

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 206/2013

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 14 juli 2014 naar aanleiding van de op 30 juli 2013 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

**C**, waarnemend huisarts, werkzaam te D,  
bijgestaan door mr. V.C.A.A.V. Daniels, jurist bij V.v.A.A. Rechtsbijstand te Utrecht,

v e r w e e r s t e r

#### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek;
- het proces-verbaal van het op 14 maart 2014 gehouden mondeling vooronderzoek.

#### 2. FEITEN

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

De klacht betreft de behandeling door verweerster van de moeder van klaagster, E, geboren in 1915 en overleden in 2013, verder patiënte te noemen. Zij woonde in een verzorgingshuis.

Patiënte was ingeschreven in de huisartsenpraktijk in D waar verweerster waarnaam voor de eigen huisarts van patiënte, F, vanwege een sabbatical gedurende het jaar 2013.

Uit het dossier blijkt dat er in oktober 2010 een consult was geweest bij een geriater. Deze had een MMSE-score bepaald van 10. In januari 2011 was er een consult geweest bij een neuroloog. Hij bepaalde een MMSE-score van 9 en zag atrofie van het cerebrum op de CT-scan, beide horend bij een dementieel beeld. Er waren forse cognitieve stoornissen. In maart 2011 is er een zorgplanoverleg geweest. Aan de dochter werd in overweging gegeven psycho-educatie betreffende dementie. In april 2011 noteerde de huisarts van patiënte dat de dochter verder onderzoek wilde. Psychologisch onderzoek liet gevorderde dementie zien. In 2012 was patiënte behandeld vanwege ernstige keratosis actinica en in december 2012 vanwege belleus Pemphigoid met 40 mg prednison.

Op 28 december 2012 heeft verweerster een visite afgelegd in het verzorgingshuis waar patiënte woonde in verband met hoesten en niet fit zijn. Verweerster constateerde een luchtweginfectie en schreef patiënte doxycycline voor. Er waren geen aanwijzingen voor een acute buik en er waren geen defaecatieproblemen. De verzorging gaf aan dat patiënte met eten gevoerd moest worden, dat dat goed ging en dat er al langer sprake van was dat ze uit zichzelf niet at of dronk.

Op 31 december 2012 heeft patiënte via de huisartsenpost Tramadol voorgeschreven gekregen in verband met pijn aan de benen.

Op 1 januari 2013 was er opnieuw contact met de huisartsenpost omdat patiënte meer pijn in de benen aangaf, klammig aanvoelde, verhoogde temperatuur had en weer begon te pruttelen. De dienstdoende arts constateerde dat het luchtwegprobleem het meeste op de voorgrond stond en wijzigde de antibiotica in Augmentin.

Op 2 januari 2013 zag verweerster patiënte voor controle van het longbeeld. Dat leek wat opgeknapt. De pijn in de benen was echter niet voldoende onder controle. Verweerster heeft de Tramadol vervangen door Butrans 5 (Morfinepleister). Verweerster heeft toen voor het eerst besproken met klaagster dat het herstellen van een pneumonie op patiëntes leeftijd veel energie zal kosten en dat de mogelijkheid bestond dat patiënte niet op haar oude niveau zou herstellen.

Op 4 januari 2013 heeft verweerster de verzorging gesproken. Deze gaf aan dat patiënte minder pijn had, dat zij goed at en dronk maar nog erg moe was en veel in bed lag. De verzorging gaf aan dat er klinisch verder geen duidelijke verbetering of verslechtering was.

Op 9 januari 2013 verzocht de verzorging verweerster om een visite omdat patiënte nog onvoldoende opknapt. Verweerster heeft patiënte op 10 januari 2013 weer bezocht. De verzorgende gaf aan dat patiënte, na een paar dagen beter te zijn geweest, weer meer begon te hoesten en meer pijn begon aan te geven vooral tijdens de verzorging. De pijn zat niet meer alleen in de benen maar overal. Ook gaf de verzorgende aan dat patiënte zich meer verslikte en dat het leek of ze zwakker was in het rechterbeen. Ze moest geholpen worden met eten en drinken maar dat ging wel goed. Verweerster concludeerde dat er mogelijk sprake was van een TIA of een CVA. Verweerster heeft haar bevindingen met een neuroloog besproken. Deze gaf aan dat een opname geen consequenties voor de behandeling zou hebben en adviseerde om eventueel Persantin aan de medicatie toe te voegen. Dat heeft verweerster gedaan. Vanwege het onrustige longbeeld heeft verweerster nogmaals een antibioticakuur voorgeschreven. Verweerster heeft haar bevindingen en het overleg dat zij had gehad met de neuroloog, met klaagster besproken.

Patiënte werd hierna in toenemende mate bedlegerig. Op 16 januari 2013 bezocht verweerster patiënte weer omdat ze verder verzwakte en meer begon te kreunen. De verzorging gaf aan dat ze die ochtend niet wilde drinken. Die middag lukte het met hulp van klaagster wel om patiënte wat te laten drinken. Verweerster vond op dat moment geen acute oorzaak voor verdere achteruitgang en heeft met klaagster besproken dat de achteruitgang mogelijk te maken kon hebben met de recidiverende luchtwegproblemen, de beenproblemen en het door de hoge leeftijd minder makkelijk kunnen herstellen en dat een ziekenhuisopname op dat moment geen meerwaarde zou hebben. Verweerster heeft het beleid erop gericht patiënte comfortabel te houden. Zij heeft de Butrans opgehoogd naar 10. Verder heeft verweerster kritisch naar de medicatie gekeken. Verweerster noteerde verder in het dossier: *“geen reanimatie geen ziekenhuis opname meer eea besproken met dochter.”*

Op 17 januari 2013 heeft verweerster contact gehad met de verzorging vanwege nachtelijke onrust en kreunen. Verweerster heeft Haldol voorgeschreven aan patiënte.

Op 18 januari 2013 gaf de verzorging aan dat patiënte de afgelopen nacht minder had gekreund en rustiger was geweest. Verweerster achtte een visite niet nodig.

Klaagster heeft die dag verweerster echter gebeld met het verzoek patiënte die dag toch te bezoeken. Dat heeft verweerster gedaan. Klaagster gaf aan dat ze meer onrust zag en dat patiënte eerder niet zo goed had gereageerd op Haldol. Daarop heeft verweerster de Haldol gestaakt en heeft ze Oxazepam geadviseerd. Zij heeft daarvoor echter geen recept uitgeschreven. Dat is later die avond door de HAP gedaan. Klaagster zag enige verbetering in de situatie en begon te twifelen of het niet toch zinvol zou zijn om patiënte in het ziekenhuis te laten opnemen voor sondevoeding en vochttoediening. Volgens de verzorging weigerde patiënte te eten en te drinken en volgens klaagster werd patiënte onvoldoende gestimuleerd. Verweerster heeft geadviseerd daarover met elkaar in gesprek te gaan. Verder heeft verweerster een afspraak gemaakt voor multidisciplinair overleg (MDO) waarbij ook een specialist ouderengeneeskunde aanwezig was.

Op 21 januari 2013 bezocht verweerster patiënte weer. Patiënte was klinisch stabiel. Deze dag was ook het MDO. De specialist ouderengeneeskunde gaf aan dat het geven van vocht en voeding het leven niet zou verlengen maar dat patiënte zich hier minder prettig door zou gaan voelen en mogelijk complicaties zou krijgen. Dit is door hem met klaagster besproken. Hierna is afgesproken om drinkvoeding te gaan starten en met de verzorging afgesproken dat ze het drinken in ieder geval drie keer zouden aanbieden. Verweerster bezocht patiënte weer op 24 januari 2013. Ze was matig stabiel. Ze dronk weinig en gaf wisselend pijn aan.

Op 25 januari 2013 had klaagster contact met de assistente van verweerster. Zij verzocht de morfinepleisters af te bouwen, verder vroeg zij of een diëtiste ingeschakeld moest worden en of patiënte medicatie in verband met trombose moest krijgen.

Op 28 januari 2013 had verweerster telefonisch contact met klaagster. Klaagster sprak haar zorgen uit dat de verzorging patiënte geen drinken gaf en verzocht om verlaging van de morfinepleisters. Verweerster heeft de pleisters verlaagd naar Butrans 5.

Op 31 januari 2013 heeft verweerster patiënte weer bezocht. Zij noteerde in het dossier dat het niet goed ging tussen de verzorging en klaagster. Klaagster wilde dat patiënte meer eten en drinken zou krijgen. Verweerster heeft aangegeven dat het misschien

niet haalbaar zou zijn om patiënte in het verzorgingshuis te blijven verzorgen. Klaagster gaf aan dat zij dit met haar kinderen wilde bespreken.

Op 1 februari 2013 gaf klaagster aan dat ze een ziekenhuisopname voor patiënte wilde. Verweerster heeft daarop een spoedconsult bij de geriater afgesproken. Op 4 februari 2013 is de geriater bij patiënte geweest. In zijn brief schrijft de geriater onder meer: *“In de beleving van de dochter krijgt moeder, omdat er een terughoudend beleid is ingesteld, geen eten meer en wordt ze verwaarloosd. De verzorging zou hiervoor als verklaring geven dat het allemaal niet meer hoeft en toch geen zin meer heeft. Dochter voelt zich onheus bejegend door de verzorging. Zij vindt het afschuwelijk dat iemand zo aan zijn lot wordt overgelaten en men haar (terwijl moeder dit niet gewild zou hebben) laat versterven.”* Hij was van oordeel dat patiënte was beland in de terminale fase en was van oordeel dat een ziekenhuisopname geen verandering in de situatie zou brengen en om die reden te belastend was voor patiënte. Hij adviseerde adequate palliatieve/terminale zorg.

Vanwege gebrek aan vertrouwen van klaagster in de zorg die het verzorgingshuis aan patiënte werd gegeven heeft verweerster een opname in een hospice voor patiënte verzorgd. Deze opname is toch door klaagster afgezegd en op 7 februari 2013 is patiënte overleden.

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerster -zakelijk weergegeven-:

- dat zij de wensen van patiënte niet heeft gerespecteerd en haar niet op de juiste wijze heeft behandeld;
- er geen discussie mogelijk was over het niet-reanimeerbeleid en over de behandeling;
- de slechte communicatie vanaf 16 januari 2013;
- slordigheid bij het uitschrijven van medicatie;
- slechte communicatie over de eventuele overgang van patiënte naar een hospice.

### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

De strekking van het verweer is dat de klacht ongegrond is. Hierna wordt zo nodig meer specifiek op het verweer ingegaan.

### 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

Bij de behandeling van hoogbejaarde patiënten worden zowel hulpverleners als familieleden voor lastige dilemma's gesteld. Dat heeft de KNMG ertoe gebracht om in juni 2011 een handreiking uit te brengen 'Tijdig spreken over het levenseinde'. Kort samengevat gaat het erom dat een arts verplicht is om goede zorg te geven en verplicht is patiënten te behandelen die ziek zijn. Patiënten hebben het recht een behandeling te weigeren. Een arts dient echter zelfstandig te beslissen of een behandeling medisch gezien nog zin heeft.

Als met een behandeling weinig of niets kan worden bereikt voor een patiënt terwijl deze behandeling wel nadelen heeft, dan is sprake van een medisch zinloze behandeling en daartoe kan een arts niet worden gehouden. Wel behoort de arts zo'n beslissing zo mogelijk met de patiënt en/of de familie te bespreken. De beslissing om een patiënt niet meer te reanimeren en niet meer op te laten nemen in een ziekenhuis is een beslissing die de behandelend arts dan ook, na overleg met de patiënt en/of de familie, zelfstandig dient te nemen.

## 5.3

Verweerster heeft de behandeling van patiënte eind 2012 overgenomen van de huisarts F. Patiënte was toen, zo blijkt uit het dossier, al in een zodanig slechte toestand dat het voeren van een gesprek met haar over haar levenseinde niet goed meer mogelijk was. Zo was in 2011 een gevorderde dementie vastgesteld met forse cognitieve stoornissen. Wel heeft verweerster zoals blijkt uit de hierboven weergegeven feiten en hierna nog besproken zal worden patiënte de nodige zorg gegeven en regelmatig gesproken met klagster.

Verweerster heeft patiënte in december 2012 antibiotica voorgeschreven vanwege een luchtweginfectie. Op 2 januari 2013 leek het dat de antibiotica waren aangeslagen. Het longbeeld was opgeknapt. Verweerster heeft toen besproken dat het herstellen van de longontsteking, gelet op de leeftijd van patiënte, veel energie zou kosten en dat de mogelijkheid bestond dat zij niet meer helemaal op zou knappen. Op 4 januari 2013 heeft verweerster met de verzorging gesproken.

Verweerster heeft op 10 januari 2013 patiënte bezocht en onderzocht. Haar bevindingen zijn beschreven in rubriek twee van deze beslissing. Verweerster dacht aan een TIA of CVA. Zij heeft deze bevindingen met een neuroloog besproken. Deze achtte een ziekenhuisopname niet geïndiceerd. Wel heeft verweerster vanwege een mogelijke TIA of CVA Persantin aan de medicatie toegevoegd.

Na dit overleg heeft verweerster met klagster gesproken en een en ander uitgelegd.

Patiënte werd hierna in toenemende mate bedlegerig maar verweerster werd pas weer op 16 januari 2013 in consult gevraagd. Verweerster heeft patiënte weer onderzocht. Verweerster heeft overwogen, zo noteerde zij, dat een ziekenhuisopname haars inziens geen meerwaarde zou hebben. Verweerster noteerde verder in het dossier dat patiënte niet meer gereanimeerd zou worden en niet meer opgenomen zou worden in het ziekenhuis en dat zij een en ander met klagster had besproken. Niet gebleken is dat klagster het op dat moment niet eens was met dit beleid.

Op 17 januari 2013 meldde de verzorging nachtelijke onrust en heeft verweerster patiënte Haldol voorgeschreven.

Op 18 januari 2013 heeft verweerster op verzoek van klaagster patiënte bezocht. Klaagster twijfelde nu aan het door verweerster ingezette beleid. Daarop heeft verweerster op 21 januari 2013 overlegd met de specialist ouderengeneeskunde over het te voeren beleid. Die gaf aan dat nfusen/sondes het leven niet verlengen maar wel maken dat de patiënt zich minder prettig voelt danwel complicaties krijgt. Een ziekenhuisopname werd niet zinvol geacht. De specialist ouderengeneeskunde heeft ook met klaagster gesproken.

Verder heeft verweerster die dag nog overlegd met de dermatoloog over de behandeling van de Pemphigoïd.

Vrijwel dagelijks heeft verweerster vervolgens contact over patiënte. Toen op 31 januari 2013 duidelijk werd dat er een verschil van inzicht was over de zorg die patiënte moest krijgen heeft verweerster met klaagster gesproken. Op 1 februari 2013 heeft klaagster aangegeven dat zij toch een ziekenhuisopname voor patiënte wenste. Verweerster heeft vervolgens zo spoedig als enigszins mogelijk een consult bij een specialist ouderengeneeskunde geregeld. Dit consult vond plaats op 4 februari 2013. Hij achtte een ziekenhuisopname niet geïndiceerd en adviseerde adequate palliatieve/terminale zorg.

Verder heeft verweerster nog een opname in een hospice verzorgd maar klaagster heeft daar van afgezien.

Op 7 februari 2013 is patiënte overleden.

#### 5.4

Het college is van oordeel dat de behandeling die verweerster aan patiënte heeft gegeven de tuchtrechtelijke toets doorstaat. Zij heeft overlegd met medisch specialisten op momenten dat dit geboden was. Waar zij van mening was dat behandeling medisch gezien niet zinvol was heeft zij dit getoetst bij een specialist ouderengeneeskunde en bij een geriater en heeft zij dit gecommuniceerd met klaagster. Zoals hierboven aangegeven behoeft een dergelijke beslissing niet de instemming van patiënte en/of de familie. Uit het dossier en uit de stukken komt duidelijk naar voren dat klaagster vond dat patiënte meer voedsel en drinken aangeboden moest krijgen. Ook tijdens het mondeling vooronderzoek is dit punt uitdrukkelijk aan de orde geweest. Op zichzelf is dat een punt van verzorging waar verweerster als huisarts niet direct voor verantwoordelijk gehouden kan worden. Pas als aan de orde komt of kunstmatig voeden medisch gezien geïndiceerd is, is het aan verweerster om deze vraag te beantwoorden. Het college is van oordeel dat verweerster dat op zorgvuldige wijze heeft gedaan.

Verweerster heeft op 16 januari 2013 het initiatief genomen om over de situatie te praten. Het college acht dat juist. Klaagster was op dat moment akkoord met het gevoerde beleid.

Toen klaagster op 18 januari 2013 toch moeite kreeg met dit beleid heeft verweerster de geriater in consult gevraagd. Deze ondersteunde het beleid van verweerster. Het college deelt dit oordeel.

Het college is dan ook van oordeel dat verweerster patiënte niet op een onjuiste wijze heeft behandeld, dat verweerster op zorgvuldige wijze behandelbeslissingen heeft genomen die niet onjuist waren.

Inderdaad heeft verweerster op 18 januari 2013 vergeten het recept Oxazepam uit te schrijven. Het college acht deze omissie echter van onvoldoende gewicht om tot een grondverklaring te komen, temeer daar deze omissie op grond van de notitie van verweerster in het dossier eenvoudig hersteld kon worden door de dienstdoende arts van de HAP.

Verweerster heeft op 5 februari 2013 nog een plaats geregeld voor patiënte in een hospice maar in de communicatie rond een eventuele overplaatsing van patiënte naar het hospice is blijkbaar iets misgegaan. Dat is te betreuren. Wat er precies is misgegaan is echter niet duidelijk geworden. Het college heeft geen of onvoldoende aanwijzingen om aan te nemen dat verweerster van deze communicatiestoornis een tuchtrechtelijk verwijt gemaakt zou moeten worden.

Verder is in zijn algemeenheid duidelijk uit het dossier dat de communicatie tussen klaagster en verweerster niet optimaal was. In beginsel rust op de beroepsbeoefenaar een extra inspanningsplicht in de communicatie met patiënten en hun familie. Naar het oordeel van het college heeft verweerster, zo blijkt uit het dossier, zich echter voldoende inspanningen getroost in die communicatie. Soms slaagt dat, ondanks alle inspanningen, toch niet of niet voldoende. Maar dit kan dan niet tot een tuchtrechtelijk verwijt leiden.

## 5.5

De eindconclusie is dan ook dat verweerster niet heeft gehandeld in strijd met de zorg die zij als huisarts behoorde te betrachten en dat de klacht als kennelijk ongegrond dient te worden afgewezen.

## 6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. A.L. Smit, voorzitter, M.D. Klein Leugemors en G.W.A. Diehl, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 14 juli 2014 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

voorzitter

secretaris

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

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

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.