

I IV. Klachtonderdelen

Hartmedicatie

11. Ten aanzien van het klachtonderdeel met betrekking tot de hartmedicatie het volgende. De hartmedicatie van mevrouw L. is door verweersters in de periode april 2012 tot en met juni 2015 afgebouwd en stopgezet. Het is mevrouw P.C. nog steeds onduidelijk waarom de Perindopril en niet de Nifedipine werd afgebouwd nu Perindopril wordt voorgeschreven bij hartfalen en een hoge bloeddruk en Nifedipine slechts bij een hoge bloeddruk.

12. Bij mevrouw L. was in 2008 sprake van systolisch hartfalen. Later is gezien het gevoerde medicatiebeleid door verweersters uitgegaan van een combinatie van systolisch en diastolisch hartfalen. Een dergelijke diagnose kan volgens dr. W. en cardioloog T. betrouwbaar worden gesteld op basis van een echocardiogram. Ook huisarts M. is van mening dat in de praktijk een echocardiogram onmisbaar is.

13. Mevrouw L. is in mei 2015 opgenomen geweest in het Hziekenhuis. Er is, anders dan verweersters stellen, geen echocardiogram gemaakt tijdens deze opname. Na de opname wordt ook door cardioloog M. geadviseerd om een echocardiogram te maken. Er wordt hiervoor een afspraak ingepland. Bij deze afspraak kon mevrouw L. niet aanwezig zijn, omdat zij twee weken voor haar overlijden werd opgenomen in het B ziekenhuis. Dr. V., cardioloog in het Hziekenhuis, bevestigt in zijn brief van 21 november 2016 expliciet dat er sinds 2008 geen echocardiogram is gemaakt. Dr. M. merkt, anders dan verweersters stellen, het ontbreken van een echocardiogram terecht op in zijn advies. Mevrouw P.C. verwijt verweersters dat zij zonder echocardiogram en zonder overleg de diagnose hebben gewijzigd en vervolgens ook nog de hartmedicatie hebben stopgezet. Namens mevrouw P.C. heeft mr. H. dit verwijt, anders dan verweersters stellen, reeds ter zitting in eerste aanleg aangevoerd.

14. Door cardioloog T. wordt in maart 2012 Captopril vervangen door Perindopril. Vervolgens bouwt verweerster K. de dosering zonder overleg met de cardioloog af tot nul in april 2013. Verweerster K. geeft aan dat zij het voorschrijven van Perindopril vanwege duizeligheid heeft gestopt. Dit is gedaan terwijl er nog steeds sprake was van hartfalen en terwijl niet is uitgesloten dat de duizeligheid op een andere manier verholpen kon worden, zoals dr. W. en dr. M. aangeven.

15. Door cardioloog D. van het Hziekenhuis wordt in december 2012 weer Captopril voorgeschreven. Dit advies wordt door verweersters niet opgevolgd.

16. In april 2014 wordt door cardioloog C. van het RG Spironolacton in combinatie met Nifedipine voorgeschreven. Spironolacton wordt voorgeschreven bij onder andere hartfalen, een hoge bloeddruk, oedeem en nierziekten. Verweerster K. stopt deze hartmedicatie zonder overleg met de cardioloog in september 2014.

17. Vervolgens wordt bij het ontslag na opname in mei 2015 in het Hziekenhuis door cardioloog V. weer Perindopril in combinatie met Spironolacton voorgeschreven. Verweerster K. stopt deze medicatie drie weken later zonder overleg met de cardioloog in juni 2015.

18. Verweersters houden vervolgens het voorschrijven van Nifedipine in stand. Nifedipine kan volgens cardioloog T. het hartfalen juist verergeren. Ook huisarts M. geeft aan dat bij hartfalen het voorschrijven van Nifedipine onvoldoende is. Vervolgens wordt ook de Nifedipine gestopt in april 2015 waardoor ook de hoge bloeddruk onbehandeld bleef. Gelet op de CVA's van mei 2014 en februari 2015 is deze risico verhogende keuze niet te begrijpen.

19. Wanneer mevrouw L. eind mei 2015 last krijgt van boezemfibrilleren, krijgt zij Amiodarone voorgeschreven. Volgens dr. W. dient Amiodarone slechts te worden voorgeschreven indien er sprake is van ernstige hartritmestoornissen en wanneer andere medicatie niet effectief of gecontra-indiceerd is. De stopgezette Captopril/Perindopril was in dit geval de juiste medicatie. Mevrouw P.C. verwijt verweersters de afbouw en het stopzetten van de hartmedicatie.

Pijnmedicatie

20. Ten aanzien van het klachtonderdeel met betrekking tot de pijnmedicatie het volgende. De pijnmedicatie van mevrouw L. bestond uit paracetamol, paracetamol met codeïne, Tramadol en Fentanyl. Voor de dosering van de paracetamol moet er volgens dr. W. bij mevrouw L. rekening worden gehouden met de volgende cumulatieve risicofactoren: slechte voedingstoestand, gecombineerd gebruik met opiaten, hogere leeftijd, nierfunctiestoornissen. De veilige dosis wordt hierdoor lager.

21. Volgens het NHG is aanbevolen om bij chronisch gebruik niet hoger dan 2,5 gram per dag als er geen risicofactoren zijn en niet hoger dan 2 gram per dag als er wel aanvullende risicofactoren zijn, voor te schrijven. Mevrouw L. heeft steeds een hoge dosis van 3 x 1000 mg paracetamol met codeïne voorgeschreven gekregen. Dit verwijt mevrouw P.C. verweersters.

22. Dr. W. geeft aan dat Fentanyl een remmende werking op de ademhaling kan hebben. Dit is bij een patiënt met COPD-klachten en hartfalen zoals bij mevrouw L. hierdoor niet de juiste medicatie. Als gevolg van het gebruik van Tramadol is op 2 september 2015 mevrouw L. opgenomen in het H ziekenhuis vanwege ernstige uitdroging. Ook dit is niet juist. Er heeft geen pijnagnostiek plaatsgevonden. Dit verwijt mevrouw P.C. verweersters.

Decubitus

23. Ten aanzien van het klachtonderdeel met betrekking tot de decubitus het volgende. De decubitus van mevrouw L. is pas in september 2015 ontdekt door verweersters, terwijl in het H ziekenhuis in mei 2015 bij ontslag reeds een beginnend wondje is geconstateerd dat bij de overdracht aan Verzorgingshuis LH is doorgegeven. Verweersters kwamen in het verzorgingshuis voor de spreekuren en hebben deze informatie toch gemist of hier onvoldoende aandacht aan besteed.

24. Bovendien was mevrouw L. een hoog-risicopatiënt voor de decubitus door onder andere haar diabetes mellitus type 2 en de CVA's die zij heeft gehad in 2014 en 2015. Ook heeft mevrouw L. reeds op 9 mei 2014 last gehad van een wond die behandeld moest worden. Dit is terug te vinden in het huisartsenjournaal van verweersters. Mevrouw P.C. geeft aan dat dit om een wond op de stuit van mevrouw L. ging. Ondanks de aanwezige risicofactor en de wond in 2014 hebben verweersters de decubitus gemist.

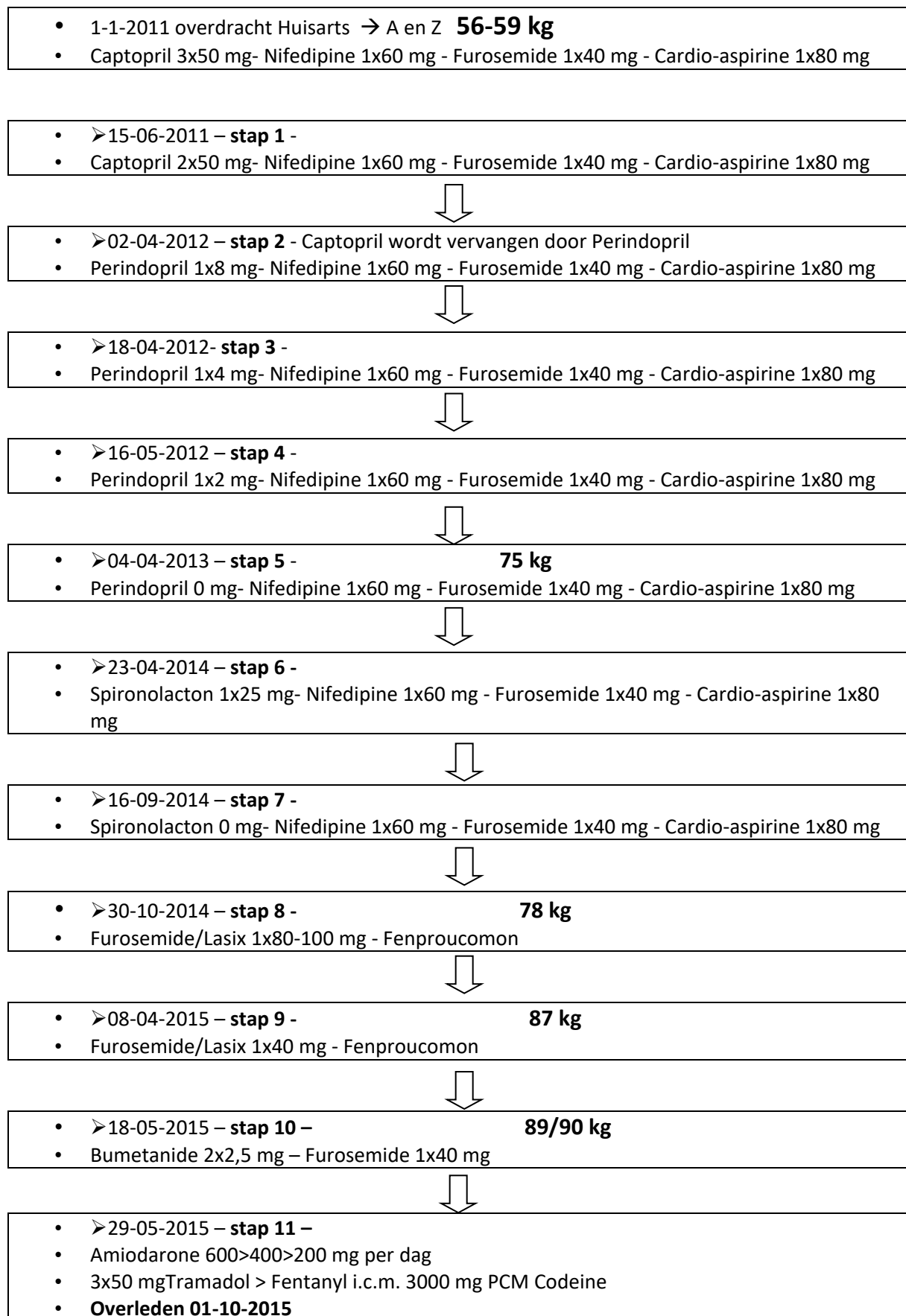
25. Mevrouw L. heeft veel last van de decubitus gehad. Gezien haar diagnose diabetes mellitus type 2 genazen de wonden ook nog eens erg slecht. Mevrouw P.C. verwijt verweersters de gang van zaken.

V. Conclusie

26. Mevrouw P.C. verzoekt u om de klachtonderdelen gegrond te verklaren en om verweersters een gepaste maatregel op te leggen

Mr. S. J, Andeladvocaten

Afbouwschema cardiale medicatie - Huisartsenzorg i.s.m. cardioloog



Hartfalen Linker ventrikelhypertrofie – sick sinus syndroom – astma cardiale

Geen echocardiogram. Geen behandeling diabetes2- Behandeling decubitus necrose-Longoedeem
Samenwerking > Verzorgingshuis-Huisarts-Ziekenhuizen-Apotheek

Verwijsbrief

afdeling Oogheekunde

ArtsenZorg
huisarts Gouden
regenstraat 32c 2565
EX Den Haag

Betreft patient:

Glenn Millerhof 5
2551.JP S gravenhage

18-12-2014 15:18:27

Geboren: 0
Geslacht:

Geachte collega,

Graag uw evaluatie en beleid betreffende onderstaande.

Met vriendelijke dank en groet,

huisarts

Voorgeschiedenis:

Nierfunctiestoornis/nierinsufficiëntie

ICPC U99.01

Vanaf: 04-sep-2014

Diabetes mellitus type 2

ICPC T90.02

Vanaf: 06-feb-2014

Geen ziekte

ICPC A97.00

Vanaf: 22-dec-2012

TIA/CVA

ICPC K89.00

Vanaf: 31-aug-2011

Aanwezigheid pacemaker

ICPC A89.01

Vanaf: 31-aug-2011

Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging

ICPC K86.00

Vanaf: 13-jan-2011

Syndroom Ramsey-Hunt

ICPC N99.00

Vanaf: 31-aug-2011

Glaucoom/verhoogde oogdruk

ICPC F93.00

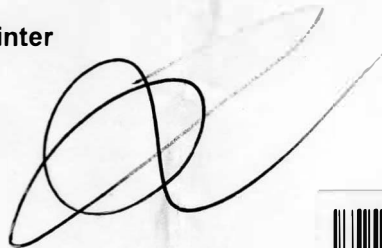
Vanaf: 31-aug-2011

Medische historie:

glaucoom--> vw oogarts

dd: 18-dec-2014

mo brief maken, nu geen printer



Meetwaarden:

<Meetwaarden>

Huidige medicatie:

<Actieve medicatie>



2165973-8 V

02-04-1932

H.L.

Glenn Millerhof 5

2551 JP S

GRAVENHAGE

Friesland Zorgverzek

070-3294756

Welkom in het ziekenhuis 10/14



Rapporten en metingen

Mevr. H.L.

dinsdag 15 september 2015

Wondbeoordeling

— Op verwijzing huisarts en verpleging de wonden beoordeeld.

Stuit:

Vanuit de bilnaad richting beide billen meerdere oppervlakkige huiddefecten, en in de bovenkant van de bilnaad is de wond dieper.

T: 100% rood

1: geen infectieverschijnselen

M: Vochtig

E: wondranden verder intact

Advies:

2 à 3 x per week

- Wonden goed uitspoelen

- Drogen met een gaasje

- Breng Nu Gel aan in de wond die zich bovenaan in de bilnaad bevindt (de diepere wond>

- Breng een Mepilex Sacrum Border aan, zodanig dat de wonden die lager gelegen zijn vanuit de bilnaad ook bedekt zijn.

Diverse wonden door vochtletsel (smetten), o.a. binnenzijde van linker bovenbeen:

- Bij elke verschoningsmoment, minimaal 3 x per dag de huid van de liezen, binnenzijde bovenbenen, labia, billen etc reinigen met water (geen zeep gebruiken).

Goed deppend drogen.

- Breng een laag van 2-3 mm Proshield Plus aan op de huid van liezen, binnenzijde bovenbenen etc. aan.

En verder:

- Er wordt een verwijzing ergotherapie gestuurd naar de ergotherapeuten van het Gulden Huis. graag advies voor:

Zithouding 1 lighouding

> Transfers, glijzeil?

> Tillift naar bed, Mw komt niet hoog genoeg naar het bed

- Om de huid van de benen van elkaar te houden kan aan familie gevraagd worden katoenen broekjes met pijpjes te kopen

- Dochter heeft een brief voor mij achter gelaten met de vraag wat er nog geadviseerd wordt ten aanzien van vitamines en mineralen. Ik heb overlegd met de huisarts en ik vraag of diëtist op korte termijn bij mw kan komen.

Willen jullie dit aan dochter overdragen?

Huisarts heeft het ZN formulier voor alle materialen naar Combi Care gestuurd, verbandmateriaal kan dan in het vervolg direct via Combi Care besteld worden. AUB verbandmateriaal dan niet meer via de reguliere apotheek, aangezien dit een

Verpleegkundig dossier

Patiëntnaam
Geboortedatum
Patiëntnummer
BSN

V

Afdruk van rapportages in de periode 18-09-2015 12:37:00 t/m 25-09-2015 15:52:00

Beantwoordingen

dd

Aantal wonden	1
Wondformulier 1	
Wondconsulent	S
Locatie van wond	
Locatie wond	stuit
Locatie wond	<Afbeelding>
Type wond	decubituswond
Decubitus categorie	categorie 3
Wisselrigging	ja
Hoeveel uur	mobiliseren
Hoeveel uur	a 3 uur
Decubitusmatras nodig	ja
Welk matras	alternerend wisseldruk matras
Overige AD materialen	hielkussen en zitkussen
Smetten	nee
Incontinentieletsel	ja
Wondfoto	nee
Wondomschrijving (Tissue)	
Lengte van wond	6 centimeter
Breedte van wond	3 centimeter
Diepte van wond	0,2 centimeter
Kleur van de wond	geel, rood en zwart
Necrose	vast
Percentage zwart	10
Percentage geel	40
Percentage rood	50
Infectie (Infection)	
Infectie van de wond	nee
Geur	geen
Vochtigheid (Moisture)	
Mate van exsudatie	vochtig
Bekend met	anders, nl.
Anders nl.	cva, vasculaire dementie PM, artrose DC, nierinsuff
Pijn	bij verzorging
Locatie	stuit
Pijnmedicatie voor behandeling	ja
Toelichting pijnmedicatie	basis
Hoofddoel wondbehandeling	wondgenezing
Wondreiniging	gedrenkte gazen
Overige opmerkingen	mw heeft meerdere open plekken in stuit gebied waarvan 1 wond op de stuit zelf necrose bevat. Mw komt pijnlijk over, necrose oplossen is eerste doel.
	Omliggende huid fors incontinentie dermatitis. (bij donkere huid verkleurd deze donkerder) alle verkleurde huid 2xdd reinigen waarna cavilon. Faecescollector (1x per 2 dagen verschonen) plaatsen 1 x per dag de wonden spoelen waarna hydrogel op de wond en afdekken met vetgaas+ abs

Patiëntnummer

Auteur

Patiëntnaam

Datum 22-09-2015

Geboortedatum

Geslacht

V

Afgedrukt op

Overleg HA V (Goudregenhof : Steeds immobieler sinds 7 jaar, geleidelijk en achteruitgang, al 2 jaar bedlegerig. 2x/wk contact met dochter en schoonzoon via mail

en telefoon, deze zijn erg actief betrokken bij de zorg voor pte

ICC Dietetiek: nu vloeibaar lactose-intolerant, veel beter om vast voedsel te eten. Onduidelijkheid over slikstoornissen: volgens logopediste normaal?

ICC Oudgkn (Altena): medicatie saneren, fentanyl in ieder geval stop om uit te sluiten als oorzaak somnolentie. Overig beloop met deze achteruitgang passend bij vasculaire dementie. Neem contact op met point ivm verzorgingshuis, passend qua zorgzwaarte?

ICC Psychiatrie: somnolentie en achteruitgang kan passen bij vasculaire dementie, ev. onderhoudende factoren? Advies nieuwe TIA/onderliggende pathologie uitsluiten via de neurologie. Nu niet suf, wakker in bed. Geen beeld van stil delier, nu geen haldol. Wel hoog delierrisico.

ICC Neuro: volgt vandaag, met CT?

Conclusie / Beleid Conclusie

Het betreft een 83-jarige vrouw bekend met een vasculaire dementie, CVA, decompensatio cordis, een DDD-pacemaker, chronische nierinsufficiëntie, degeneratieve pijnklachten van de gewrichten en sinds jaren langzaam progressieve achteruitgang. Zij werd elders op 2/9 en alhier op 18/9 opgenomen met de afgelopen maanden versnelde achteruitgang en bedlegerigheid en geleidelijke sufheid zonder duidelijk luxerend moment. Bij de opname op 2/9 verbeterde de sufheid na staken tramadol. Actueel is nu sprake van wisselende somnolentie en volledige ADL-afhankelijkheid, necrotische decubitus op de stuit en oedemen m.n. in de onderbenen.

Differentiaal diagnose Beleid

bloedafname middels arteriepunctie? nu niet geïndiceerd. Deze week nog INR bepalen
toin S.
& ander lab.

- medicatie saneren?
 - ipratropium naar z.n. gezet (cf thuis)
 - vitamines (B1, B12, vit D) tno stop?
 - salmeterol/fluticason naar z.n.?
 - iom OUDGNK: stop fentanyl, PCT naar 3dd1000mg
- vandaag schoonzoon terugbellen (GZ-psycholoog) 06-46415641
- morgen 16u familiegesprek met dochter en schoonzoon: TWO aanwezig? VPH-arts i.o. aanwezig, D (t.2080)

Medische opdrachten aan verpleegkundige

Medische opdracht aan
verpleegkundige

~graag controles nog doen vandaag door 122906 op 22-09-2015

Datum: 29-09-2015

S er komt geen urine meer uit de catheter. sinds gister. nu verstopt? mevr geeft meer pijn aan. graag dochter bellen 06-46415041

Datum: 28-09-2015

S Controle catheter, overdracht van ZKH aan arts geven zit in dossier

Datum: 28-09-2015 **Diagnose:** catheter ICPC U28.00

S Volgens overdracht ziekenhuis mag catheter er wel uit. Mw heeft veel pijn stuit door decubitus, zorg heeft haar daarom nu in bed gelegd vanmiddag. Gesproken met mw: ze heeft geen pijn als ze in bed ligt. Gesproken met zorg en dochter nav catheter: ivm decubitus is het beter als de huid goed droog blijft, daarom adviseerde ik catheter in te laten. De nieren produceren nauwelijks urine: erg weinig in de zak. Als catheter nu verwijderd wordt grote kans op uwi en retentie en minder zicht op de urineproductie. Er zit ook wat debris in de slang. Mw is niet benauwd, in zh is furosemide gestopt. Mw drinkt nauwelijks, wil dit niet, O heeft het vandaag heel vaak aangeboden.

P NB zorg gaat goed in de gaten houden of mw benauwd wordt, dan meteen bellen (herstart furosemide overwegen). Uitgebreid gesprek met dochter en zorg, zijn het allemaal eens met beslissing catheter in te laten. Uitvoeringsverzoek voor catheter (indien verstopt door zorg verwisselen) gemaakt op receptbriefje bij gebrek aan officieel formulier en printer, recept voor catheter etc naar apotheek gestuurd

Datum: 22-09-2015

S arts ass Bronovo ziekenhuis: interne geneeskunde, graag samenvatting van dossier faxen naar 070-3124425

Datum: 22-09-2015

S internist Bronovo: mw is opgenomen. nu inmobiel, was suf, nu niet meer. Zegt alleen maar ja, soms weer een opmerking over medicatie, doet niets zelfstandig. eten en drinken bv niet. Decubitus met necrose. Internist vraagt zich af of er geen palliatief beleid moet worden gestart. Heeft morgen familiegesprek.

P brieven van eerdere opnames gefaxt

Datum: 18-09-2015

S vragen over pijn medicatie, 16:30 gebeld: mw is naar de cardioloog

Datum: 17-09-2015

S arts trombosedienst: gezien lichamelijke toestand INR bepalen nog nodig? meneer van P gesproken: vragen over medicatie, over drinken wat niet goed gaat, over adviezen van de dietist. vochtlijst is absoluut slecht bijgehouden. Als mw niet wil toch wassen. C. psychogeriatrisch verpleeghuis.

E familie ontevreden over zorg

P Zou ook kunnen dat het pas later is opgeschreven of op bed koffie krijgt. Indicatie verpleeghuis gaat via zorg..

Datum: 17-09-2015

S gewoon doorgaan met INR bepalen

Datum: 17-09-2015

S Furosemide voorlopig stop vanwege prioriteit bij de nieren.

Datum: 17-09-2015

S Schoonzoon belt wilt met dokter van V spreken. Misschien verpleeghuis? Van P

Datum: 16-09-2015

S Zie mail

Datum: 16-09-2015

S Dochter vind het prima als het prikken voor trombose stop wordt gezet, en moeder op medicatie overgaat. Maar dit laat ze al geheel aan de artsen over.

Datum: 16-09-2015 **Diagnose:** ondervoeding bij overgewicht ICPC T08.00

S graag overleg met dietiste Endhoven 7543706/7540444

S Mw kreeg Nutridrink fiber, maar ivm slechte nierfunctie omgezet naar remilon eiwitarm omdat andere de nierfunctie verder achteruit gaat. De wondverpleegkundige wil eiwitrijk dieet. De vraag is dus waar prioriteit aan gegeven moet worden. Mw is afgevallen de laatste tijd en er is sprake van ondervoeding bij overgewicht

P Besproken eerst prioriteit nu leggen bij nieren, dit donderdag bespreken (LVE) met dochter en indien we toch kiezen voor decubitus dit doorgeven aan verzorging: verzorging kan dietiste mailen, dan past ze het dieet vrijdag of maandag aan. Bij onduidelijkheid belt dietiste ons op

**Uitspraak Regionaal Tuchtcollege en Centraal Tuchtcollege inz.
P.C. versus huisartsen K. en L. inzake huisartsenzorg H.L.**

Conclusie RTC en CTG: Huisartsen hebben gehandeld en alles gedaan wat van een **redelijk** en **bekwaam** handelend **arts mag worden** gevergd.

Deze beslissing is gegeven door rnr. 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**. http://tuchtrecht.overheid.nl/ECLI_NL_TGZRSGR_2017_37

Deze beslissing is gegeven door: mr. E.J. Sandick, voorzitter, mr. L.F. Gerretsen-Visser en mr. M.W. Zandbergen, leden-juristen en dr. M.K. Dees en drs. C. de Graaf, leden-beroepsnoten en mr. N. van der Velden, secretaris. **Uitgesproken ter openbare zitting van 14 september 2017**