

Ten aanzien van de feiten

1. De moeder van mevrouw P.C., mevrouw L., is 1 oktober 2015 op 83-jarige leeftijd overleden.
2. In december 2010 is mevrouw L. verhuisd naar het woonzorgcentrum LH na 5 jaar te hebben ingewoond bij haar dochter. Mevrouw P.C. had een sterke band met haar moeder en was volledig op de hoogte van de medische situatie van haar moeder.
3. Mevrouw L. was van 2004 tot 2008 patiënt bij huisarts C. Daarna van 2008 tot en met 2010 bij huisarts G. Vanaf 2011-2015 was zij patiënte van K. en L., huisartsen in loondienst van A en Z, een private onderneming die huisartsenzorg biedt.
4. Mevrouw L. was bekend met de diagnose hypertensie, hartfalen, bradycardie met sick sinus syndroom. In september 2008 heeft zij om die reden een pacemaker (Medtronic) gekregen. Mevrouw L. was afhankelijk van haar medicatie die ze al heel lang innam op voorschrift van cardioloog en huisartsen: Captopril 3x50 mg p.d., Nifedipine 1x60 mg p.d., Furosemide 1x40 mg p.d., Cardio-aspirine 1x80 mg p.d. en voor haar visusklachten: Xalacom oogdruppels 2x p.d. in beide ogen.
5. Bij mevrouw L. is in juli 2010 de diagnose alzheimer vastgesteld door de geriater dr. L. in het Hziekenhuis. Drs. H., Gz-psycholoog, heeft in september 2015 geconcludeerd dat mevrouw L. niet wilsbekwaam was. In het Bziekenhuis is in september 2015 door de geriater en specialist ouderengeneeskunde geconcludeerd dat er sprake was van vasculaire demencie bij mevrouw L..
6. Mevrouw L. stond onder behandeling van dr. D., cardioloog in het Hziekenhuis, die steeds heeft benadrukt dat medicatietrouw van levensbelang was bij hartfalen.
7. Bij zowel huisarts C. als huisarts G. was het gewicht van mevrouw L. onder controle; zij woog tussen de 56-59 kg. Tijdens het afbouwen en staken van haar cardiale medicatie heeft er toenemende oedeemvorming in enkels, buik en armen en een geleidelijke wichtstoename van 59 kg in december 2010 naar 86 kg in april 2015 plaats gevonden. Haar nierfunctiewaarden volgens de apotheker waren in die periode: 44% in juni 2010, 44% in april 2013, 41% in februari 2014, 29% in 20 september 2015.
8. Mevrouw L. is vanaf 2012 diverse keren opgenomen in het ziekenhuis.
9. Tijdens de ziekenhuisopname in februari 2015 op de Longafdeling heeft mevrouw L. verklaard dat zij niet dood wilde en niet koos voor euthanasie. Dit is ook in lijn met haar levensovertuiging.

10. Van het nabestaandengesprek dat op 18 december 2015 met dr. V. heeft plaatsgevonden is een verslag gemaakt door de heer L. P. Citaten uit dit gesprek met dr. V. *“Er was sprake van diastolisch hartfalen. De knijpkracht van het hart was goed, maar de vacuüm-aanzuigende werking van het hart was te zwak. Er was sprake van een verdikte hartspier waardoor het hart zich niet goed kon ontspannen. Dit heet linkerventrikelhypertrofie. Komt door overbelasting van het hart en door longitudinale hoge bloeddruk. Het enige wat je kunt doen is behandeling met medicatie die de pompkracht van het hart bevordert, zoals Captopril, Perindopril en Adalat.”*

11. Mevrouw P.C. heeft een klacht ingediend bij de Klachtencommissie Fvan het woonzorgcentrum. De klachtencommissie heeft bij uitspraak van 24 februari 2016 de klachten van mevrouw P.C. grotendeels gegrond verklaard en de volgende aanbevelingen gedaan:

“ 1. De commissie doet de aanbeveling, dat, ingeval zich in woonzorgcentrum LH, een situatie voordoet dat de gezondheidssituatie van een bewoner aanmerkelijk verslechtert, die mogelijk kan uitlopen op een terminale fase, een consult van een specialist ouderengeneeskunde actief wordt overwogen. De huisarts is verantwoordelijk voor de verwijzing, (onderstreping MH) de verzorging kan hierin een proactieve rol spelen.

2. In deze situatie heeft het op veel fronten ontbroken aan tijdige en voldoende onderlinge afstemming en centrale regie. De verzorging is, in een situatie die als complex wordt ervaren, gebaat bij eensluitende richtlijnen en ondersteuning. De commissie doet de aanbeveling om de coördinatie van, in elk geval in de voornoemde situatie, bij de zorg betrokkenen te verbeteren door een voor iedere medewerker duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling en leiding. (onderstreping MH)

3. De commissie doet de aanbeveling om er op toe te zien dat de voorgenomen frequentie van twee multidisciplinaire (inclusief huisarts) cliëntbesprekingen per jaar wordt gerealiseerd.”

Ten aanzien van de klachtonderdelen

12. Mevrouw P.C. is van mening dat de conditie van het hart, onzichtbaar, nauwelijks merkbaar is ondermijnd door het afbouwen en uiteindelijk staken van ondersteunende hartmedicatie die mevrouw L. al jarenlang gebruikte en waarvan door eerdere cardiologen, met name dr. D. is gesteld dat deze voor haar onontbeerlijk waren. Zij is niet overtuigd dat de eventuele bijwerkingen van de hartmedicatie zo ernstig waren dat afbouw en uiteindelijk staken noodzakelijk was.

13. Ten aanzien van de medicatie heeft mevrouw P.C. de nodige navraag gedaan bij cardiologen en apothekers. Perindopril/Captopril zijn cardiale medicaties die de pompwerking van het hart ondersteunen en verbeteren. Ze worden voorgeschreven door de cardioloog bij hartfalen en

tegen hoge bloeddruk. Nifedipine (Adalat) is een bloeddrukverlagend middel door middel van vaatverwijdende werking maar mag bij hartfalen alleen worden voorgeschreven in combinatie met Captopril/Perindopril. Het gebruik van Nifedipine zonder Captopril/Perindopril kan het hartfalen volgens cardiologen en apothekers (apotheek M. en apotheek R.) verergeren omdat het hart harder moet werken waardoor de nevenwerking van dit middel gaat opspelen namelijk; toenemende oedeemvorming in het lichaam. Deze bijwerking staat vermeld op de bijsluiters van Nifedipine. Mevrouw L. heeft ruim 2 jarenlang, vanaf april 2013 t/m mei 2015 alleen Nifedipine voorgeschreven gekregen van de huisarts. In die periode zijn haar klachten toegenomen. Hetzelfde geldt voor de Amiodaron (middel tegen boezemfibrilleren). Mevrouw P.C. heeft van dr. V. begrepen dat dit een geneesmiddel is dat ernstige bijwerkingen kent en alleen in combinatie met een ACE remmer als Perindopril veilig kan worden gebruikt. Zonder Perindopril of vervangende ACE remmer krijgen de nare bijwerkingen de overhand en kan het zelfs levensbedreigend zijn bij kwetsbare patiënten. Mevrouw P.C. heeft van de apothekers begrepen dat een dalende nierfunctiewaarde nog niet voldoende een indicatie was om de ACE remmers af te bouwen of te staken. Bij een nierfunctiewaarde tussen de 20 en 40% mag je als arts vanaf 25 Mg tot 100 Mg Captopril per dag toedienen. Eerst beginnen met een geringe dosering en pas dan langzaam opvoeren tot de tolerantiegrens van de patiënt.

14. Mevrouw L. is vanaf 2011 sinds het afbouwen en staken van haar cardiale medicatie 8 keer opgenomen geweest in het ziekenhuis. Beide huisartsen hebben nooit een gericht verzoek gedaan aan de cardioloog om de conditie van het hart te onderzoeken door middel van een echocardiogram. Voor zover al sprake is van overwogen ingezet beleid heeft er geen evaluatie van dat beleid plaats gevonden.
15. De laatste echocardiografie dateert van september 2008 bij de pacemaker implantatie. Volgens dr. B. (2nd opinion gesprek) is echocardiografie het enige diagnostisch middel om de achteruitgang van het hart bijvoorbeeld het overgaan van systolisch naar diastolisch hartfalen vast te stellen. In dit gesprek legde dr. B. uit dat het monitoren van het hart via echocardiografie verstandiger was geweest tijdens het afbouwen van de cardiale medicatie. Gelet op de frequente ziekenhuisopnamen was een gerichte vraag aan de cardioloog m.b.t. de conditie van het hart en eventuele bijstelling van medicatie noodzakelijk voor diagnostiek en behandeling.
16. De cardiale medicatie Perindopril is reeds in een vroege fase, namelijk mei 2012 afgebouwd van 1x8 mg naar 1x2 mg p.d. en uiteindelijk in april 2013 stopgezet door huisarts K. Het afbouwen en staken van de medicatie, zonder overleg met de cardioloog is een ingrijpende beslissing geweest. Onder artsen is het te doen gebruikelijk om onderling te overleggen wanneer een lopende behandeling die door een andere arts/specialist is ingezet, wordt gewijzigd of wordt

afgebroken. Dit lijkt niet gebeurd te zijn. Bovendien had het uitvoerig moeten worden besproken met de familie, met name over de risico's en nadelige gevolgen die grote effect hadden op de kwaliteit van haar leven. Te meer daar mevrouw L. zelf niet in staat bleek om deze beslissingen aangaande haar leven te maken.

17. Uit het medisch dossier wordt niet goed duidelijk wat de overwegingen waren om de voor mevrouw L. noodzakelijke medicatie af te bouwen en zelfs te staken.
18. Mogelijke bijwerkingen lijken de afbouw niet te rechtvaardigen. De bloeddrukwaarden waren niet extreem en blijven wisselend. Duizeligheid kan ook veroorzaakt zijn door restverschijnsel van Ramsey Hunt waar mevrouw L. in het verleden vaker last van heeft gehad. Ze was af en toe duizelig, ook al voor die datum van maart 2012.
19. Overleg is er slechts geweest over 1 afbouwstap van de Captopril. Mevrouw K. was echter al in juni 2011 begonnen met afbouw. Zij heeft haar beleid om af te bouwen voortgezet zonder evaluaties of overleg.
20. Voor de huisartsen lijkt niet behandelen, het afbouwen en staken van medicatie reeds in een vroege fase vanzelfsprekend. Verschillende behandelvisies waren echter mogelijk denkbaar maar zijn nooit zorgvuldig besproken. Dit was belangrijk om te voorkomen dat mevrouw L. tegen haar wil een palliatief traject kreeg opgelegd.
21. De cardiale behandeling was uitvoerbaar door medicatie getuige de vier interventies die gepleegd zijn door vier cardiologen:
 - dr. T. op 31 maart 2012- arts vervangt Captopril door 1x8 mg Perindopril in combinatie met Nifedipine;
 - dr. D. op 18 december 2012- vanwege toename in gewicht (8 kg) schreef wederom 3x50 mg Captopril voor in combinatie met Nifedipine;
 - dr. C. op 18 april 2014-vanwege ventriculaire stoornissen schreef 1x25 mg Spironolacton voor in combinatie met Nifedipine;
 - dr. V. heeft in het H ziekenhuis bij ontslag de Perindopril in een toelaatbare dosis opnieuw voorgeschreven in combinatie met Amiodaron en Spironolacton.
22. Onduidelijk is op welke wijze de betrokken huisartsen hebben beoordeeld of mevrouw L. in staat was de aard en de gevolgen van hun beslissing over de behandeling, informatie over behandelvisie, het niet curatief behandelen en levenseinde, te bevatten. In het medisch dossier is geen aantekening opgenomen waardoor op grond hiervan redelijkerwijs moet worden aangenomen dat niet gehandeld is conform de "handreiking voor de beoordeling van

wilsbekwaamheid". Verder is niet duidelijk of de betrokken huisartsen bij de toetsing van het besluitvormingsproces hebben overlegd met collega's, bijvoorbeeld een Specialist Ouderengeneeskunde (SOG) of de betrokken cardioloog.

23. Mevrouw P.C. is als dochter van mevrouw L. niet betrokken is geweest:

- bij het afbouwen en staken van haar cardiale medicatie reeds in een vroege fase;
- bij het (kennelijke) besluit tot het overgaan van curatief naar palliatief handelen;
- bij het staken van de curatieve behandeling vanaf het begin van het afbouwen/staken van cardiale medicatie;
- bij het voorschrijven en toedienen van zware, morfinehoudende pijnstillers zoals Tramadol en Fentanyl pleisters bovenop de hoge doses paracetamol (met codeïne) die mevrouw L. al kreeg (met de nodige sederende gevolgen zoals blijkt uit de meegeleverde videobeelden van mevrouw L.).

24. Mevrouw P.C. is van mening dat de decubitus te laat is vastgesteld en ziet dit als een voorbeeld van onvoldoende zorg. Pas na ontdekking heeft het nog 2 weken geduurd voordat er actie werd ondernomen door een wondverpleegkundige in te zetten.

Specifiek ten aanzien van mevrouw L.

25. Mevrouw L. heeft vanaf april/mei 2014 zonder enige visie of nader onderzoek het medicatiebeleid en de behandelstrategie van mevrouw K. ongewijzigd voortgezet.

Conclusie ten aanzien van de klachtonderdelen

Mevrouw P.C. is van mening dat de huisartsen op onjuiste gronden hebben besloten tot het afbouwen en uiteindelijk stoppen van de voor mevrouw L. noodzakelijke hartfalenmedicatie. In het dossier is onvoldoende aangetekend omtrent de gemaakte afwegingen. De huisartsen hebben hun overwegingen niet getoetst bij bijvoorbeeld cardioloog of specialist ouderengeneeskunde.

Bij de behandeling van mevrouw L. - een kwetsbare oudere die complexe zorg behoefde - had van de artsen een meer pro-actieve opstelling verwacht mogen worden. De huisartsen hebben hun ingezette beleid niet afgestemd met mevrouw P.C. terwijl duidelijk was dat mevrouw L. niet goed meer in staat was haar wil te bepalen en mevrouw Putten bekend was als aanspreekpunt van de familie. De huisartsen hebben onvoldoende regie gevoerd in de begeleiding van de patiënt. Er was geen sprake van enig beleid in de zin van een constructief, coherent, weloverwogen medisch beleid, afgestemd op de medische

situatie van patiënte en adequaat gecommuniceerd met de naasten van patiënte. Van enige evaluatie van ingezet beleid is geen sprake geweest.

Bewust of onbewust is door het stoppen met de hartfalenmedicatie de medische behandeling van curatief naar palliatief overgegaan. Deze ingrijpende wijziging in het behandelbeleid is niet afgestemd met mevrouw P.C.. Van informed consent is geen sprake.

Met conclusie:

Mevrouw P.C. verzoekt uw College haar klacht gegrond te verklaren en mevrouw K. en mevrouw L. een gepaste maatregel op te leggen.

mr. drs. M.C. H., advocaat ARAG SE