

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2016-163a

Datum uitspraak: 7 maart 2017

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

A,
wonende te B,
klaagster,
gemachtigde: mr. M.C. Hoogendam, werkzaam te Leusden,

tegen:

C, huisarts,
werkzaam te D,
verweester,
gemachtigde: mr. W.R. Kastelein, werkzaam te Zwolle.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 3 juni 2016
- het verweerschrift met bijlagen
- de brief d.d. 15 december 2016 met USB-stick van klaagster
- de brief d.d. 22 december 2016 van de gemachtigde van klaagster met bijlagen.

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

1.3 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 10 januari 2017. De partijen, bijgestaan door hun gemachtigden, zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Mr. Hoogendam heeft pleitnotities overgelegd.

1.4 De klacht is behandeld tezamen met de andere, met de klacht samenhangende, klacht zoals bedoeld in artikel 57, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, die bekend is onder het dossiernummer: 2016-163b.

2. De feiten

2.1 Klaagster is de dochter van mevrouw E (hierna: patiënte), geboren in 1932 en overleden in 2015 in het F in D. Sinds 2010 verbleef patiënte in het woonzorgcentrum G te D (hierna: zorgcentrum). Klaagster is nauw betrokken geweest bij de verzorging van patiënte.

2.2 Verweerster is werkzaam in de Huisartsenpraktijk H, die de zorg heeft voor een deel van de bewoners van het zorgcentrum. Twee keer per week is er een spreekuur ter plaatse. Verweerster heeft op donderdagmiddag spreekuur in het zorgcentrum, haar collega - waartegen eveneens een klacht is ingediend die wordt behandeld onder het nummer 2016-163b - sinds oktober 2014 op de maandagmiddag. Patiënten worden via de verzorging voor het spreekuur aangemeld. Een deel van de patiënten wordt besproken met de verzorging, een ander deel komt langs in de spreekkamer of wordt bezocht op de eigen kamer. Alle patiënten zijn op naam ingeschreven. Verweerster was (coördinerend) huisarts van patiënte.

2.3 Patiënte leed vanaf haar 40ste levensjaar aan een hoge bloeddruk. Vanwege deze bloeddruk slikte klaagster al jarenlang op voorschrift van de cardioloog en/of huisartsen Captopril, Nifedipine, cardio-aspirine en Furosemide. De voorgeschiedenis vermeldt voorts onder meer een pacemaker, nierinsufficiëntie, (in een later stadium vastgestelde vasculaire) dementie, overgewicht, verhoogd cholesterol, hypertensie, artrose aan knieën en linkerschouder, alsmede jicht.

2.4 Er was sinds jaren sprake van een (langzaam) progressieve achteruitgang tot uiteindelijk een terminaal hartfalen. In de laatste jaren en met name in 2015 is patiënte verschillende keren in het ziekenhuis opgenomen vanwege pijn op de borst, pneumonie, bronchitis, hartfalen, somnolentie en algehele achteruitgang.

2.5 In de laatste periode voor het overlijden is patiënte pijnmedicatie toegediend in de vorm van paracetamol (met codeïne), Fentanyl pleisters en Tramadol.

3. De klacht

Klaagster heeft een veelheid aan klachten ingediend tegen verweerster. In een dergelijke situatie dient het College te komen tot een voor de beoordeling van de klacht bruikbare samenvatting van de geuite bezwaren. De verwijten die klaagster verweerster maakt hebben, zoals zijzelf ook zakelijk heeft weergegeven, betrekking op foutieve, dan wel achterwege laten van (noodzakelijke) medische zorg en gebrekkige communicatie met de familie. Verweerster wordt met name verweten dat zij de hartmedicatie heeft afgebouwd zonder overleg met een specialist, terwijl de klachten ook de pijnmedicatie, de behandeling van decubitus en de communicatie betreffen. Over deze klachtonderdelen zal het College een oordeel geven.

4. Het standpunt van verweerster

Verweerster heeft de klachten en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

5.1 Het College wijst er allereerst op dat volgens vaste tuchtrechtelijke rechtspraak het bij de tuchtrechtelijke beoordeling van het beroepsmatig handelen van de arts niet gaat om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om het antwoord op de vraag of de aangeklaagde beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijk bewaarde beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig gestelde handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep als norm was aanvaard. Tevens geldt dat het bij het tuchtrecht in beginsel gaat om de persoonlijke verwijtbaarheid van de arts.

Medische zorg

5.2 Ter beoordeling van het verwijt dat de noodzakelijke zorg achterwege is gebleven heeft het College onder meer het journaal geraadpleegd. Hieruit blijkt dat sinds 2012 bijna maandelijks verweerster en in een later stadium haar collega, maar ook verschillende andere huisartsen van de praktijk diverse malen zijn benaderd en advies hebben verstrekt, dan wel patiënte hebben gezien of bezocht en beoordeeld. In 2015 is patiënte op verzoek van klaagster door verweerster meermaals naar het ziekenhuis verwezen voor beoordeling door een specialist. Er is fysiotherapie en ergotherapie aangevraagd en er is voorts een diëtiste geconsulteerd. Een psycholoog is verzocht de cognitieve functies van patiënte te beoordelen. Er is een verwijzing geschreven voor een geriater. Dat er van de zijde van verweerster, voor zover zij betrokken is geweest, zorg achterwege is gebleven is uit de processtukken en hetgeen ter zitting naar voren is gekomen niet aannemelijk geworden.

Hartfalen, pijn en decubitus

5.3 Bij patiënte was sprake van een veelheid van klachten. Hierbij stond met name chronische hypertensie, waardoor zich een chronisch diastolisch hartfalen (verminderde pompfunctie van het hart) had ontwikkeld bij linkerventrikel hypertrofie op de voorgrond, in combinatie met de nierinsufficiëntie. Het College stelt in dit verband het volgende voorop. Het doel van de behandeling is in een dergelijk geval het verminderen van klachten en verhogen van kwaliteit van leven. Genezing is niet mogelijk. Het klachtenbeeld is wisselend en verergert meestal geleidelijk, waarbij de medicatie wordt aangepast op geleide van optredende klachten. Daarbij komt dat de medicatie zelf bijwerkingen (zoals bijvoorbeeld (te grote) daling van de bloeddruk of verslechtering van de nierfunctie bij gebruik van een ACE-remmer) kan hebben, zo ook het stoppen van de medicatie. Patiënte gebruikte diverse hartmedicatie om de bloeddruk te verlagen en diuretica om vochtophoping te verminderen. Toen er sprake was van boezemfibrilleren is dit ook medicamenteus behandeld. Het College leidt uit de medische informatie af dat reeds vanaf 2012 en met name in 2015 bij patiënte verdere verslechtering is opgetreden, waarbij vooral het (terminale) hartfalen in combinatie met nierinsufficiëntie zorgde voor steeds weer optredende klachten en een noodzaak om op geleide van de klachten de medicatie aan te passen. De inzet hierbij was het zo goed mogelijk bewaren van het wankel evenwicht tussen het hart en de nieren van patiënte. Hierbij vond steeds controle plaats of patiënte daar goed op reageerde. Zo werd vanwege duizeligheid en moeheid en lage bloeddruk de hartmedicatie afgebouwd. Toen zich tekenen voordeden van hartfalen in de vorm van gewichtstoename (vanwege vochtophoping) en kortademigheid, werd de plasmedicatie opgehoogd. Van ingrijpende beslissingen, waarbij raadpleging van specialisten op regelmatige basis was aangewezen, was geen sprake. Er vonden kortom aanpassingen plaats om tot een zo goed mogelijke behandeling te komen, die zeer wel verdedigbaar waren. Dat verweerster hierin onzorgvuldig of foutief zou hebben gehandeld is het College niet gebleken.

Het verwijt van klaagster dat verweerster over het medicamenteuze beleid overleg had moeten voeren met de specialist volgt het College niet. In het algemeen kan de begeleiding van een chronisch hartfalen door de huisarts plaatsvinden, waarbij bedacht moet worden dat regelmatig aanpassing van de medicatie nodig was. De huisarts is de aangewezen persoon om dit te begeleiden, zo nodig in overleg met de cardioloog. In casu is patiënte met name in 2015 een aantal malen ingestuurd naar het ziekenhuis, waar zij meermaals is beoordeeld door een cardioloog. Patiënte is voorts voor controles door cardiologen gezien. Ook door de cardiologen is de medicatie naar bevinding aangepast. Niet is gebleken dat het medicatiebeleid van verweerster als onjuist werd beoordeeld door de cardiologen. Het College is daarnaast op basis van de stukken en het verhandelde ter zitting ervan overtuigd geraakt dat patiënte, zeker aan het eind van haar leven, zoveel pijn had dat forse pijnstilling noodzakelijk was. Dat verweerster, voor zover bij de pijnstilling betrokken, daarbij te ver is gegaan is niet gebleken.

5.4 Toen er begin september 2015 door de verzorging decubitus werd vastgesteld, heeft verweerster zelf voorgeschreven. Vervolgens is de wondverpleegkundige ingeschakeld. Dat de wondverpleegkundige mogelijk te lang op zich heeft laten wachten is verweerster niet aan te rekenen, aangezien de zorgcoördinator dan wel dienstdoende verpleegkundige had moeten aandringen op een eerdere komst van de wondverpleegkundige. Verweerster heeft daarin geen rol gehad. Bij opname in het ziekenhuis van 18 tot 24 september 2015 verslechterde ondanks behandeling de decubitus vanwege immobiliteit. Ook bij terugkeer in het zorgcentrum is er aandacht voor de decubitus geweest. Er zijn geen aanwijzingen dat verweerster, voor zover zij daarbij betrokken is geweest, onjuist heeft gehandeld.

Communicatie

5.5 Voor wat betreft de communicatie, naar het College begrijpt met name in het verloop van 2015, heeft het College vastgesteld dat partijen ieder een andere beleving daarvan hebben gehad. Waar klaagster spreekt van een gebrekkige communicatie met de familie, heeft verweerster haar contact met klaagster als goed ervaren. Verweerster heeft gesteld dat naarmate het slechter ging met patiënte de relatie tussen klaagster en verweerster onder druk kwam te staan omdat de verwachtingen over de medische behandelingen niet meer overeen kwamen. Verweerster heeft toegelicht dat klaagster steeds opnieuw behandeling wenste om de toestand van patiënte te verbeteren, terwijl het voor verweerster duidelijk was dat medisch gezien verdere achteruitgang onontkoombaar was en het medicatiebeleid telkens moest worden aangepast om optredende klachten zo evenwichtig mogelijk te behandelen. Alhoewel wellicht medisch niet meer zinvol, is nog regelmatig aan klaagsters verzoeken tegemoetgekomen om fysiotherapeut, ergotherapeut en diëtiste te betrekken en is patiënte nog enkele malen naar het ziekenhuis doorverwezen. Klaagster heeft verschillende e-mailberichten uit 2015 bij haar klaagschrift gevoegd, waarin zij vragen heeft gesteld, aandachtspunten heeft kenbaar gemaakt aan verweerster dan wel contacten met andere hulpverleners heeft teruggekoppeld. Verweerster heeft gesteld dat de e-mails van klaagster steeds aanleiding vormden om met haar in gesprek te treden. Verweerster heeft naar voren gebracht dat zij over de prognose heeft gesproken maar kennelijk onvoldoende duidelijk heeft gemaakt dat het hartfalen progressief was. Klaagster heeft dit ontkend en heeft gezegd zich dit niet meer te herinneren. Wat hiervan zij, er zijn (vele) aantekeningen te vinden in het journaal van telefonische contacten mét en verzoeken ván klaagster waaraan gevolg is gegeven, consulten en visites waarbij klaagster aanwezig is geweest en van gesprekken zoals op 25 juni 2015, 3 augustus 2015, 17 augustus 2015, 20 augustus 2015, 31 augustus 2015, 2 september 2015, 14 september 2015 en 28 sep-

tember 2015 door verweerster, dan wel haar collega-huisarts. Hoewel verweerster waarschijnlijk, zoals zij zelf ook heeft gesteld, de familie kennelijk niet voldoende heeft kunnen doordringen van de verwachte (slechte) prognose van patiënte en het daarbij behorende behandelbeleid is er geen aanwijzing dat verweerster een tuchtrechtelijk verwijt gemaakt kan worden van de door klaagster als onvoldoende ervaren communicatie.

5.6 De conclusie is dat verweerster met betrekking tot de klacht geen verwijt zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg kan worden gemaakt. De klacht zal dan ook als ongegrond worden afgewezen.

6. De beslissing

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

Wijst de klacht af.

Deze beslissing is gegeven door mr. M.A.F. Tan-de Sonnaville, voorzitter, mr. P.M. van Dijk-de Keuning, lid-jurist, dr. I. Dawson, dr. C. Keijzer en H.C. Baak, leden-artsen, bijgestaan door mr. I.C.M. Spitters-Vermeulen, secretaris en uitgesproken in het openbaar op 7 maart 2017.

voorzitter

secretaris

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

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

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