

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2024/6849

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

ZWOLLE

Beslissing van 13 december 2024 op de klacht van:

A, wonende in B,

C, wonende in D,

klaagsters,

tegen

F,

huisarts,

werkzaam in G,

verweerder, hierna ook: de huisarts,

gemachtigde: mr. L. Wijnbergen, werkzaam te Groningen.

1. De zaak in het kort

1.1 De vader van klaagsters is overleden aan de gevolgen van longfibrose. Klaagsters verwijten de huisarts, samengevat, dat hij hun vader en klaagsters onvoldoende heeft betrokken in het beleid, inadequaat medicatie heeft voorgeschreven, geen controles heeft gedaan en onvoldoende zelfreflectie heeft getoond.

1.2 Het college komt tot het oordeel dat de klacht deels gegrond is en legt de huisarts de maatregel van een waarschuwing op. Hierna licht het college dat toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 23 januari 2024;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek met bijlagen;
- de dupliek.

2.2 De partijen hebben de gelegenheid gekregen om onder leiding van een secretaris van het college met elkaar in gesprek te gaan (mondeling vooronderzoek). Daarvan hebben zij geen gebruik gemaakt.

2.3 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 19 november 2024. De zaak is gelijktijdig behandeld met de zaak tegen een collega-huisarts van verweerder. Deze zaak staat geregistreerd onder zaaknummer Z2024/6848. In beide zaken wordt afzonderlijk uitspraak gedaan. Klaagsters zijn verschenen. De huisarts is verschenen, bijgestaan door zijn gemachtigde. Partijen hebben hun standpunten mondeling toegelicht.

3. De feiten

3.1 Klaagsters zijn de dochters van H, geboren in 1929 (hierna: patiënt). Patiënt was tot hoge leeftijd nog vitaal. Vanaf het voorjaar van 2021 ontstond er een beeld met inspanningsgebonden kortademigheid waarbij angst en moeite met de ademregulerende factoren leken te zijn. De cardioloog kon geen verklaring vinden op cardiaal gebied.

3.2 Begin oktober 2021 werd patiënt verwezen naar de spoedeisende hulp (SEH) omdat de benauwdheid en lage zuurstofgehalten niet meer verklaard konden worden. Van 6 oktober tot 12 oktober 2021 was patiënt opgenomen op de afdeling longgeneeskunde. Uit de brief van de longarts van 12 oktober 2021 volgt dat sprake was van een beeld van een dubbelzijdige longontsteking bij ILD (interstitial lung disease), patiënt was zuurstofafhankelijk en er werd zuurstof voor thuis aangevraagd. Verder blijkt uit deze brief dat sprake was van diverse behandelbeperkingen, namelijk: niet reanimeren, niet beademen en een beperkt beleid. Op 18 november 2021 had patiënt een vervolgsconsult bij de polikliniek longgeneeskunde en werd hem medegedeeld dat sprake was van onbegrepen interstitieel longbeeld en dat er op basis van zijn leeftijd geen aanvullende invasieve onderzoeken zouden worden verricht. Op 13 september 2022 volgt uit het dossier dat de longarts aangaf dat het goed ging, dat de zuurstof tijdelijk opgehoogd kon worden bij inspanning en de prednison per oktober afgebouwd werd naar 15 mg. De ouderenverpleegkundige van de huisartsenpraktijk bezocht patiënt op 28 september 2022 en sprak af ieder kwartaal een huisbezoek af te leggen. Patiënt kreeg prednison en de longarts adviseerde dit rond de jaarwisseling in 2022 af te bouwen naar 10 mg en verzocht de huisarts de controles verder over te nemen.

3.3 In januari 2023 had klagster contact met de longarts. Zij kreeg te horen dat de longarts de controle zou overdragen aan de huisarts. Klagster deed namens patiënt het verzoek om een hogere dosering prednison te proberen. Zij was bang dat

patiënt tussen wal en schip zou vallen en hij ging achteruit, was meer benauwd en kon weinig doen. De prednison werd vervolgens opgehoogd van 15 naar 30 mg.

Op 10 januari 2023 deed de collega van de huisarts controle na deze ophoging en het leek iets beter te gaan met patiënt. Afgesproken werd zo door te gaan.

3.4 Naar aanleiding van een e-mail van klaagsters werd patiënt op 18 januari 2023 verwezen naar de ouderenpsychiater I, vanwege een vermoeden van een angststoornis, persoonlijkheidsstoornis en/of een stemmingsstoornis. Op het intakegesprek met deze psychiater dat op 26 januari 2023 plaatsvond, werd besproken dat patiënt liever niet meer pillen wilde dan de olanzapine 2,5 mg die hij al kreeg. Daar sliep hij beter door en piekerde hij minder. De ouderenverpleegkundige van de huisartsenpraktijk zou contact houden met patiënt.

3.5 Op 8 februari 2023 belde klaagster dat patiënt steeds depressiever werd en vertelde dat het leven niet meer hoefde. Patiënt was kortademig en klaagster gaf aan dat de longarts verteld had dat er een morfine-achtig drankje geprobeerd zou kunnen worden. De huisarts schreef vervolgens een recept uit.

3.6 Over het huisbezoek van de ouderenpsychiater op 14 februari 2023 werd, voor zover van belang, als volgt gerapporteerd aan de huisarts (alle tekst letterlijk weergegeven):

“Zeer veel moeite met de, door longlijden, opgelegde beperkingen en eigenlijk hoeft het voor hem zo niet meer. Via longarts [RTG: naam longarts] nu oramorph ampullen 10mg 4dd1/2, net gestart dus nog even afwachten en ook weer check bij huisarts hoe lang nog door te gaan met prednison 30 mg. Dochter is wat ontevreden over betrokkenheid en medisch beleid van huisarts en ze moeten het allemaal zelf bedenken. Hier uitvoerig bij stilgestaan. Besproken hoe iedereen met de beste bedoelingen handelt, maar het toch kan leiden tot spanning en het ook niet meevalt met een man die graag controle houdt en niet kan omgaan met patroondoorbrekingen. Realiseert zich wel dat het nu eenmaal niet anders kan en steun moet toestaan. Ondertussen nog voldoende zaken waar hij enige plezier aan ontleent, bijvoorbeeld sport op televisie. Gezien mogelijke sufheid en het slapen, is goed de olanzapine 2,5 mg nu te stoppen (...).”

3.7 In het medisch dossier staat dat op 20 februari 2023 de bloeduitslagen van patiënt er goed uit zagen. De ouderenverpleegkundige belde patiënt en hij was dankbaar voor het telefoontje en gaf aan dat het stabiel met hem ging.

3.8 Op 22 februari 2023 bleek tijdens een visite door de huisarts dat de situatie van patiënt verslechterd was. Klaagsters waren ongerust. De huisarts bezocht patiënt en gaf uitleg aan patiënt en klaagster dat ILD zal leiden tot verdere achteruitgang. Verder verwees hij patiënt naar de SEH om andere oorzaken voor de benauwdheid uit te sluiten en uitleg te geven over de verwachtingen.

De conclusie op de SEH was dat sprake was van aanhoudende dyspneu DD bij gekend interstitieel longbeeld. Er waren geen aanwijzingen voor een infiltraat. In de brief van de SEH van 22 februari 2023 aan de huisarts staat verder: *“NB dochter heeft graag behoefte aan duidelijk beleid en begeleiding omtrent zorg van patient, graag aandacht hiervoor.”* Patiënt was van 22 tot 27 februari 2023 opgenomen op de afdeling longgeneeskunde. Gezien de leeftijd en onderliggend lijden werd afgesproken geen aanvullende diagnostiek te doen, vanwege het ontbreken van

consequenties. Dit werd als zodanig met patiënt en klaagster besproken.

3.9 Klaagster belde op 3 maart 2023 om te vertellen dat ze bij patiënt was en het zo niet meer ging. De thuiszorg wilde graag overleg voor eventueel een ELV (eerstelijnsverblijf) bed, zodat patiënt eerst kon aansterken en dan naar huis kon. Patiënt werd dezelfde dag aangemeld door de huisarts. Op 6 maart 2023 bezocht de huisarts patiënt, patiënt sliep op dat moment slecht en zei vaak dat hij naar zijn (overleden) vrouw wilde. Patiënt kreeg slaapmedicatie en er werd een spoedindicatie WLZ (Wet langdurige zorg) afgegeven, nu na overleg werd geconcludeerd dat patiënt het meest gebaat was bij een reguliere WLZ opname. De indicatie daarvoor werd op 8 maart 2023 afgegeven.

3.10 De collega van de huisarts bezocht patiënt en klaagsters op 9 maart 2023 en noteerde hierover in het medisch dossier:

“S Pt gaat snel achteruit, gisteren nog uit bed, maar nu de energie niet om uit bed te komen. Er is een plek in J beschikbaar, volgens dochter erg klein en gehorig. Familie slaapt nu bij dhr, kan niet alleen zijn (...)

O Ligt in bed, kortademig, ook aan het hyperventileren, zou graag euthanasie willen. E Pneumonie, bronchieëctasieën, ILD

P Gesprek met dochters, advies is 24 uur zorg in verpleeghuis, hebben tot 13/3 kamer in J, nu zn oramorf 1.2 daags, euthanasie niet mogelijk (nooit eerder besproken).

Dochter neemt morgen weer contact op met klantadvies centrum.”

3.11 Op 10 maart 2023 sprak de collega van de huisarts met patiënt en klaagsters af dat de maandag erop een ambulance zou komen om patiënt op te halen en naar het verpleeghuis te brengen en regelde deze ambulance. Verder kreeg patiënt tijdelijk 5-10 mg oxazepam in de avond en noteerde de collega van de huisarts dat het verpleeghuis hopelijk voor rust zal zorgen.

3.12 De ambulanceverpleegkundige belde op 13 maart 2023 naar de collega van de huisarts en gaf aan dat patiënt naar J gebracht zou worden maar een saturatie van slechts 68% had. De vraag was of patiënt eerst nog naar de SEH moest of toch direct naar het verpleeghuis. De collega van de huisarts noteerde in het dossier dat de longarts eerder al had aangegeven dat er geen behandelmogelijkheden meer waren. Patiënt is daarna met de ambulance naar het verpleeghuis vervoerd.

De huisarts sprak later die dag met klaagsters en gaf enige uitleg over het beleid van de afgelopen maanden. Hij sprak af hier later op terug te komen.

3.13 Op 14 maart 2023 is patiënt in het verpleeghuis overleden.

4. De klacht en de reactie van de huisarts

4.1 Klaagsters verwijten de huisarts dat hij:

- a. heeft nagelaten afspraken te maken met patiënt en klaagsters over het te verwachten beleid, huisbezoek en beloop, controles heeft nagelaten en alarmsymptomen genegeerd;
- b. inadequaat medicatie heeft voorgeschreven. Zo heeft hij morfine voorgeschreven zonder patiënt te zien en pas na twee weken geëvalueerd, niet goed de interactie van morfine met een antipsychoticum afgewogen en zolpidem voorgeschreven zonder dit af te wegen tegen de saturatie;
- c. geen controles heeft gedaan, ook niet toen opname in het verpleeghuis was afgesproken. De zuurstofsaturatie was vlak voor vertrek niet gecontroleerd, waardoor het verpleeghuis onvoldoende voorbereid was;
- d. onvoldoende blijkt geeft van zelfreflectie.

4.2 De huisarts heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren. Na de overdracht van de controle door de longarts aan de praktijk, is de praktijkverpleegkundige bij patiënt langs geweest en is afgesproken dat zij ieder kwartaal zou langskomen. Er was geen behandeling mogelijk voor de longfibrose van patiënt en de zorg van de huisartsen was gericht op het verschaffen van comfort en bestrijding van symptomen. De morfine is verder aan patiënt voorgeschreven nadat de huisarts de controles van de verwijzing door de longarts en de medicatiebewaking heeft uitgevoerd. De huisarts vond het onverstandig om meerdere wijzigingen in de medicatie tegelijk door te voeren en zowel te starten met morfine als te stoppen met het antipsychoticum. Dit is een weloverwogen keuze in het medicatiebeleid geweest. Het uitvoeren van de door klaagsters gevraagde controles was niet nodig, nu het beleid was gericht op het verschaffen van comfort en verlichten van de door patiënt ervaren klachten. Tot slot heeft de huisarts na reflectie geconcludeerd dat de zorg jegens patiënt op orde was en dat onduidelijk is volgens de huisarts wat er verder aan reflectie verwacht mag worden.

4.3 Het college gaat hieronder verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

De criteria voor de beoordeling

5.1 De vraag is of de huisarts de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende huisarts. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Dat een zorgverlener eventueel beter anders had kunnen handelen is niet altijd genoeg voor een gegrond tuchtrechtelijk verwijt. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen.

Klachtonderdelen a) t/m c) afstemming beleid omtrent patiënt en medicatie

5.2 Vanwege de samenhang zal het college deze klachtonderdelen gezamenlijk bespreken. Deze klachten komen er, samengevat, op neer dat de huisarts patiënt en klaagsters onvoldoende heeft betrokken in het gevoerde beleid en alarmsignalen heeft genegeerd. In de KNMG-handreiking 'Tijdig praten over het levenseinde' uit

2021 staat onder meer dat het voeren van gesprekken over het levenseinde behoort tot de professionele verantwoordelijkheid van de arts. Een open contact met de patiënt bevordert een zorgvuldige en verantwoorde gezamenlijke besluitvorming over de kwaliteit van de laatste levensfase. Voor het geval een patiënt geen behoefte heeft aan een gesprek over levenseinde adviseert de handreiking om in dat geval met naasten van gedachten te wisselen over de wensen en behoeften van de patiënt. Klaagsters hebben ter zitting erkend dat patiënt ondanks zijn hoge leeftijd aan het leven hing en zich ervoor afsloot het gesprek over zijn levenseinde aan te gaan. Het college begrijpt dat het onder deze omstandigheden lastig was voor de huisarts om pro-actief het gesprek hierover aan te gaan met patiënt zelf en zijn naasten. Echter, in het medisch dossier van de huisartsenpraktijk zijn meerdere opmerkingen te vinden waaruit blijkt dat patiënt op bepaalde momenten aan de huisarts of een van de collega's uit de praktijk aangaf dat hij het leven niet meer zag zitten (bijvoorbeeld de aantekeningen van 13 oktober 2021, van 20 december 2022, 8 februari 2023, 6 maart 2023 en het expliciet benoemen van euthanasie op 9 maart 2023). Dergelijke opmerkingen zouden een aanknopingspunt moeten zijn geweest om toch met patiënt of althans klaagsters, het gesprek aan te gaan. Door niet dit gesprek aan te gaan of ervan uit te gaan dat een collega dit wel zou oppakken, heeft er bij patiënt en klaagsters onduidelijkheid kunnen ontstaan over wat op dit punt nu precies het ingezette beleid was. Op het moment dat de patiënt uiteindelijk om euthanasie vroeg, was daar nog niet over gesproken en kon er op dat moment niets mee worden gedaan. Toen duidelijk werd dat genezing niet meer te verwachten was en voorzienbaar was dat de situatie van de patiënt verder zou verslechteren, had het gesprek over het levenseinde moeten worden gevoerd of ingeleid, al dan niet via de dochters, zeker toen de patiënt signalen ging geven dat hij het leven niet meer zo zag zitten. Toen het woord euthanasie door de patiënt uiteindelijk werd geuit en de situatie sneller achteruitging dan voorzien, was er geen voorbereiding geweest en was de situatie op dat moment niet geschikt om met die wens meteen wat te doen. Dat had vermeden kunnen worden.

Uit het dossier en ter zitting is gebleken dat de huisarts en zijn collega-huisarts het algemene palliatieve beleid zelf goed voor ogen hadden bij de behandeling van patiënt. Dit geldt ook voor het feit dat veel controles niet werden uitgevoerd, waarvan de huisarts stelt dat deze niet nodig waren aangezien de zorg was gericht op comfort en symptoomverlichting en het beleid na controle niet zou zijn veranderd. Het college kan die lijn billijken. Of dit beleid met patiënt en zijn dochters is besproken, blijkt echter niet uit het dossier. Achteraf is dus niet meer controleerbaar of, hoe en op welk moment patiënt en klaagsters werden geïnformeerd over het ingezette beleid en de consequenties daarvan.

5.3 Het college is verder van oordeel dat de door de huisarts ingezette medicatie (morfine) verdedigbaar is en acht dit niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. De morfine was door de longarts eerder voorgesteld en de dosering was niet hoog. Het college heeft geen aanwijzing dat er een fout is gemaakt met het voorschrijven van morfine in combinatie met een antipsychoticum. Echter, ook hiervoor geldt dat het op de weg van de huisarts had gelegen hierover nadere uitleg te geven aan patiënt zodat duidelijk was waarom deze keuze was gemaakt en vervolgens ook de opvolging van deze medicatie actief te volgen, en niet op zijn beloop te laten of te verwachten dat een collega dit zou oppakken zonder dit uit te spreken of vast te leggen. Dit laatste is temeer van belang in een praktijk waar meerdere mensen werken. De klacht is op dit punt dan ook gegrond.

Het college is verder van oordeel dat de reactie van de huisarts – via de assistente - op de vraag of morfine samen kon met een antipsychoticum, namelijk ‘dat zien we wel’, wat door klaagsters werd ervaren als nonchalant, niet klachtwaardig is. De huisarts heeft uitgelegd dat hij bedoelde te zeggen dat er geen andere opties waren, dus dit kon geprobeerd worden. Objectief gezien is dit juist. Mogelijk was het voor klaagsters duidelijker geweest als de huisarts het direct had kunnen toelichten, maar tuchtrechtelijk verwijtbaar is dit niet. De klacht is ook ongegrond voor zover deze betrekking heeft op de slechte toestand waarin de ambulancemedewerkers de patiënt op 13 maart 2023 aantreffen, toen hij naar J gebracht zou worden en een saturatie van 68% werd geconstateerd. Het college is met de huisarts van oordeel dat de patiënt onverwacht snel achteruitging. Dat de huisarts toen alarmsignalen heeft gemist, kan het college niet objectiveren.

5.4 Samenvattend is het college van oordeel dat weliswaar het ingezette beleid en de voorgeschreven medicatie goed gevolgd kunnen worden, maar dat op enkele belangrijke onderdelen de communicatie en dossiervorming over het ingezette (palliatieve) beleid niet voldoende waren. Daardoor is niet te controleren of de patiënt en klaagsters voldoende zijn voorgelicht. Gelet op het voorgaande zijn de klachtonderdelen a, b en c gegrond.

Klachtonderdeel d) onvoldoende reflectie

5.5 Het klachtonderdeel dat de huisarts onvoldoende blijkt geeft van zelfreflectie en onvoldoende nazorg heeft geboden, acht het college ongegrond. Uit de door klaagsters overgelegde brief[1] volgt dat de huisarts met zijn collega heeft gereflecteerd en dat het hen spijt dat de begeleiding van patiënt in de laatste jaren van zijn leven als onvoldoende is ervaren, maar dat zij een andere indruk hebben. Dat klaagsters het niet met de inhoud van deze brief eens zijn, maakt niet dat de huisarts onvoldoende op zijn rol heeft gereflecteerd. Daarnaast is in deze brief opgenomen dat de huisarts open staat voor een gesprek en zijn klaagsters gewezen op de mogelijkheid de klachtenfunctionaris in te schakelen. Klachtonderdeel d is daarmee ongegrond.

[1] Ongedateerd, bijlage 13 bij het klaagschrift.

Slotsom

5.6 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat klachtonderdelen a, b en c gegrond zijn en klachtonderdeel d ongegrond.

Maatregel

5.7 Het college zal een maatregel opleggen. Tijdens de zitting is gebleken dat de huisarts patiënt al 25 jaar kende, maar dat na de opname van patiënt in 2021 de collega-huisarts (verweerster in de zaak Z2024/6848) de regie heeft genomen in de behandeling van patiënt. De verantwoordelijkheid voor de behandeling van patiënt en de praktijkvoering was gedeeld. Het college twijfelt er niet aan dat de huisarts zich over de hele linie goed heeft ingezet voor patiënt. Dat patiënt wisselende signalen gaf over zijn laatste levensfase, maakte gesprekken hierover niet eenvoudig. Ook de dossievoering was grotendeels op orde. Echter, de huisarts had zich pro-actiever moeten opstellen waar het de communicatie omtrent het beleid in de laatste levensfase van patiënt betrof. Ook bij de follow up ten aanzien van de ingestelde

medicatie had de huisarts zich pro-actiever kunnen en moeten opstellen. Het college vindt een waarschuwing onder deze omstandigheden passend als feedback.

Publicatie

5.8 In het algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere zorgverleners mogelijk iets kunnen leren, in het bijzonder wat betreft de bewaking van de regie in een groepspraktijk. De publicatie zal plaatsvinden zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart klachtonderdelen a, b en c gegrond;
- legt de huisarts de maatregel op van een waarschuwing;
- verklaart de klacht voor het overige ongegrond;
- bepaalt dat deze beslissing, nadat die onherroepelijk is geworden, zonder vermelding van namen of andere herleidbare gegevens in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact.

Deze beslissing is gegeven door P.A.H. Lemaire, voorzitter, C.A. Bol, lid-jurist, R.J. Wolters, M. van Bergeijk en G.S.H. Vegt, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door M.H. van Ham, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 13 december 2024.

secretaris

voorzitter

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als

- het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard, of
- als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

c. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege

voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.

[1] Ongedateerd, bijlage 13 bij het klaagschrift.