p. 13, 14 en 15) (V= vraag verbalisant, A = antwoord de huisarts):

"V: Wat bedoelde U daarmee, die zuster deed zo moeilijk?"

A: *Mevrouw [naam wijkverpleegkundige] vroeg alleen hoeveel ik gespoten had, ik kan me dit niet herinneren.*

(...)

V: *Wat bedoelde U daarmee met binnen 5 minuten?*

A: *Dat hij binnen 5 minuten in een diepe sedatie zou vallen en van zijn lijden verlost zou zijn, los van zijn [REDACTED].*

V: *Maar nog wel in leven?*

A: *Ja luister, dat is niet mijn intentie geweest.*

V: *Wat bedoelt u exact?*

A: *De ellendige toestand waarin [de patiënt] verkeerde, de onmenselijke toestand, dat hij daarvan verlost zou zijn. (...) [ijk heb me waarschijnlijk te veel laten leiden door de situatie die ik daar aantrof. (...) [ijk heb een inschatting gemaakt zoals ik de situatie aantrof, ik vond het niet humaan meer.]*

En verder:

"V: *De laatste nacht van [de patiënt] is goed gegaan, dat weekend en de week daarvoor is de huisartsenpost gebeld, maar als U dit van de laatste nacht had geweten, hoe was het dan gelopen?*

A: *Ik weet niet of ik dan een gematigder beleid had gevoerd maar toen ik daar kwam ben ik van die situatie uitgegaan, [REDACTED], hij was stervende, daar heb ik naar gehandeld.*

(...)

V: *Hoeveel tijd zit er tussen het toedienen van de injectie en het overlijden van [de patiënt]?*

A: *Ik denk 30, 35 minuten.*

V: *Dat is relatief kort, wat zegt dat U, deze tijdspanne? Het is een relatief korte tijd.*

A: *Dat is vlotter dan ik in gedachten had, dat hij is overleden, dat was niet mijn intentie, ik wist niet dat hij zo snel zou overlijden.*

V: *Trok U toen een verband tussen het injecteren en het overlijden?*

A: *Ja natuurlijk, dat de toediening hiervan zijn lijdensweg gestopt had.*

V: *Wat deed dat met U op dat moment?*

A: *Als iemand uit zijn lijden verlost is, dat is toch wat ik wou en dat is toch wat hij wou."*

Rond 15.00 uur overlijdt de patiënt. De echtgenote belt vervolgens de ziekenverzorgende die tegenover haar woont omdat er geen zorgverleners meer in huis zijn. Deze overbuurvrouw belt daarna de huisartsenpraktijk.

De huisarts wordt tijdens het visiterijden door zijn doktersassistente van het overlijden van de patiënt op de hoogte gebracht. Volgens de coassistent hield de huisarts naar aanleiding van dit bericht zijn hand naar haar omhoog en zei: "sla dan, een high five". Vervolgens instrueerde hij haar om verbaasd mee te doen dat het plotseling zo snel was gegaan met de patiënt. Deze verklaringen van de coassistent zijn zoals blijkt uit het proces verbaal door het OM niet aan de huisarts voorgehouden.

Na ongeveer 10 minuten komen de huisarts en de coassistent weer bij de patiënt. De huisarts stelt de dood vast en condoleert de echtgenote. Daarna maakt hij de overlijdenspapieren in orde, waarin hij melding doet van een natuurlijke dood.

Na de visites noteert de huisarts het volgende in het medisch dossier van patiënt:

[REDACTED]

[REDACTED]

Op de terugweg naar de praktijk spreekt de coassistent de huisarts aan op zijn handelwijze. Hierop reageert de huisarts volgens de coassistent door te zeggen dat hij van mening is dat alle huisartsen een dergelijk kastje zouden moeten hebben. Daarnaast geeft hij volgens de coassistent aan dat palliatieve sedatie en euthanasie veel administratie kosten en euthanasie al helemaal, omdat er dan een SCEN arts bij moest zijn, en dat het ook allemaal lang duurt. Verder heeft de coassistent verklaard dat de huisarts toen heeft gezegd: "Je bent een lapzwans als arts, als je dit niet zou doen.

Deze verklaring is aan de huisarts voorgehouden en hij heeft hierop verklaard (zie pv van het 2e verhoor van de huisarts op 15 september 2013, p. 17) (V= vraag verbalisant, A = antwoord de huisarts):

"A: Ik denk toen ik [de patiënt] trof het inzetten van een palliatief sedatie traject met pompen niet meer aan de orde was als ook een euthanasie traject niet meer aan de orde was. Ik denk als je de situatie in ogenschouw neemt en hij vraagt het lijden te beëindigen, hij had een euthanasie verklaring dus als je het van die kant bekijkt, was het zijn wens om weg te zakken zonder [REDACTED], dat was zijn wens, door die medicatie, die hoge dosering is dat gerealiseerd."

4.3

Aanwezigheid van Opiumwetgeneesmiddelen in de huisartsenpraktijk

Bij de doorzoeking van justitie op 26 augustus worden onder andere de volgende middelen die vermeld staan op lijst I respectievelijk lijst II, behorende bij de Opiumwet in de praktijk aangetroffen:

- Een gevulde spuit met 50 ml morfine 20 mg/ml (wel opgetrokken maar niet toegediend aan de patiënt)
- Een doosje met 16 stuks Oxynorm® 5 mg op naam van een patiënt
- Een doosje met 30 stuks Oxycodon® 10 mg op naam van een patiënt
- Een doosje met 5 fentanylpleisters 12 mcg/uur niet op naam
- Een doosje met 5 fentanylpleisters 25 mcg/uur niet op naam
- Een doosje met 4 fentanylpleisters 25 mcg/uur op naam van een patiënt
- Twee doosjes met 10 ampullen 5 ml morfine 20 mg/ml
- Drie doosjes met in totaal 10 ampullen midazolam van verschillende sterktes

In de dokterstas bevonden zich ampullen met middelen die vermeld staan op lijst I respectievelijk lijst II, behorende bij de Opiumwet:

- Een ampul fentanyl 0,1 mg/2ml
- Een ampul Naloxon 0,4 mg/1ml
- Een ampul morfine 10 mg/1ml
- Een ampul diazepam 10 mg/2ml
- Een ampul midazolam 15 mg/3ml
- Een ampul midazolam 5 mg/5ml

4.4

Supervisie van de huisarts in opleiding door de huisarts als opleider

Uit de processen verbaal blijkt dat de huisarts meerdere malen heeft aangegeven in onvoldoende mate de AIOS te hebben gesuperviseerd in deze casus. Daarnaast heeft de AIOS in een gesprek met de inspectie aangegeven geneigd te zijn om (teveel) zelfstandig te werken en heeft zij zich afgevraagd of zij voldoende feedback en supervisie heeft gevraagd aan de huisarts als opleider.

De inspectie heeft vastgesteld dat de AIOS geen zorgoverdracht heeft gedaan aan de huisartsenpost en uit niets blijkt dat zij hierop is aangesproken door de huisarts als supervisor.

De huisarts heeft in dit verband het volgende verklaard (zie pv van het 1e verhoor van de huisarts op 13 september 2013 p.6-9, 11-13, 16) (V= vraag verbalisant, A = antwoord de huisarts):

V: We verzoeken om uw kant van het verhaal zo begrijpelijk mogelijk te vertellen (...)

A: (...). Nu is het zo dat in de laatste periode heb ik de begeleiding laten doen door een huisarts in opleiding. (...)

V: Hoe vaak had u het afgelopen jaar contact met hem [de patiënt] gehad?

A: Sinds maart heb ik de huisarts in opleiding, ik ging vaak mee, dat is [naam AIOS], ze rapporteerde hoe het ging, het beeld was stationair, wel aflopend

V: Hoe vaak had u zelf met [de patiënt] patiëntencontact?

A: Ik denk het afgelopen jaar 5 tot 10 keer misschien minder. [De AIOS] was degene die de zorg op haar nam. Achteraf had ik vaker mee moeten gaan. Toen ik hem die laatste dag trof schrok ik mij wezenloos wild, ik zag dat het een dermate ontluisterende situatie was geworden, ik had niet verwacht dat hij er zo ernstig aan toe zou zijn, dat overviel me helemaal.

V: Waarom?

A: (...). Het is altijd achteraf, ik denk dat als ik daar zelf op terug kijk, en dat nu herbezie, zou ik gegarandeerd met het palliatieve sedatieteam een morfine-infuus geregeld hebben om de pijn te reguleren, dit is toch een, achteraf bezien, dissimulerende man, hij zei altijd het gaat wel, de familie heeft een mail gestuurd, ik weet niet of ik hem mag laten zien?

V: Ja

V: Hoe kan het dan dat het zo gebeurd is want [de AIOS] kwam daar regelmatig toch?

A: Ik denk dat het ook een progressief beeld was, dat kennelijk in een aantal dagen enorm geëscaleerd was, (...), maar zij had het onder controle voor mijn gevoel, ze had eerder begeleiding gedaan, toen ging ik vaker mee. Ik had het gevoel dat ik het aan haar kon overlaten. Maar als ik deze mail [van familielid] lees is het duidelijk dat het laatste traject niet goed verlopen is.

V: U kunt u tijd nemen.

A: Het is wat dat betreft een moeilijk beroep. Ik sta bekend dat ik erg betrokken ben in dit traject, hier heb ik verzaakt, ik voel me heel schuldig om. Ik had misschien veel meer vinger aan de pols moeten houden. Maar [de patiënt] hield ook zelf alles af, hij vroeg niet om hulp. Ik heb dat onvoldoende ingeschat, ik had hem dat leed in dat laatste traject kunnen besparen, die 10 dagen leed.

V: Wanneer van uw laatste contact met [de patiënt], voor 19 augustus?

A: Ik denk in mei-juni. Ik ging dan samen met de huisarts in opleiding. Zij rapporteerde in de status dus haar code kwam er achter te staan, dus ik kan niet precies zeggen wanneer dat was.

V: Wij hebben [de AIOS] ook gehoord, ze schatte dat zij vanaf april zelfstandig de visites deed. Kan dat?

A: Zou kunnen. We deden ook vaak visites samen.

V: Zij dacht vanaf april

A: We hebben het niet precies gerapporteerd. Zodra zij visite had gedaan dan rapporteerde zij vaak.

V: Hoe ziet dat er uit?

A: Zij geeft aan hoe het gaat, of het stationair is, of er noodzaak is tot nadere interventie, medicatie wordt besproken, het leek goed te gaan bij deze dissimulerende man, hij hield het ook af volgens mij.

V: Wat wordt er met [de AIOS] dan besproken?

A: (...) zij rapporteert in hoeverre en wat er in gang gezet moet worden. Zij geeft aan of de sedatie voldoende is, of de benauwdheid de overhand speelt, zij rapporteert dat aan mij. Ik vraag dan is het stabiel, moet er iets gebeuren, wat gaan we initiëren, waar heb je over nagedacht, er was allemaal nog geen noodzaak toe, dat werd bevestigd door de thuiszorg want die initieert ook wel eens iets. (...)

V: Kunt u zich dat gesprek herinneren?

A: Ja er is besproken dat zij [de AIOS] contact zou opnemen met de familie [...], dat zij mijn ogen en oren is, dat ik graag van haar verneem wanneer er wat geïnitieerd moet worden. Zij werkt onder supervisie van mij, ze heeft alle bagage bij zich om alles te initiëren wat nodig is, ze moet in de praktijk leren toe te passen en uit te werken

V: Wie is er verantwoordelijk voor haar handelen?

A: De huisartsopleider, maar het is ook de kunst om los te laten en vertrouwen te geven. Door de ervaring die ik tot dusver met haar had, ook bij een vorige sedatie die we samen deden, daar is ook feedback met de thuiszorg over geweest, had ik het gevoel dat zij dit aankon.

V: Is daar over gesproken?

A: Ja, het is best een hele verantwoording, ik denk dat het goed is dat je dat in je opleiding meekrijgt. Er zijn altijd een aantal patiënten die terminaal zijn en begeleid moeten worden. We hebben ook nog de thuiszorg gehad die een signaleringsfunctie heeft. Dat komt dan binnen, in de weekrapportages keek ik terug en begreep hoe de vork aan de steel zat.

V: [de AIOS] heeft met U besproken, dat kunt u zich niet expliciet herinneren, over de behandeling?

A: Daar is over gesproken, ik heb haar aan laten geven of er meer nodig was. Zij wist van een palliatief sedatieteam. (...)

V: Hoever was u op de hoogte van de toestand van [de patiënt]?

A: Ik wist dat hij in een terminaal stadium was, dat hij uit het ziekenhuis was gekomen, thuiszorg ingeschakeld was, dat er [REDACTED] had plaatsgevonden. Ik zou hem maandag de 19^e visiteren. Dat had ik met [de AIOS] besproken, (...), ik zou de visite maandag doen.

V: In hoeverre was U op de hoogte van een huisbezoek bij [de patiënt]?

A: Ik was met [de AIOS] overene gekomen om maandag te komen, dat er geen noodzaak was om vrijdag of dat weekend te visiteren. [de AIOS] was er die maandag niet, zij vroeg of ik hem wilde visiteren.

V: Heeft u nog met [de AIOS] gesproken hoe het met hem ging?

A: Ja, dat hij stabiel was, dat kunt u lezen in het laatste verslag, dat was de 15^e.

4.5 **Verstrekking van medische informatie aan journalist door tweede dienstdoende huisarts van de huisartsenpost**

De tweede dienstdoende huisarts van de huisartsenpost heeft met een journalist gesproken over het contact dat hij heeft gehad met de patiënt in het weekend voor diens overlijden. In de Volkskrant van 24 oktober 2013 is hieromtrent de volgende tekst gepubliceerd:

"Volgens [naam tweede huisarts] was de dosering van 1 gram buitenproportioneel,.....Hij [de huisarts] handelde te goeder trouw. Zelf had [naam tweede huisarts] de patiënt de voorgaande avond nog bezocht, tijdens zijn weekenddienst. Ik vond hem een ernstig benauwde man. Of het letterlijk stervensbenauwd was, is moeilijk te zeggen"

4.6 **Bevindingen inspectiebezoek aan de huisartsenpraktijk op 17 december 2013**

In het kader van het onderzoek vindt een gesprek met één van de doktersassistenten en één van de waarnemende huisartsen plaats en een inspectie van de praktijk. Geen van beide was betrokken bij de zorg aan de patiënt.

De huisartsenpraktijk: algemeen

Sinds 6 jaar is de praktijk NHG-geaccrediteerd. Bij de praktijk zijn ongeveer 3600 patiënten ingeschreven. De praktijk heeft een doorsnee populatie. De praktijk is geautomatiseerd en is onlangs overgegaan van Promedico VDF 9 naar Promedico VDF 10. De praktijk maakt een kwaliteitsjaarverslag. Er zijn twee doktersassistenten werkzaam in de praktijk, samen voor 42 uur per week. Er is een praktijk ondersteuner (POH) werkzaam in de praktijk en een medisch secretaresse voor 4 uur in de week. Er zijn momenteel drie waarnemende huisartsen werkzaam in de praktijk. De praktijk maakt onderdeel uit van een HAGRO en is aangesloten bij een zorggroep. Zorgverlening aan bewoners van het verzorgingshuis vindt plaats door alle artsen van de praktijk. Er is geen specifiek spreekuur in het verzorgingshuis.

Bereikbaarheid praktijk

De praktijk is op werkdagen geopend van 8.00 uur 's ochtends tot 17.00 uur 's middags. Telefonisch is de praktijk bereikbaar tussen 8.00 uur en 12.30 uur en van 13.30 uur tot 14.30 uur. Gedurende de andere tijden is de praktijk telefonisch bereikbaar voor spoedgevallen. Volgens de doktersassistente zijn er geen klachten over de bereikbaarheid van de praktijk.

Afspraken maken en triage

Door de doktersassistenten wordt getriageerd op basis van de triagewijzer van het NHG. Binnen de praktijk is het de gewoonte dat de assistente altijd overlegt met de huisarts als zij het niet vertrouwt. Daarnaast wordt door de assistente aan de beller aangegeven dat als de situatie zou verslechteren opnieuw contact moet worden opgenomen met de praktijk.

Bij de vorige versie van Promedico was er geen koppeling tussen de agendafunctie en het medisch dossier. De visiteaanvragen worden geregistreerd in de agenda en in het journaal van de patiënt wordt de contactreden (hulpvraag) door de assistente genoteerd, evenals eventuele alarmsignalen. Binnen de praktijk zijn geen afspraken op papier over de triagegegevens die moeten worden vermeld in het HIS, zoals de 'rode vlaggen' uit de triagewijzer. Ten behoeve van visites maakt de assistente voor de huisarts een uitdraai uit het HIS. Door een aantal patiënten wordt via e-mail

gecommuniceerd met de praktijk, voor bijvoorbeeld recepten, adviezen of het maken van een afspraak.

Digitale informatie-uitwisseling met andere zorgverleners

Waarneemberichten van de huisartsenpost, evenals specialistenbrieven komen momenteel via EDIFACT binnen op de praktijk. Ten tijde van de calamiteit kwamen de waarneemberichten van de huisartsenpost ook digitaal binnen maar op een andere wijze. De assistente liep de lijst na op eventuele spoedberichten/bijzonderheden en bracht deze bij de huisartsen onder de aandacht. Daarnaast werden de berichten uitgeprint en werden tussen 10.30 en 11.00 uur door de huisarts bekeken. Bij het inspectiebezoek op 17 december blijkt dat inmiddels de EDIFACT-berichten van onder andere de huisartsenpost tussen 8.00-9.00 uur door de huisartsen van de huisartsenpraktijk op de computer worden gelezen en wordt aangevinkt dat dit is gebeurd. Deze berichten worden door de huisartsen ook gekoppeld aan een episode. Voorheen werd dit gedaan door de assistentes nadat de berichten waren gekoppeld aan een patiënt.

Urgente zaken, zoals een overlijden, worden op initiatief van de dienstdoende huisarts van de huisartsenpost gefaxt naar de praktijk. Telefonisch contact tussen de huisartsenpost of de dienstdoende huisarts en de praktijk naar aanleiding van urgente zaken, is niet gebruikelijk.

Scholing

Farmacotherapieoverleg (FTO) vindt plaats in HAGRO-verband op basis van een vast thema. Deze bijeenkomsten worden opgesplitst in een deel onderwijs en een deel uitwisseling ervaringen. Dit FTO vindt 9 keer per jaar plaats. De waarnemers kunnen deelnemen aan dit FTO. Binnen de HAGRO vindt geen authentieke intervisie plaats. De praktijkondersteuner volgt scholing op reguliere basis via DOC-H en de Diabetescirkel. De assistentes kunnen 12 uur per jaar aan scholing besteden. Er is een regionale nascholingsagenda onder andere via DOC-H, waar de assistentes uit verschillende onderwerpen kunnen kiezen. Daarnaast kunnen de assistentes ook kiezen uit ander scholingsaanbod.

Evidence-based werken en verslaglegging

Binnen de praktijk wordt gewerkt op basis van de NHG-standaarden. Er wordt episodegericht geregistreerd op basis van 'SOEP' en met koppeling van een ICPC-code. Tevens worden de relevante aandoeningen voorzien van een attentiewaarde in de episodelijst. De recente overgang Promedico VDF 9 naar Promedico VDF 10 vraagt nog aanpassing aan de werkwijzen. Sinds deze overgang wordt bijvoorbeeld de correspondentie door de huisartsen gekoppeld aan een episode, voorheen gebeurde dat door de assistentes.

Medicatieveiligheid, medicatiebeoordelingen en overdracht

Wanneer de huisartsen uit de praktijk een patiënt verwijzen wordt de actuele medicatielijst standaard meegestuurd met daarbij de medicatiehistorie en eventuele allergieën en contra-indicaties. Wanneer na ontslag de medicatie onduidelijk is, wordt met betreffende specialist van het ziekenhuis gebeld. Het is niet duidelijk in hoeverre er structureel overleg plaatsvindt tussen de huisartsen uit de regio en de ziekenhuizen om de medicatieoverdracht vanuit het ziekenhuis te verbeteren, welke (op basis van het gesprek van de inspectie met de apotheek) vaak niet goed verloopt door het veelvuldig handmatig uitschrijven van recepten door specialisten. Het komt voor dat patiënten of een verpleeghuis een medicatieoverzicht opvragen bij de praktijk. Dit wordt dan ook verstrekt, waarbij ook eventuele allergieën en contra-indicatie worden vermeld. Voor een medisch paspoort verwijst de praktijk naar de apotheek.

Als een patiënt medicatie wil terugbrengen, worden zij door de assistentes verwezen naar de apotheek. Onlangs is binnen de praktijk een protocol opgesteld ten aanzien van retourmedicatie, waarbij de waarnemers van de praktijk zijn betrokken. In dit protocol is opgenomen dat de huisartsen retourmedicatie van patiënten (vallend onder de Opiumwet) niet meenemen naar de praktijk. Een van de onderwijsdoelen van de AIOS was het opzetten van medicatiebeoordelingen, wat zij deed met de apotheker en de huisarts. Vanwege de gebeurtenissen is dit stil komen te liggen.

Preventie

Zowel ten aanzien van de griepvaccinatie als het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker worden patiënten actief opgeroepen door de praktijk. Non-responders worden opgebeld. Weigeraars worden geruiterd in het HIS. De assistentes hebben een actieve rol bij zowel de organisatorische kanten van de preventie als de uitvoering.

Organisatie palliatieve zorgverlening

In de praktijk wordt momenteel gewerkt met een overzicht (in Word) van alle patiënten die veel zorg nodig hebben of terminaal zijn. Deze lijst wordt door de waarnemende huisartsen van de praktijk bijgehouden en gebruikt bij de overdracht naar elkaar en om de continuïteit van zorg te borgen. Per patiënt is een van de waarnemende huisartsen primair verantwoordelijk. Met een dergelijke lijst werd nog niet gewerkt toen de huisarts nog werkzaam was in de praktijk.

Binnen de praktijk is een formulier aanwezig voor de informatieoverdracht van palliatieve patiënten aan de huisartsenpost. Voor zover mogelijk wordt palliatieve zorg ook buiten kantooruren zoveel mogelijk door de praktijk verleend. Binnen de praktijk zijn geen afspraken over het moment waarop informatie overgedragen moet worden aan de huisartsenpost bij een palliatief traject. Wel is men zich bewust van het belang van een vroegtijdige overdracht en doet dit in de regel ook. Het feit dat er bij de patiënt geen informatieoverdracht heeft plaatsgevonden, is binnen de praktijk niet de gebruikelijke gang van zaken.

Voor de waarnemend huisarts is niet duidelijk in hoeverre er afspraken zijn tussen de huisartsenpraktijk, de apotheek, de thuiszorg en de huisartsenpost omtrent palliatieve zorg. Ze geeft aan dat zij in de praktijk weinig van doen heeft gehad met de palliatieve zorg, omdat ze destijds weinig op de praktijk werkte. De waarnemend huisarts geeft aan dat het moment waarop thuiszorg wordt ingeschakeld verschilt per casus en de thuiszorg niet op een vastgesteld moment in het ziekte-traject wordt ingezet. Bij de start van een morfine pomp wordt altijd een thuiszorgorganisatie ingeschakeld.

Samenwerking en cultuur binnen de praktijk

Ondanks het feit dat de waarnemend huisarts niet op het zelfde moment in de praktijk werkzaam was als de huisarts, was er volgens haar sprake van een soepele samenwerking. De waarnemend huisarts heeft de ervaring dat er binnen de praktijk open en eerlijk wordt gesproken over incidenten en men elkaar in voldoende mate kan aanspreken en aanspreekt. De waarnemend huisarts heeft de huisarts weleens aangesproken op zijn manier van terugkoppelen op een ongebruikelijk moment, waarbij aan de orde was dat zij destijds maar één dag in de week in de praktijk waarnam en derhalve niet de hele week beschikbaar kon zijn voor de praktijk. Dit onderwerp is toen naar haar tevredenheid besproken binnen de praktijk en hierover zijn afspraken gemaakt. De waarnemend huisarts is nooit geconfronteerd met signalen omtrent onverantwoord medisch technisch handelen van de huisarts. Zij ziet zijn handelen als een impulsieve daad. De huisarts kwam over als spontaan, impulsief, gedreven en betrokken bij zijn patiënten.

Incidenten

Bij incidenten wordt een interne melding gedaan. De meldingen worden volgens een protocol onderzocht, besproken en vastgelegd. Daarnaast worden ze besproken tijdens werkoverleggen en tijdens de lunch. De waarnemend huisarts geeft aan regelmatig gebruik te maken van de feedbackmodule van de huisartsenpost en krijgt zelf ook regelmatig feedback.

Klachtenregeling

De klachtenregeling is vermeld op de website van de praktijk en op het beeldscherm in de wachtkamer.

Inrichting praktijk

In de praktijk zijn meerdere spreekkamers, behalve een balie ook een ruimte voor administratieve activiteiten, een laboratoriumruimte, een wachtkamer en een overlegruimte met kantinefaciliteiten. De inrichting is modern. De spreekkamers zijn voorzien van elektrische onderzoeksbanken. In de spreekkamers zijn voorzieningen aanwezig voor het wassen van de handen. Er is bergruimte voor instrumentarium en verbandmaterialen. Er zijn faciliteiten aanwezig zodat patiënten zich in privacy kunnen ontkleden. Alle werkplekken zijn voorzien van computers.

Protocollen

In de praktijk is een protocollenklapper aanwezig met de meest relevante protocollen voor de huisartsenpraktijk. Het merendeel van de protocollen is actueel en aangepast aan de specifieke praktijksituatie. Er wordt gebruik gemaakt van een systematiek ten aanzien van de actualisatie. Van een aantal protocollen is de datum, waarop zij door de praktijk herzien zouden worden, enkele maanden overschreden.

Hygiëne, desinfectie en sterilisatie

Alle ruimtes ogen hygiënisch en zijn goed schoon te maken. Op alle relevante plaatsen zijn sanitaire voorzieningen aanwezig. Er is een praktijkprotocol hygiëne, desinfectie en sterilisatie. Binnen de praktijk wordt gebruik gemaakt van een autoclaaf. Gesteriliseerd instrumentarium is verpakt in zakjes en voorzien van een datum.

Apparatuur

De apparatuur wordt periodiek gecontroleerd en geijkt op basis van onderhoudscontracten. Alle relevante medische apparatuur heeft een sticker. Er wordt geen apparatuur aangetroffen waarvan de uiterlijke ijk- of controledatum overschreden is.

Geneesmiddelen en verbandmaterialen

In de praktijk worden geen geneesmiddelen of verbandmaterialen aangetroffen, waarvan de expiratedatum is verlopen. Op meerdere plaatsen bevinden zich ampullen ten behoeve van spoedgevallen. In de praktijk is een af te sluiten kast voor morfinepreparaten. In deze kast is ook een actuele registratielijst aanwezig. In de praktijk worden geen grotere hoeveelheden geneesmiddelen, vermeld op lijst I respectievelijk lijst II behorende bij de Opiumwet, dan noodzakelijk voor de reguliere huisartsgeneeskundige zorgverlening.

4.7

Bevindingen inspectiebezoek aan de apotheek op 17 december 2013

In het kader van het onderzoek vindt er een inspectiebezoek plaats bij de apotheek. Gesproken is met de gevestigde apotheker en de tweede apotheker. De inspectie

vindt onder andere plaats op basis van de scores bij de kwaliteitsindicatoren voor openbare apotheken. Met behulp van het 'Tweede Fase Instrument Risico's in Openbare apotheken 2013, wordt de apotheek getoetst. Op basis van een 'Quick scan' gaat de inspectie na in hoeverre patiënten blootgesteld worden aan verhoogde risico's als gevolg van receptverwerking, kwaliteit, opslag en faciliteiten, medicatieoverdracht, medicatiebewaking en het bereiden van geneesmiddelen.

Achtergrond apothekers

De tweede apotheker is in opleiding tot openbaar apotheker bij de apotheek. Zij is in het voorjaar van 2013 afgestudeerd en zij werkt sinds mei 2013 in de apotheek. De gevestigde apotheker werkt sinds april 2011 als eindverantwoordelijke in de apotheek.

Achtergrond apotheek

De apotheek is HKZ gecertificeerd, en wordt periodiek geaudit.

Administratie van Opiumwet (O/W) geneesmiddelen

De O/W geneesmiddelen worden ingekocht bij de groothandel Brocacef. Voor ontvangst wordt afgetekend. De pakbonnen worden systematisch geadministreerd en opgeborgen.

De in de apotheek aanwezige voorraden worden digitaal geregistreerd. Dit houdt in dat de uitgaande en binnenkomende O/W geneesmiddelen per product worden geboekt in aantallen per geneesmiddel. In deze administratie worden geen tekortkomingen vastgesteld.

Voor de overzichtelijkheid worden de O/W geneesmiddelen nu per arts en per stofnaam (de chemische naam van het geneesmiddel) opgeborgen. In het verleden, d.w.z. vóór de HKZ certificering van juni 2013 werd dit alleen gedaan op stofnaam. Deze aanpassing is systematisch en overzichtelijk doorgevoerd.

I.m.m. recepten (recepten waarop geneesmiddelen staan vermeld voor de artsentas) worden door artsen schriftelijk aangevraagd. Met name de i.m.m. recepten met O/W geneesmiddelen zijn in het onderzoek betrokken. In de totale administratie van O/W geneesmiddelen worden geen tekortkomingen vastgesteld. De Opiumwet kent een verplichting van het periodiek inzenden van i.m.m. recepten met O/W geneesmiddelen naar de inspectie.

Vóór juni 2013 werden de inzendingen niet systematisch en consequent gedaan. Na deze datum is de inzending protocollair ingevoerd in de apotheek.

O/W geneesmiddelen ten behoeve van de huisartsenpraktijk wijken niet af van aanvragen ten behoeve van andere artspraktijken.

Bereidingen van O/W geneesmiddelen

In het verleden verzorgde de apotheek ook zelf cassettes voor palliatieve sedatie, dit gebeurt sinds april 2011 niet meer. De apotheek heeft een overeenkomst voor de magistrale bereidingen (waar onder O/W geneesmiddelen) met een bereidende apotheek in Alkmaar. In dit contract is de farmaceutische verantwoordelijkheid voor product en farmaceutische zorg (zoals voorlichting en medicatiebewaking) naar behoren vastgelegd.

Volgens de apotheker is de samenwerking met de thuiszorgorganisatie goed, ook op het terrein van de palliatieve sedatie.

De apotheek heeft geen morfine en dormicum cassettes op voorraad. De cassettes (Deltec) zijn wel op voorraad bij een centrale bereidingsapotheek.

Retourgeneesmiddelen (O/W geneesmiddelen)

De gevestigde apotheker geeft aan geen zicht te hebben op de retourgeneesmiddelen (geneesmiddelen die niet meer gebruikt worden, bij

voorbeeld door overlijden van de patiënt). Het is voor een apotheker ook niet vast te stellen welke geneesmiddelen niet meer worden gebruikt. In de praktijk komt het voor dat de behandelend artsen de niet meer gebruikte geneesmiddelen meenemen naar hun praktijk. In de regio zijn er geen afspraken tussen de apotheken, de thuiszorg en de huisartsen over retournering van overtollige geneesmiddelen naar de apotheek ter vernietiging, ook niet voor O/W geneesmiddelen.

De huisartsenpraktijk heeft na het overlijden van de patiënt een protocol opgesteld om O/W geneesmiddelen alleen nog retour te nemen om aan te bieden aan de apotheek ter vernietiging.

De rol van de apotheek is faciliterend. Ook voor niet-artsen voert de apotheek een actief beleid om te komen tot inlevering van overtollige geneesmiddelen.

De apotheek en de huisartsenpraktijk

De gevestigde apotheker geeft aan dat hij geen zicht heeft gehad op de voorraden van geneesmiddelen in de dokterstas van de huisarts, en nog meer specifiek in geval van O/W geneesmiddelen. De gevestigde apotheker merkt op dat hij daarvoor ook geen controlerende taak heeft, noch in het verleden heeft gehad. De inspectie verzoekt om een kopie van de lijst van O/W geneesmiddelen die zijn voorgeschreven door de huisartsenpraktijk vanaf 2011 tot de datum van het inspectiebezoek. Deze lijst is door de gevestigde apotheker vóór het afgeven aan de inspectie geanonimiseerd. De inspectie heeft in deze lijst geen bijzonderheden aangetroffen.

Administratie recepten met O/W geneesmiddelen

Recepten op naam van de patiënt en i.m.m. recepten worden weergegeven in een digitaal overzicht Opiumwet artikelen. Het overzicht wordt iedere maand geprint en gecontroleerd op volledigheid door een medewerker van de apotheek.

Het digitale systeem meet op datum van afdrucken. Daarom kan het voorkomen dat een verstrekking van O/W geneesmiddelen geboekt staat "aan de erven van", omdat de patiënt inmiddels is overleden. De inspectie stelt geen tekortkomingen vast in deze administratie.

Receptverwerking

- Op alle recepten voert de apotheker een aantoonbare eindcontrole uit, die omvat of het juiste geneesmiddel in de juiste dosering en gebruik is aangeschreven en ter hand is gesteld.
- Alle recepten worden op de dag van de terhandstelling door de apotheker gecontroleerd.

Toelichting

Buiten kantooruren verwijst de apotheek naar de Dienstapothek in Alkmaar. Door middel van de OZIS ring kunnen medicatiegegevens worden ingezien door de Dienstapothek.

Kwaliteit, opslag en faciliteiten

- De apotheker kan het resultaat laten zien van een audit in de voorafgaande 3 jaar en heeft actie ondernomen op de aanbevelingen.
- Een vervaldatumcontrolesysteem is aantoonbaar aanwezig en operationeel.
- Temperatuurmonitoring is in alle koelkasten aanwezig en wordt uitgelezen en beoordeeld.
- In de apotheek is een spreekkamer aanwezig. Deze wordt gecombineerd met andere functies, in dit geval als kantoor van de apotheker

Medicatieoverdracht

- Bij alle patiënten vraagt de apotheek voor terhandstelling een compleet en actueel medicatieoverzicht op bij de "eigen" apotheek, overlegt met de patiënt en neemt de actuele geneesmiddelen voor aanschrijven op in het medicatiedossier.
- Tijdens ANW-diensten wordt een compleet en actueel medicatieoverzicht beschikbaar gesteld aan de waarnemend apotheker.

Toelichting

Het Medisch Centrum Alkmaar is wel aangesloten op de OZIS ring, maar het Gemini Ziekenhuis te Den Helder niet. Toch blijkt in de praktijk dat de apotheek extra inspanning moet doen om een medicatieoverzicht te verkrijgen (volledig en actueel) vóór de terhandstelling van geneesmiddelen aan de patiënt. In veel gevallen moet de apotheek bij ontslagreceptuur bellen omdat de overdracht onvolledig is, bij beide ziekenhuizen.

Medicatiebewaking

- De apotheker heeft de instellingen van de medicatiebewaking van het AIS aan de hand van de brochure "Medicatiebewaking: voorschrift basisinstellingen AIS" van de KNMP/ORIA aantoonbaar uitgevoerd en gecontroleerd.
- De controle op compleetheid van afhandelen van signalen is aantoonbaar uitgevoerd.
- De controle op afhandeling van signalen is uitgevoerd op dag van terhandstelling
- Een schriftelijke of in de computer vastgelegde werkinstructie voor doseringscontrole bij kinderen <12 jaar (zowel bij eigen bereidingen als bij geregistreerde producten) is aanwezig en wordt zichtbaar gevolgd aan de hand van minimaal één handmatige berekening op het recept.

Toelichting

Er is een protocol voor receptuur voor kinderen. Dit protocol is geldend voor alle voorschriften voor kinderen tot 12 jaar. In sommige gevallen, en afhankelijk van het soort geneesmiddel (en het gewicht van de patiënt) voert de apotheek ook een extra controle uit bij receptuur voor patiënten tot 18 jaar.

Op het gebied van medicatiebewaking wordt een actief scholingsbeleid gevoerd voor de medewerkers.

Bereidingen van geneesmiddelen

- Bij de afhandeling van magistrale recepten vindt een doseringscontrole en medicatiebewaking plaats, wordt de farmacotherapeutische rationale beoordeeld en zijn schriftelijke afspraken met een bereidende apotheek gemaakt.