

Klaagschrift

Aan de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag

Indien u niet namens u zelf klaagt maar namens een ander

Dient een klacht in namens (Let op! Deze persoon dient dit klaagschrift in beginsel mede te ondertekenen):

Naam : L
Voornamen : H.L.
Geboortedatum :
Zorginstelling : Woonzorgcentrum LH
Straat :
Postcode, woonplaats :

Uw relatie tot de persoon namens wie u klaagt, is:

P.C. is de dochter van mevr. H. L.

De reden waarom de persoon namens wie u klaagt niet zelf de klacht indient, is:

Mevr. H. L is overleden op 1 oktober 2015.

Dient een klacht in tegen huisartsen

Naam en voorletters : K. en L.
Praktijkadres : Huisartsenzorg
Indien bekend : adres
Woonadres : woonplaats
BIG-registratienummers : K.: BIG nr.
L.: BIG nr.

De klaagster heeft een rechtstreeks belang bij het indienen van de klacht omdat zij:

De dochter is van Mevr. L (die op 1 oktober jl. is overleden). Er zijn veel vragen en klachten ontstaan rond het proces van zieker/verzorgingsbehoeftiger worden tot aan dit overlijden (maart 2015 tot 1 oktober 2015).

Achtergrondinformatie bij het rechtstreeks belang:

Mevr. L woonde al bijna vijf jaar in het verzorgingshuis, was moeilijk ter been (eerst rollator, later in 2015 rolstoel) en had last van dementeringsverschijnselen (met name korte termijn geheugen en verminderde executieve functies zoals besluiten nemen en plannen; haar oriëntatie in plaats en persoon was redelijk). Mevr. L had een zeer vriendelijk, open en coöperatief karakter en was altijd goed gestemd. Ze had twee kinderen; één zoon in Suriname en één dochter in Nederland die voor haar belangen opkwam en nog opkomt, haar jarenlang zelf in huis heeft gehad, haar bij LH heeft laten plaatsen en die haar daarna met haar echtgenoot 1 à 2 keer per week bleef bezoeken. Ook regelde de dochter al haar zaken en materiële voorzieningen en ging altijd mee bij specialistenbezoek, ziekenhuisbezoek, etc. Moeder, dochter en schoonzoon hadden een goede en zeer hechte band. Dochter was onmiskenbaar 1^e contactpersoon en (onbenoemd) wettelijk vertegenwoordiger.

Aan de klacht liggen de volgende feiten ten grondslag:

Sinds mevr. H. L, mijn moeder, in december 2010 naar woonzorgcentrum De LH is verhuisd, is mevr. K. als haar huisarts aangewezen. Mevr. L. is de vaste collega en waarnemende huisarts. Beide huisartsen, alsmede een aantal vervangers en invallers van A en Z, houden wekelijks 2x spreekuur in De LH.

Vóór deze verhuizing was huisarts G. haar huisarts en haar voorganger was huisarts C.. De verstandhouding tussen de familie en genoemde huisartsen is altijd goed geweest en de gezondheid van mevr. L was stabiel vanwege de goede zorg en regelmaat in haar medicatiegebruik. Ze woog in december 2010, **59 kg** en door geleidelijke gewichtstoename in verband met medicatieverandering woog ze in mei 2015 ruim 87 kg.

M.b.t. Medicatiegebruik:

Mevr. L was bekend met een aantal chronische klachten, t.w. hartfalen, dementie en vanaf juni 2015 nierfalen, naast slechtiendheid en gewrichtsklachten. Mevrouw H.L. had een pacemaker (sick sinus syndroom) en bijbehorende hartmedicatie, 3x50 mg Captopril, later 1x8 mg Perindopril en 1x60 mg Nifedipine, 1x80mg cardio-aspirine en 1x40 mg Furosemide, voorgeschreven door de cardioloog, waar zij tweemaal per jaar op controle kwam. Mevr. L was vanaf 2007 onder behandeling van de cardioloog H ZH die benadrukte dat medicijnen een belangrijk onderdeel zijn van de behandeling van hartfalen om de kwaliteit van het leven te behouden.

In april 2014 is mevr. L opgenomen in het RG wegens een (vermeende) longontsteking. Zij is behandeld met antibiotica en hiervan goed hersteld. Haar medicatie Captopril/Perindopril was overigens stopgezet in april 2013 door de huisarts. In december 2014-januari 2015 was er sprake van toenemend gewicht in verband met vochtophoping in buik en benen. Mevr. L werd hierdoor minder mobiel. Dit verergerde in de maanden erna. In februari 2015 is zij opgenomen geweest in verband met COPD

2 Hypertensie-Chronisch hartfalen-Decubitus-Blaasontsteking - H.L. L

klachten/astmatische bronchitis. In mei 2015 is mevrouw opnieuw opgenomen in het Hziekenhuis wegens oedeemklachten nadat de huisarts wederom haar cardiale medicatie Nifedipine (Adalat) stopzette in april 2015. Ze onderging een decompensatio cordis-behandeling (ze is ontwaterd) in het Hziekenhuis en werd na een week teruggestuurd naar het woonzorgcentrum LH.

Vanaf dit moment begon mevr. L ernstige problemen te krijgen met haar gezondheid. Ze kon niet meer zelfstandig opstaan en lopen, ze raakte geheel immobiel. Na een maand namen haar eetlust en haar motorische vermogen om zelf te eten af. Het eten en drinken moest worden toegediend. Ook geraakte mevrouw geheel incontinent. Er was sinds mei 2015 sprake van huidwondjes tussen de bilnaad en daarna op haar zitvlak van mogelijk beginnende decubitus. Dit is in de overdracht van het Hziekenhuis schriftelijk gemeld (!) aan de verpleging en de huisarts. Na deze melding zijn geen preventieve of behandelende maatregelen genomen.

Ik verwijt de aangeklaagde, kort samengevat, dat zij:

Samengevat gaat het over de volgende punten: Foutieve medische zorg, gebrekkige communicatie en achterwege laten van noodzakelijke medische zorg. De punten worden hieronder gespecificeerd weergegeven in 'klachtonderdelen'. Omdat er per onderdeel sprake is van veel gedetailleerde achtergrondinformatie, zullen we per klachtonderdeel een aantal bijlagen meesturen om het geheel zo overzichtelijk mogelijk te houden.

1. Klachtonderdeel medicatie:

1a. Hartmedicatie:

Ten tijde van een nog relatieve gezonde en stabiele leefsituatie van Mevr. L in 2012-2015 is door dokter K. de ondersteunende hartmedicatie (eerst Captopril/ Perindopril, later ook Adalat) afgebouwd en gestaakt. Deze hartmedicatie had Mevr. L hard nodig vanwege hypertensieklachten en chronisch hartfalen. Dit afbouwen is niet eenmaal, maar successievelijk drie maal door dokter K. gebeurd (de laatste keer in juni 2015, nadat ze de Perindopril had teruggekregen van de cardioloog dr. V-H ZH). In het medisch dossier is slechts m.b.t. de eerste afbouwstap (maart 2012) van de Perindopril een aanleiding terug te vinden en wordt gewag gemaakt van overleg met een cardioloog (dr. H). Verder wordt hier niets meer over verklaard en ook niet op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet.

Op dat moment was er nog geen sprake van ernstige vochtregulatie- of nierproblemen. Na het overlijden van Mevr. L hebben we over dit onderwerp uitgebreide schriftelijke vragen gesteld aan Mevr. K. maar ze weigerde hierop in te gaan. Zie verder de bijlagen (o.a. mailwisseling familie-huisartsen) bij dit onderdeel en het medisch dossier.

- Heldere en consistente argumenten waarom dokter K. reeds in 2013 is afgeweken van de geldende NHG richtlijn voor hartfalen blijkt o.i. niet uit het medisch dossier. Deze richtlijn werd namelijk reeds jarenlang met succes toegepast door de cardioloog en voorgaande huisartsen namelijk het gebruik van een ACE-remmer in combinatie met een beta- of calciumblokker voor het verbeteren van de pompwerking van het hart.
- De tijdspanne tussen het moment waarop haar medicatie Captopril/Perindopril werd stopgezet, **namelijk april 2013** en het moment waarop mevr. L deze weer terug krijgt – derhalve **25 maanden** later – zonder een tussentijdse evaluatie – is

3 Hypertensie-Chronisch hartfalen-Decubitus-Blaasontsteking - H.L. L

erg lang. In deze periode krijgt mevr. L in toenemende mate last van ernstige COPD/astmatische klachten.

- Ondanks het afbouwen en staken van haar medicatie zijn er in de tussenliggende periode geen evaluatiemomenten geweest.
- Daarnaast wordt medio april 2015 haar overgebleven ondersteunende cardiale medicatie t.w. Nifedipine/Adalat 1x 60 mg gestaakt. Gezien de risico's die verbonden zijn aan het staken van haar medicatie had dit o.i. in overleg met de cardioloog moeten gebeuren. Door het staken van zowel de Perindopril als de Nifedipine kwam Mevrouw L in een noodsituatie terecht. Pas na 1,5 maand tobben wordt zij ingestuurd voor een decompensatio cordis behandeling in het Hziekenhuis. Voordat ze werd ingestuurd is ze nog behandeld met hoge doseringen diuretica, t.w. 100 mg Furosemide en Burinex 5 mg, waardoor zij conditioneel achteruit ging. De apotheker waarschuwde voor mogelijke nierschade!
- De gebrekkige medicatie- en patiëntoverdracht tussen de huisarts en de afdeling Cardiologie van het Hziekenhuis zijn mogelijkwijs van invloed geweest op het verloop van de decompensatio cordis behandeling in mei 2015. De behandeling had namelijk niet het gewenste therapeutisch effect en doordat er tijdens de opname onvoldoende gelet werd op haar vochtinname is ernstige dehydratie ontstaan met nadelige gevolgen voor haar nieren.
- Daarnaast biedt het medisch dossier niet voldoende aanwijzingen dat de huisarts in de periode tussen 2013 tot oktober 2015 voldoende heeft overlegd met de cardioloog, longarts en/of andere specialisten of dat er differentiaal diagnostiek is gepleegd. De longarts van het Hziekenhuis had aangegeven dat COPD-klachten maar zeer zelden ontwikkeld worden op latere leeftijd.

Extra info: Ziekenhuisopnamen

18-04 tot 23-04-2014 - Afdeling Cardiologie RG.

14-02 tot 17-02-2015 - Longafdeling Hziekenhuis

22-05 tot 29 mei 2015- Afdeling Cardiologie Hziekenhuis

12-06 tot 13-06-2015 - Afdeling Cardiologie Hziekenhuis

02-09 tot 03-09-2015 – Afdeling Interne Geneeskunde Hziekenhuis

18-09 tot 25-09-2015 – Afdeling Interne Geneeskunde B ziekenhuis

1b. Pijnbestrijding:

Mevr. L kreeg dus blijkbaar niet meer de medicatie die ze nodig had maar werd vanaf juli 2015 wel behandeld met zware, op opiaten gebaseerde pijnstillers, die haar conditie verder hebben verslechterd in de periode juli 2015 tot aan haar dood op 1 oktober 2015. Zie ook de mailwisseling met de huisartsen vóór en na overlijden van mevr. L en nadere toelichting onder klachtonderdeel communicatie.

Dat Mevr. L bij momenten/perioden pijn ervoer staat buiten kijf, maar er was zeker ook sprake van ontremde angstreactions. Er is o.i. een te zware keuze gemaakt met het toedienen van middelen als Tramadol 3x 50 mg p.d., Fentanyl pleisters en 3000 mg Paracetamol met Codeïne. Steeds bleek dat Mevr. L hierdoor ernstig gesedeerd raakte waardoor contact nauwelijks mogelijk was en haar praktische functioneren verslechterde. Er zijn twee kortdurende ziekenhuisopnames nodig geweest (eind augustus -H- en medio september -B-) vanwege deze ernstige sedatie waarbij de middelen werden afgebouwd en geadviseerd werd deze niet opnieuw te gebruiken. De communicatie hierover tussen huisartsen, zorginstelling, ziekenhuizen en familie hebben wij als volslagen chaotisch

ervaren; er was een gebrek aan regie. Op onze suggestie om pijndiagnostiek te laten plegen werd niet ingegaan door de huisartsen.

NB. Wij beschikken over videobeelden die weergeven hoe ernstig mevr. L gesedeerd was.

1c. Amiodaron:

Betrokken huisartsen hebben zich onvoldoende gerealiseerd en verdiept in wat de negatieve consequenties waren van dit (risicovolle) geneesmiddel voor de kwaliteit van leven van Mevr. L. De prognosestelling was o.i. onzorgvuldig; er is te snel gesteld dat herstel van dit wankel evenwicht onmogelijk was, waarna besloten is Amiodaron te blijven toedienen zonder de combinatie met Perindopril, waardoor o.i. het overlijden van mevr. L actief is bespoedigd. Amiodaron staat bekend om zijn ernstige bijwerkingen en gevaarlijke effecten bij langdurig gebruik bij kwetsbare ouderen. Feit is echter dat Mevr. L wel degelijk ernstige bijwerkingen vertoonde, nl. achteruitgang van haar visus door fotosensitiviteit (ze had nog maar 1 werkend oog, dat ook nog door glaucoom was aangetast), bloeditstoringen op de huid (duidelijk zichtbaar in het gezicht), slapeloosheid, tremoren, benauwdheid, etc. In onze ogen ernstige bijwerkingen die dus niet gesignaleerd en geëvalueerd zijn door de huisarts en die vaak genoeg zijn doorgegeven door haar dochter. De stopzetting van Perindopril zonder overleg met de cardioloog is volgens dr. V niet verstandig geweest omdat de negatieve bijwerkingen van Amiodaron de overhand krijgen. Dit is specialistische kennis die voorbehouden is aan de cardioloog.

Haar ontslagmedicatie in mei 2015 bestond uit:

Furosemide 1x40 mg, Spironolacton 1x12,5 mg, Perindopril 1x2 mg; plus

t/m 31-05-2015 Amiodarone 3x200 mg p.d. daarna

t/m 07-06-2015 Amiodarone 2x200mg p.d. daarna

v/a 08-06-2015 Amiodarone 1x200 mg zonder stopdatum

2. Klachtonderdeel algemene medische behandeling:

2a. Diagnostiek en behandeling:

Wij denken dat het onbehandelde hartfalen door het staken van medicatie ten grondslag ligt aan latere ontstane aandoeningen, waaronder mogelijk sepsis (ten gevolge van decubitus en blaasontsteking) dat geresulteerd heeft in haar overlijden. Anamnestic waren de COPD-klachten, vochtophoping in de benen, toename van de buikomvang en dyspnoe bekende gevolgen van hartfalen. De huisarts schreef Atrovent voor op verdenking van luchtwegproblematiek terwijl er o.i. sprake was van geleidelijke en gestage cardiovasculaire achteruitgang.

In het diagnostische proces is niet omgezien, te weinig geëvalueerd en niet bijgesteld en o.i. ad hoc en slechts in de waan van de dag gehandeld. Wij zien dit als medische misser en dit moet worden onderzocht.

Ook heeft de huisarts een te afwachtend beleid gevoerd door de cardioloog niet eerder te raadplegen na toenemende klachten in 2014 (ziekenhuisopname RG) waardoor zij kampte met benauwdheid, moeheid en kortademigheid in juli 2015.

2b. Gewijzigde behandelvisie van curatief naar palliatief(?):

Uit de rapportage van het verzorgingshuis, die wij in januari 2016 in handen kregen, blijkt dat Mevr. K. al op 31 augustus 2015 bespreekt met de verpleging dat Mevr. L

'medisch is uitbehandeld'. Wij werden hiervan niet op de hoogte gebracht als familie en zijn hier zeer verbaasd en verontwaardigd over (!). Dat de medische zorg gericht werd op palliatieve zorg en zelfs op palliatieve sedatie is niet in een eerder stadium aan de dochter en schoonzoon kenbaar gemaakt, zodat hen de mogelijkheid is ontnomen zich hierover tijdig uit te kunnen spreken. Wij beschouwen dit als een zeer ongewenste wending en als een zeer ernstige omissie in de communicatie.

Het was niet mogelijk om dit gesprek met Mevr. L zelf te voeren en hierover met haar een besluit te nemen door een relatieve buitenstaander. Het stond vast dat Mevr. L 'wilsonbekwaam ter zake' was, op grond van de diagnose Alzheimer, vastgesteld door de geriater. Later, in september 2015 bleek uit onderzoeken van de GZ-psycholoog en onderzoeken en een diagnose in het B Ziekenhuis in de week voor Mevr. L's dood dat het niet om Alzheimer ging maar om vasculaire dementie. Zie ook communicatie als apart klachtonderdeel onder 4.

2c. Attitude en bejegening:

Maandag 14 september 2015

Huisarts L. heeft maandagmiddag 14 september 2015 tijdens haar visiteronde in het verzorgingshuis ondanks verzoek van dochter en schoonzoon, geweigerd om mevr. L te bezoeken. Mevr. L lag in bed, had pijn van een wondinfectie rond de anus en klaagde dat ze verzwakte. Deugdelijke en levensreddende medische zorg werd niet meer aangeboden. De huisartsen namen een afwachtende houding aan en stelden iedere levensreddende noodzakelijke behandeling uit.

Vrijdag 25 september 2015

Bij ontslag uit het B ziekenhuis op 25-09-2015 is door de behandelende internisten/nefroloog aan ons gesteld dat verpleeghuiszorg voor mevr. L noodzakelijk was. Hij heeft op 23 september persoonlijk met de LH gebeld om te vragen of men de zorg en patiëntveiligheid binnen het verzorgingshuis kon waarborgen waarop bevestigend is geantwoord. De betrokken internist had inmiddels ook contact gehad met de huisarts, mevr. K. Het B ziekenhuis vermeldde op de ontslagbrief dat de catheter bij aankomst verwijderd moest worden. Dit is niet gebeurd omdat naar zeggen in de LH niemand bevoegd was om deze zorghandeling te verrichten. De huisarts greep niet in waardoor de catheter uiteindelijk het gehele weekeinde is blijven zitten ondanks de nodige pijn en ongemak die mevr. L hieraan ondervond. Zie aantekeningen en nachtrapportage cliëntbespreking.

Ook zag de huisarts geen aanleiding om mevr. L na ontslag op **vrijdagmiddag 25 september 2015** nog te bezoeken. Indien één van de huisartsen de moeite had genomen dan hadden zij mogelijk in kunnen schatten dat het niet goed ging met mevr. L en eventueel kunnen overleggen met de internist/cardioloog of een behandeling (antibiotica) kunnen inzetten. Er was sprake van een noodsituatie!

Maandag 28 september 2015. Verzorgingshuis LH-Nazorg na B-opname

Dochter trof op maandag 28 september 2015 rond 13.30 uur huisarts L. en verpleegkundige aan bij moeder op de kamer; de huisarts informeerde bij vpk of mevr. L "het al aan het opgeven was" en "hoever ze al was om te sterven" (!). Hoe kan het dat een dergelijk gesprek gevoerd wordt, over het hoofd van een patiënt, in aanwezigheid van haar dochter, zonder dat dit beleid (niet meer behandelen; laten versterven) ooit door artsen of verpleegkundigen met de patiënt of de familie besproken is? Het heeft ons verbijsterd!

Op dat ogenblik is er opnieuw een verzoek gedaan door dochter van Mevr. L om de catheter te verwijderen. De huisarts, vond dit geen verstandig idee in verband met de aanwezige decubitus in de schaamstreek. Er zat op dat ogenblik blaasgruis en bloed in de opvangzak. De huisarts haalde haar schouders op en vertrok zonder antibiotica voor te schrijven of haar met spoed per ambulance opnieuw door te sturen naar het ziekenhuis. De catheter is uiteindelijk pas op dinsdag 29 september 2015 na dringend verzoek van de dochter verwijderd en vervangen door een verpleger van de psychogeriatrische afdeling op de 1e verdieping. De catheter bleek verstopt te zijn, zoals dochter al vermoedde; er was geen afvloeiing van urine meer.

2d: Alternatieven in de behandeling:

Alles wat wij inbrachten aan mogelijke oplossingen met betrekking tot de complexe problematiek van Mevr. L werd door de huisartsen K. en L. resoluut van tafel geveegd, bijvoorbeeld: De suggestie om onze moeder in een verpleeghuis te laten opnemen (reeds in 2014 en juni 2015); de suggestie om een Specialist Ouderen Geneeskunde (S.O.G.) in te schakelen (reeds in 2014 en 2015); de suggestie om een ergotherapeut in te schakelen (reeds in 2014 en 2015), de suggestie om pijn diagnostiek te laten plegen door de GZ-psycholoog, etc.

3. Klachtonderdeel Decubitus; niet gesignaleerd en niet behandeld:

In de laatste zes weken was er sprake van ernstige doorligwonden (decubitus). Dit is niet opgemerkt door de huisarts. Ondanks het advies van het HZiekenhuis bij ontslag en overdracht op 29 mei 2015 zijn er geen preventieve antidecubitusmaatregelen (matras en zitkussen) genomen en ondanks de vele consulten van de huisarts in de maanden juni-september 2015 is dit niet opgemerkt. Ze heeft ook toen het in een veel te laat stadium ontdekt werd door dochter en verpleging geen adequate actie ondernomen om dit te behandelen; niet qua gespecialiseerde verzorging (wondverpleging) en niet qua toediening van antibiotica om de gevaarlijke effecten van decubitus (o.a. dreigende bloedvergiftiging) te bestrijden. Wij denken dat juist dit onderdeel het lijden van Mevr. L in de laatste 8 weken van haar leven onnodig heeft verergerd en dat dit een (mede-) verantwoordelijkheid van de huisarts(-en) is. Zie verder de bijlagen bij dit onderdeel 3; o.a. verslag B ziekenhuis en advies wondverpleegkundige.

4. Klachtonderdeel Communicatie:

4a. Communicatie tussen huisarts en ons als familie.

Over alle bovengenoemde zaken werd niet of nauwelijks gecommuniceerd met de familie, terwijl bij beide artsen bekend was dat wij ons als familie altijd zo actief en aanspreekbaar mogelijk hadden opgesteld. Mevr. P.C. was mantelzorger, contactpersoon, financieel zaakwaarnemer en (onbenoemd) wettelijk vertegenwoordiger. Mevr. L had niemand anders dan ons en ze was zelf niet besluitvaardig en wilsbekwaam i.v.m. de diagnose dementie. Dat wil niet zeggen dat ze geheel niet aanspreekbaar was maar ze kon geen besluiten nemen over ingewikkelde zaken. Ze was zeer afhankelijk van de verpleging, van de huisarts en van ons. Er is nooit een startgesprek of een tussentijds behandel (visie) gesprek over Mevr. L met ons gevoerd. Zelfs heeft Mevr. K. niet de moeite genomen om contact met ons op te nemen na overlijden (Mevr. L. overigens wel).

We beschikken over duidelijke aanwijzingen dat Mevr. P.C. regelmatig probeerde via de mail en via de telefoon contact te leggen. Mails werden echter consequent niet

beantwoord en telefoontjes werden slechts na veel moeite onzerzijds haastig en met irritatie beantwoord. Het enige gesprek dat wij hebben gevoerd met mevr. K. op 20 augustus 2015 ging over de toonzetting in de mail d.d. 17-08-2015 van de dochter maar inhoudelijk zijn we vrijwel niet op de problemen en gezondheidssituatie van mevr. L ingegaan.

4b. Excommunicatie(?) van ons als familie in de driehoek cliënt/familie- verpleging-huisarts:

Er was wel sprake van communicatie van de huisartsen met verplegers en verzorgers van de LH, het woonzorgcentrum, waar Mevr. L verbleef sinds december 2010. Aanvankelijk werden we daar nog enigszins bij betrokken, maar later werden we daarin (mogelijk bewust) buitengesloten. De huisartsen hebben op eigen initiatief dochter en schoonzoon gepasseerd door hen niet te informeren over de medische toestand van hun (schoon)moeder en te betrekken bij de besluitvorming over haar leven. Over het algemeen was er o.i. sprake van een niet transparant zijn over medicatiegebruik ondanks verzoeken van ons als familie. Mevrouw L had een duidelijke levenswens op grond van haar christelijke geloofsovertuiging die bij iedereen bekend was. Belangrijke beslissingen omtrent het leven van mevrouw L zijn niet in overleg genomen. Daartoe zouden gesprekken tussen familie en zorgverleners nodig geweest zijn waarin naar elkaar geluisterd werd, waarin verschillende interpretaties van de situatie werden meegewogen en waarin men de eigen overwegingen expliciet maakte om tot een gezamenlijk standpunt te komen.

5. Klachtonderdeel Declaratiegedrag:

Beide huisartsen hebben in de periode augustus-september 2015 in totaal 38 consulten in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar zonder dat duidelijk is gemaakt waaraan men deze tijd besteed heeft. Er is niets noemenswaardigs meer aan de gezondheid van Mevr. L gedaan, behalve het voorschrijven van bovengenoemde pijnstillers. Corresponderen de declaraties met de werkelijk aan haar gependeerde tijd? Is er in het belang van mevr. L gehandeld, hierbij rekening houdend met haar christelijke levensbeschouwelijke opvattingen en haar culturele achtergrond?

Aandachtspunt m.b.t. hoofdelijke aansprakelijkheid:

Wij hebben de schuldvraag t.a.v. de diverse klachten over het algemeen toegeschreven aan beide huisartsen K. en L. omdat zij gezamenlijk praktijk hielden in de L, omdat ze elkaars vervanger zijn en omdat een aantal zaken in die zin dus niet te splitsen valt. Dit geldt bijvoorbeeld voor de algemene medische behandeling, de communicatie, het declaratiegedrag, de decubitus en de nazorg uit het Bziekenhuis.

Daarnaast is het echter zo dat drs. K. door ons wordt gezien als verantwoordelijk voor de afbouw van de hartmedicatie. Vanaf april 2014 en in de laatste levensfase sinds juli 2015 kwam drs. L. steeds vaker in beeld en daarom zien we haar als hoofdverantwoordelijk voor het toedienen van de zware pijnbestrijders.

Dit klaagschrift bevat bijlagen per klachtonderdeel die als leeswijzer zijn opgenomen op het voorblad dat dient als inhoudsopgave.

Datum : 31 mei 2016

Naam van degene namens wie ik klaag:

Naam klager: P.C.

H.L. L

Handtekening:

Overleden op 1 oktober 2015