

Nabestaanden

Woonplaats, datum

Ziekenhuis
T.a.v. Raad van Bestuur

Geachte heer/mevrouw,

Betreft: Opname patient X klinische opname ziekenhuis Overleden op 1 oktober 2015

Hierbij verwijzende naar mijn vorige brief d.d. 14 april jl.

Mijn moeder werd op vrijdag 18 september 2015 opgenomen op de SEH in het ziekenhuis omdat haar gezondheid achteruitging. Ze werd constant gesedeerd in het verzorgingshuisd.m.v. Fentanyl pleister, 3000 mg Paracetamol met Codeïne en achteraf bleek dat zij al ruim een jaar geen hartfalenmedicatie kreeg toegediend.

Op de SEH werd tevens geconstateerd dat de infectiewaarden in haar bloed te hoog waren. Er was sprake van decubitus maar de aangetaste plekken waren vooralsnog onder controle.

Haar toestand verslechterde in het ziekenhuis en op vrijdag 25 september 2015 verliet zij het ziekenhuis slechter dan ze er ingekomen was. Er was sprake van een verslechtering en uitbreiding van de decubituswonden (necrotisch). Ze had wondjes aan beide armen die opgezwollen waren van het bloedprikken dat tijdens de verpleegdagen niet lukte, tot bloedens toe.

Vanaf maandag 21 september was aan de buitenkant van het lichaam de toenemende vochtophoping zichtbaar, er was sprake van ernstige perifeer oedeem, kortademigheid en tevens sprake van een delier en angst.

Noodzakelijke medicatie en zorg

Er lag een acute zorgvraag bij opname, namelijk het behandelen van hart- en nierfalen en verzorging van de decubitus van mevr. L.

In casu waren een paar zaken relevant: extra alertheid, omdat de internist en AOIS IG de patiënt, mevr. L niet kenden en er ook geen patiëntendossier voorhanden was. Het dossier is opgevraagd bij het Hagaziekenhuis

Wij zijn benieuwd wat er voor mevr. L is gedaan behalve het staken van de Fentanyl pleister en de 3000 mg Paracetamol met codeïne.

Klinische opname 18-25 september 2015

SEH: Hartfilmpje

Er is op de SEH een hartfilmpje gemaakt.

Wat waren de conclusies van de cardioloog n.a.v. de ECG-grafiek en nader onderzoek?

- Was er sprake van hartritmestoornissen
- Was er sprake van terminaal hartfalen (echocardiografie)
- een acuut hartinfarct
- vergroot hart (hypertrofie)

Röntgen borstkas en longen

Wat was de diagnose n.a.v. de thoraxfoto?

- Was er sprake van vocht in de longen?

Amiodarone

Is het gebruik van Amiodarone, met name vanwege de ernstige bijwerkingen en verslechtering van COPD en visus, afgestemd met de cardioloog?

Infectiehaarden in het bloed

Op de SEH was reeds sprake van infectiehaarden in het bloed.

- Waarom is deze informatie niet benut voor de behandeling van mevr. L.?
- Waarom is er geen antibiotica toegediend i.v.m. mogelijke sepsis i.v.m. decubitus, blaaskatheter en ter voorkoming van eventuele ziekenhuisbacteriën?

Palliatief beleid

In het medisch dossier van de huisarts mevr. V staat vermeld dat de internist palliatief beleid heeft voorgesteld. Voorzover wij weten is dit onderwerp niet aan de orde geweest tijdens het gesprek dat wij (dochter en schoonzoon) woensdag 23 september hebben gevoerd met de internist en AOIS IG. Ter uwer informatie, de heer V.P., de schoonzoon van mevr. L. is zelf werkzaam in een zorginstelling als gezondheidszorgpsycholoog.

- Waarom is palliatief beleid wel besproken met de huisarts, mevr. V en niet met de familie?
- Waarom is de prognoseverslechtering en het beleid om mevr. L. niet langer te behandelen (uitbehandeld) wel besproken met de huisarts en niet met de familie?
- Waren decompensatio Cordis en COPD-klachten de oorzaak van het stopzetten van verdere medicamenteuze behandeling?
- Kunt u ons een kopie sturen van deze toestemmingsverklaring.

Communicatie/informed consent

- Welke behandelkeuzes en -opties zijn besproken en voorgelegd aan de familie?
- Is palliatief beleid overlegd met de dochter van mevr. L. aangezien mevr. L. niet in staat was om deze gesprekken zelf te voeren i.v.m. vasculaire dementie?
- Is hierbij rekening gehouden met de christelijke levensovertuiging van mevr. L.?
- Wij verwijzen hierbij naar de brief van de heer V.P., gezondheidszorgpsycholoog tevens schoonzoon die op dinsdag 22 september 2015 is afgegeven t.a.v. de internist en AIOS.

Nazorg

Op vrijdag, 25 september 2015 is mevr. L. in verslechterende gezondheidstoestand teruggestuurd naar het verzorgingshuis waar geen verpleeghuiszorg aanwezig was en kennis om de katheter te verwijderen.

- Mevr. L. ondervond grote ongemak en pijn van de ingebrachte katheter en vanwege de decubitus. Waarom is deze niet verwijderd voordat zij teruggestuurd werd naar het woonzorgcentrum?
- Waarom kreeg mevr. L. als risicopatiënt uit voorzorg geen recept voor antibiotica i.v.m. mogelijke sepsis en blaasontsteking gedurende het weekend? De kans/risicofactoren op sepsis was reëel aanwezig!
- Wij willen graag inzage in de verpleegkundige rapporten.

Wij als nabestaanden vragen ons dan ook vertwijfeld af of onze moeder, mevr. L. wel de noodzakelijke medicatie en zorg heeft gehad.

Wij hebben om zeer gegronde redenen vragen over de wijze waarop onze moeder behandeld is in uw ziekenhuis.

Uw reactie zien wij graag tegemoet.



cc. mevrouw A. S.-Klachtenfunctionaris

Bijlagen:

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: verzorgen kan dietiste mailen, dan past ze het dieet vrijdag of maandag aan. Bij onduidelijkheid belt dietiste ons op

Geachte collegae,

03-03-2008

In antwoord op de brief d.d. 28-02-2008 van H. kan ik U mededelen dat ik bovengenoemde patiënte op 11-01-2008 voor het eerst op mijn spreekuur zag; dit was ook de laatste maal dat ik bovengenoemde patiënte op mijn spreekuur heb gezien.

Patiënte had toen geen angineuze klachten, was niet kortademig. Anamnesticch geen tekenen van links- of rechtszijdige decompensatio cordis behoudens een frequente nycturie. Het lichaamsgewicht was met 1 kg afgenomen, hartkloppingen had patiënte niet. Volgens patiënte en haar dochter had zij in Suriname een maand in het ziekenhuis gelegen wegens een sterk gestoorde linker ventrikelfunctie. Daarbij was de lichamelijke conditie van patiënte ontregeld wegens therapie-ontrouw. De dochter van patiënte verzekerde mij dat zolang dat haar moeder maar de medicatie nauwgezet innam het goed met haar ging. Daarnaast is patiënte bekend met het syndroom van Ramsey Hunt (aangezichtsverlamming, evenwichtstoornis, uitgevallen gehoor links).

Risicofactoren t.a.v. coronarialijden: Hypertensie; de familie-anamnese is sterk belast.

Lichamelijk onderzoek: niet zieke vrouw; lengte 1.42 m; gewicht 59 kg; bloeddruk 170/80 mmHg., halsvenen niet gestuwd, polsfrequentie 52/min.. De upstroke van de arteria carotis was beiderzijds normaal, er werden geen souffles gehoord. De ictus cordis was niet palpabel. Bij auscultatie werd aan de apex een normaal luide eerste toon gehoord. De eerste toon wordt gevolgd door een graad 1/6 holosystolisch hoogfrequente souffles passend bij mitralisklepinsufficiëntie. Op 2L werd een normaal luide tweede toon gehoord. Over de longvelden werd normaal vesiculair ademgeruis gehoord. In het (abdomen waren lever noch milt palpabel. Aan de onderste extremiteiten was geen oedeem \.. aantoonbaar.

ECG: boezemritme, frequentie 48/min., stand van de elektrische hartas —30 graden; PQ-tijd 0,14 sec., QRS-breedte 0,10 sec..

Laboratorium onderzoek: bezinking 28 mm/h, hemoglobine 8.3 mmol/l, hematocriet 0.40 1/1, leukocyten 4.3 x/9110, kreatinine 116 pmol/l, natrium 138 mmol/l, kalium 4.9 mmol/l, glucose 6.4 mmol/l, TSH 0.83 mU/L.

Bespreking: Op grond van de bevindingen bij het lichamelijk onderzoek is er bij patiënte sprake van hypertensie en een mitralisklepinsufficiëntie. Volgens de hetero-anamnestiche gegevens van de dochter van patiënte zou haar moeder bekend zijn met sterk gestoorde linker ventrikelfunctie waarbij de cardiale conditie derailleert als haar moeder de medicatie niet inneemt. In verband met mijn bevindingen heb ik de medicatie van patiënte uitgebreid met een calciumantagonist. Begeleidend onderzoek ter evaluatie zoals echocardiografie en nucleair bepaalde ejection fractie staan nog in. Hopende U voldoende geïnformeerd te hebben, teken ik met vriendelijke groet,

Geachte collega,

14-10-2008

Op 30-09-2008 werd bij bovenstaande patiënte in ons centrum een pacemaker geïmplanteerd, voor de volgende indicatie: SSS brady.

Het betreft hier een systeem van het merk: Medtronic.

De stimulatiemode is: DDDR bij een ondergrens van: 60 minl.

Patiënte zal regelmatig (elke \pm 9 maanden) op de pacemakerpolikliniek ter controle verschijnen.

Met collegiale hoogachting,

Geachte collega,

16-06-2009

In antwoord op uw schrijven d.d. 4-3-2009 betreffende bovengenoemde patiënt, kan ik u in aansluiting aan mijn brief d.d. 29-07-2008 mededelen dat patiënt op 30-09-2008 een DDD-pacemaker kreeg geïmplanteerd. Bij de controle op 30 december 2008 vertelde patiënte dat ze nadat ze de (pacemaker had gekregen niet meer zo moe was en wat fitter was, ze pakte ook weer dingen op, kortom mentaal was patiënte opgeknapt door de ingreep.

Bij lichamelijk onderzoek bedroeg de bloeddruk 150/100 mmHg, de hartfrequentie 84 slagen per minuut. Verder werd bij het lichamelijk onderzoek geen afwijkingen gevonden.

Het elektrocardiogram toonde een goed functionerende DDD-pacemaker.

Al met al is er thans sprake van een bevredigende cardiale situatie bij een patiënte die hypertensie op basis waarvan een belangrijke linkerkamer hypertrofie zoals in het verleden echocardiografisch aangetoond.

De medicatie van patiënte werd aangepast. Zij gebruikte thans Lasix 1 dd, 40 mg, Asprö cardio 1 dd. 80 mg, Capoten 3 dd. 50 mg, Adalat oros 2 dd. 60 mg.

Hopende u voldoende te hebben geïnformeerd, teken ik.

Geachte collega,

13-12-2010

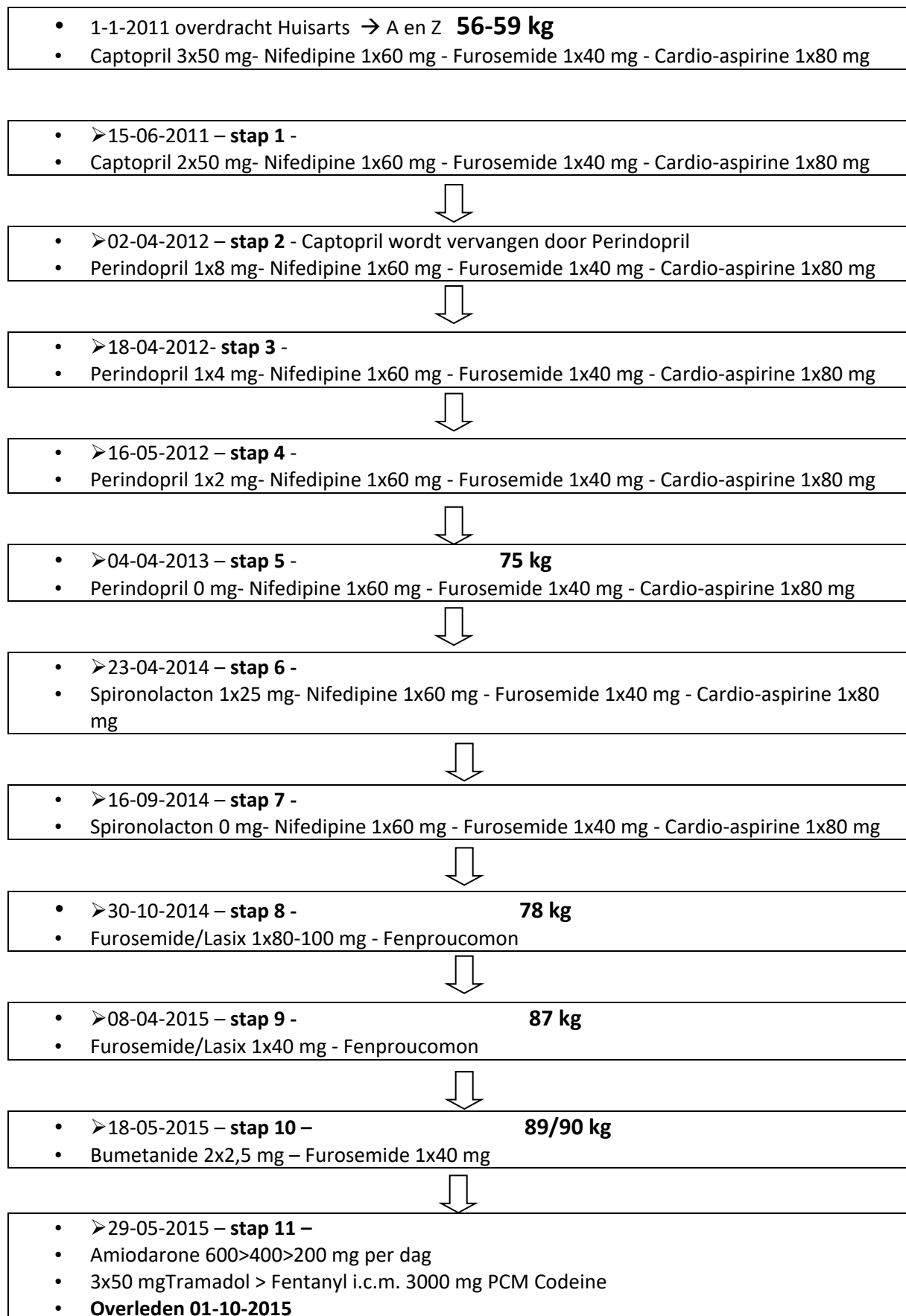
Op onze poli wordt bovenstaande patiënte gecontroleerd, wegens DDD-pacemaker. Tijdens de controles in het afgelopen jaar heeft patiënte geen bijzondere klachten gehad. Ook bij de laatste poliklinische controle op 6 december vertelde patiënte dat het met haar goed ging, ze had geen klachten, volgens de dochter van patiënte ging het goed, nu de medicatie-inname van patiënte nauwgezet werd gecontroleerd.

Lichamelijk onderzoek: bloeddruk 120/80 mmHg., halsvenen niet gestuwd, polsfrequentie 72/min.. De upstroke van de arteria carotis was beiderzijds normaal, er werden geen souffies gehoord. De ictus cordis was niet palpabel. Op 2L wordt een graad 2/6 ejectiegeruis gehoord. Aan de apex wordt de eerste toon gevolgd door een graad 2/6 hoogfrequent holosystolische souffie passend bij mitralisklepinsufficiëntie. Over de longvelden werd normaal vesiculair ademgeruis gehoord. In het abdomen waren lever noch milt palpabel. Het rechterbeen toonde een spoor oedeem, links was geen oedeem aantoonbaar.

Elektrocardiogram: goed functionerende DDD-pacemaker.

Conclusie: stabiele cardiale situatie bij patiënte bekend met DDD-pacemaker en thans goed gereguleerde hypertensie. Zover mij bekend medicatie thans: Lasix 1 dd. 40 mg, Aspro cardio 1 dd. 80 mg, Capoten 3 dd. 50 mg, Adalat oros 2 dd. 60 mg. Met patiënte werd een afspraak gemaakt voor controle op langere termijn op onze polikliniek. Met collegiale hoogachting,

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