

Familie/Nabestaanden

Woonplaats, datum

Ziekenhuis

T.a.v. Raad van Bestuur
Klachtencommissie

Geachte Klachtencommissie,

Met dit schrijven reageren we op de verweerschriften van respectievelijk cardioloog R en cardioloog V..

1. Achtergrond informatie:

Patiënt X was sinds de negentiger jaren in Suriname onder behandeling van de cardioloog dr. N.P in verband met hypertensie en hartfalen. Zij gebruikte destijds al een ACE-remmer, Betablokker in combinatie met diuretica en een bloedverdunner. De behandeling met genoemde medicatie is voortgezet onder de huisartsen C (2004-2006) en G (2006-2010).

Cardioloog R zag patiënt X voor het eerst op 30-09-2008 in verband met het plaatsen van een pacemaker vanwege Bradycardie. Haar cardiale situatie moet, voor zover ons bekend, als stabiel beschouwd worden sinds 2008 onder cardioloog D. Op dat moment was er nog geen sprake van ernstige vochtregulatie- of nierproblemen, getuige de rapportages van cardioloog D van 2008 t/m 2012.

Cardiale medicatie 2007-2012 cardiologen D en H

Volgens de cardiologische en interne correspondentie bestond de behandeling uit:

- Captopril 3x50 mg p.d. (ACE-remmer) later vervangen door Perindopril 1x8 mg p.d.
- Nifedipine (Adalat) 1x 60 mg p.d.
- Cardio-aspirine 1x80 mg p.d.
- 1x40 mg Furosemide p.d.

Cardiale medicatie gestaakt 2012-2015:

- Captopril werd in april 2012 in overleg tussen huisarts V met cardioloog H omgezet naar Perindopril 1x8 mg en vervolgens van april 2012 t/m april 2013 door huisarts gestaakt in meerdere stappen. 8mg>4mg>2mg>0mg.
- Nifedipine 1x60 mg in april 2015 in 1 stap door huisarts gestaakt.
- Perindopril 2 mg en Spironolacton 12,5 mg werden op 25 juni 2015 gestaakt door huisarts.

Ontslagmedicatie 29 mei 2015 ziekenhuis:

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
v/a 21-07-2015 Bumetanide 1x2 mg en Spironolacton 1x50 mg

Ziekenhuisopnames:

hartfalen – Medtronic SSS Brady - Pacemaker

Bij patiënt X is o.i. na stopzetting van de Captopril/Perindopril vanaf april 2012 sprake geweest van geleidelijke en gestage cardiovasculaire achteruitgang waarvoor opname in: 18-04 tot 23-04-2014 - Afdeling Cardiologie Reinier de Graaf in Delft.
14-02 tot 17-02-2015 - Longafdeling ziekenhuis
22-05 tot 29 mei 2015- Afdeling Cardiologie ziekenhuis
12-06 tot 13-06-2015 - Afdeling Cardiologie ziekenhuis
02-09 tot 03-09-2015 – Afdeling Cardiologie ziekenhuis
18-09 tot 25-09-2015 – Afdeling Interne Geneeskunde

Dementie/Alzheimer vastgesteld in juli 2010 in het ziekenhuis door geriater.

Patiënt X was vanwege dementie (naar uiteindelijk bleek van het vasculaire type) niet zelf in staat om haar belangen m.b.t. welzijn en gezondheid af te wegen en kenbaar te maken en werd daarom altijd begeleid door haar dochter en schoonzoon, haar vaste mantelzorgers. (dochter is 'onbenoemd wettelijk vertegenwoordiger' want als enig nabij familielid verantwoordelijk voor besluiten; schoonzoon is GZ-Psycholoog)

2. Ons verweer op de reacties van cardioloog R en van cardioloog V

Ten eerste onze reactie op cardioloog R:

Om te beginnen bevreemdt het ons dat cardioloog R stelt dat hij patiënt X op 30-10-2014 heeft leren kennen. Hij heeft zelf al in 2008 bij haar een pacemaker geplaatst. Hij zou haar dus al langer moeten kennen. Patiënt X kwam jaarlijks op consult bij de pacemakerpoli en eveneens jaarlijks bij de cardioloog.

Het is voor ons als leken op medisch gebied uiteraard moeilijk, zo niet ondoenlijk om argumenten rond hartfalen en benodigde medicatie gegrond en gedetailleerd te weerleggen. Wel kunnen wij op eenvoudige wijze beredeneren dat sommige zaken een oorzaak en een gevolg hebben. Zo menen wij een causale relatie te zien tussen het afbouwen van de jarenlang voorgeschreven hartmedicatie (Captopril/Perindopril en Adalat) en de latere klachten van patiënt X. Wij verwachten dat een cardioloog een oplettende, alerte en sturende rol speelt in de begeleiding van een patiënt.

Ten tweede onze reactie op cardioloog V

Wij vinden het erg jammer dat cardioloog V nu ontkent dat hij destijds aan ons in niet mis te verstane bewoordingen heeft laten blijken dat hij het gedrag van de huisarts afkeurde en daar dus o.i. wel degelijk een waardeoordeel over velde. Hij zei letterlijk: "tja, dat doen huisartsen wel vaker". Op onze vraag wat hij daarmee bedoelde suggereerde hij dat huisartsen in de waan van de dag soms de achterliggende oorzaak van het probleem over het hoofd zien. Dat hij dit nu ontkent zullen we dan maar als bevestiging zien op het 'Volksempfinden' dat artsen elkaar de hand boven het hoofd houden.

3. Verdere argumenten en toelichting: Feiten vóór opname 22 mei 2015 ziekenhuis:

M.b.t. medicatie/medicatieveiligheid:

Patiënt X kreeg sinds medio april 2013 geen Captopril/Perindopril (ACE-remmer) en sinds medio april 2015 geen Nifedipine (calciumblokker) toegediend. Dit is o.i. mogelijk de oorzaak geweest van de toenemende gezondheids- en oedeemklachten in o.a. benen, buik en voeten en van de COPD-klachten.

In het nabestaanden gesprek dat wij onlangs hebben gevoerd met cardioloog R lichtte hij toe dat met name de plotselinge longklachten vaak niet worden herkend maar duiden op ernstig hartfalen. Daarnaast heeft de longarts van het ziekenhuis aangegeven dat COPD-klachten maar zeer zelden ontwikkeld worden op latere leeftijd.

De huisarts schreef na telefonisch overleg met cardioloog R mei 2015 het diureticum-geneesmiddel Burinex 5 mg (ontwateringsmedicatie) p.d. voor snelle ontwatering.

Patiënt X raakte hierdoor en de situatie waarin zij verkeerde vermoeid en ging conditioneel achteruit. Vanwege onvoldoende therapeutisch effect van bovengenoemd geneesmiddel werd zij op 22 mei 2015 ingestuurd voor klinische opname en behandeling op de afdeling cardiologie, nadat hierover telefonisch contact is geweest tussen de huisarts en cardioloog R.

Cardioloog R had naar o.i. adequaat gehandeld indien hij, mede gezien de eerdere opnames in verband met oedeem- en COPD-klachten, patiënt X voor een spoedbeoordeling had ingestuurd naar het ziekenhuis om een juiste diagnose vast te stellen. Mogelijk had tijdens dit onderzoek, de bij haar vastgestelde decompensatio cordis kennelijk van de aanvang af, juist kunnen worden getaxeerd en had dit geleid tot een betere risico-inschatting. Dit vanuit het oogpunt van medicatieverificatie en patiëntveiligheid. Diagnostiek en medicatie-anamnese worden bij opname niet afgenomen. De medicatievoorschriften o.l.v. cardioloog D, t.w. Captopril en Adalat worden niet in overweging genomen. Cardioloog D ging eind 2013 met pensioen.

22-29 mei 2015: Decompensatio cordis-behandeling/dyspneu – ziekenhuis:

Er is niet gewerkt vanuit het gebruikelijke principe van 'informed consent' voor de decompensatio-cordis behandeling: er was op de dag van opname en het starten van de behandeling geen cardioloog aanwezig. Ook zijn patiënt X en mantelzorgers niet volledig ingelicht over mogelijke problemen die zich naar aanleiding van de behandeling zouden kunnen voordoen. Cardioloog V was de verantwoordelijke cardioloog, hoofdbehandelaar en supervisor van de aios cardiologie Y (zaalarts) die belast was met de klinische behandeling van patiënt X. Tijdens de ingezette behandeling maakte de zaalarts Y, o.i. een inschattingsfout: Onder haar leiding werd de vochtbalans van patiënt X niet goed in de gaten gehouden waardoor ze ernstig is uitgedroogd en dit geleid heeft tot acuut nierfalen. Uit de cardiologische en interne correspondentie wordt dit incident vermeld als "nierfunctiestoornissen bij diureticagebruik, waardoor zeer moeizame balans". Zowel supervisor V als aios Y hadden de brief d.d. 22 mei 2015 waarin de dochter van patiënt X aandacht vroeg voor het stimuleren van haar moeder om voldoende te drinken, kennelijk over het hoofd gezien. Deze brief was tijdens de opname en het intakegesprek afgegeven aan de verpleging. Zie: Klachtenbrief aan de Raad van Bestuur.

Verwijtbaar is o.i. dat patiënt X, als risicopatiënt, behorend tot een kwetsbare groep, onvoldoende is gemonitord tijdens de behandeling. Door onvoldoende alertheid van de A.I.O.S. en de supervisor is sprake geweest van ernstige uitdroging met acuut nierfalen tot gevolg. Ook is onvoldoende aandacht geweest voor noodsignalen van de familie. Toen patiënt X werd opgenomen was er nog geen sprake van een verslechterde nierfunctie die levensbedreigend was. Integendeel: zij was aanspreekbaar, vrolijk, dankbaar en tevreden. Tevens verwijtbaar is het feit dat door de zaalarts. en de supervisor, gezien de mogelijke risico's, haar medicatiegeschiedenis niet voldoende is geverifieerd voorafgaand aan de behandeling die ze moest ondergaan. Patiënt X kreeg hierdoor tijdens de behandeling geen ondersteunende cardiale medicatie toegediend.

Ook had o.i. door de specialisten van het ziekenhuis niet mogen worden blindgevaaren op de overdracht door de huisarts maar had men zich terdege moeten verdiepen in de medicatiegeschiedenis die is beschreven door collega-cardiologen D en H.

Het middel Amiodarone voorgeschreven in het ziekenhuis, waarvoor zowel cardioloog V, aios Y en cardioloog R verantwoordelijk waren:

Wij vinden dat er sprake is van verwijtbaar handelen en laakbaar gedrag door de zaalarts Y en supervisor cardioloog V omdat zij de mogelijke en vaak voorkomende ernstige bijwerkingen van de Amiodarone niet hebben besproken met dochter en schoonzoon van patiënt X. Betrokken artsen wisten dat patiënt X vanwege dementie zelf het verloop van de opname en de daaruit voortvloeiende gebeurtenissen niet kon reproduceren en niet zelf in staat was om te beslissen. Bovendien lag het in de lijn van de behandeling dat patiënt X ook na de opname zou voortgaan in het verzorgingshuis met de orale inname van Amiodarone. Genoemde artsen hebben zich onvoldoende gerealiseerd en verdiept wat de negatieve consequenties waren van dit (risicovolle) geneesmiddel op de kwaliteit van het leven van patiënt X. De prognosestelling was naar o.i. onzorgvuldig; er is te snel gesteld dat herstel van evenwicht onmogelijk was, waarna door betrokken cardiologen besloten is medicatie (Amiodaron) toe te dienen, waardoor de facto actief het overlijden van patiënt X is bespoedigd. Amiodaron staat bekend om zijn ernstige bijwerkingen en gevaarlijke effecten bij langdurig gebruik bij kwetsbare ouderen.

Wij vinden het tevens verwijtbaar dat de familie van patiënt X niet voldoende is geïnformeerd over alternatieve medicatie of behandelmethodes. Indien zij vrijelijk hadden kunnen kiezen dan hadden zij gekozen voor een alternatief middel met behoud van kwaliteit van leven. Patiënt X leed aan glaucoom en was ten gevolge hiervan blind geworden aan het linkeroog en kreeg door het gebruik van de Amiodarone in toenemende mate last van fotosensitiviteit aan het rechteroog waardoor haar gezichtsvermogen aan dat rechteroog achteruit ging.

21-07-2015: Poliklinische controle :

Tenslotte blijft onze klacht o.i. overeind dat het van onoplettendheid getuigt dat cardioloog R bij het laatste consult in juli 2015 het staken van de Perindopril niet ziet en niet ingrijpt als blijkt dat de huisarts de door cardioloog V in mei 2015 opnieuw ingestelde Perindopril wederom heeft stopgezet op 25 juni 2015. Het effect van de Perindopril op de kwaliteit van het leven was zichtbaar, getuige het feit dat ze tot eind juli 2015 nog zichtbaar genoot van haar familie en goed aanspreekbaar was.

Cardioloog R nam tijdens de controle op 21 juli 2015 weinig tijd voor het gesprek. Hij nam kennis van haar actuele medicatie-overzicht en na een kort lichamenlijk onderzoek bleek dat patiënt X veel vocht achter de longen had. Ze was duidelijk niet in orde en haar situatie was verslechterd ten opzichte van het vorige bezoek.

Waarom koos cardioloog R er voor om patiënt X de Perindopril niet terug te geven tijdens de poliklinische controle op 21 juli 2015? Volgens cardioloog V is Perindopril een medicatie die standaard gegeven wordt bij hartfalen. De beweegreden van cardioloog R om patiënt X dit geneesmiddel niet voor te schrijven kon hij zelf niet verklaren, uit het nabestaandengesprek dat wij in november 2015 met hem hebben gevoerd. In dit gesprek dat wij op 17 november 2015 hebben gevoerd met cardioloog R heeft hij ons uitgelegd dat hartfalen een slechte prognose heeft en dat het doel van behandeling is om door middel van medicatie de symptomen te verlichten en de kwaliteit van het leven te

behouden en te verbeteren. Ook hij benadrukte dat medicijnen een belangrijk onderdeel zijn van de behandeling van hartfalen.

Als nabestaanden zien wij ons voor de vraag gesteld of cardioloog R tijdens de controle op 21 juli 2015 de gezondheidstoestand van patiënt X ernstig heeft onderschat, waardoor zij het de laatste periode van haar leven erg zwaar heeft gehad.

Wanneer cardioloog R eerder duidelijk had gemaakt dat patiënt X wel eens spoedig zou kunnen komen te overlijden, hadden haar dochter en schoonzoon en familie meer voor haar kunnen betekenen en meer bij haar kunnen zijn. Dan hadden we het bv. over een behandelstrategie en behandelvisie kunnen hebben en dan hadden de zaken niet in deze mate uit de hand hoeven lopen. Het is mede hierdoor tot op het moment van sterven een treurige lijdensweg geweest voor patiënt X.

4. Conclusie:

Wij als nabestaanden kunnen niet anders concluderen dan dat cardioloog V als cardioloog, hoofdbehandelaar en supervisor, Y als behandelaar en cardioloog R als vaste cardioloog, respectievelijk onvoldoende zorg hebben verleend aan patiënt X. Hen wordt tevens verweten onvoldoende te hebben gecommuniceerd met de familie van patiënt X over eventuele gevolgen en over minder ingrijpende en/of alternatieve behandelingen en medicatie.

Het professionele handelen van de cardiologen liet op verschillende onderdelen te wensen over. Ons inziens communiceerden de cardiologen te weinig onderling over het eigen handelen bij gebrek aan: samenwerking, zelfreflectie, collegiaal-advies inwinnen, periodieke evaluatie en bijstelling van medicatie in overleg met de betrokken huisarts; het had mogelijkserwijs dit debacle kunnen voorkomen.

Patiënt X is tijdens een spoedopname na een verslechterde situatie en kortademigheid op 1 oktober jl. overleden in het Bziekenhuis. De directe aanleiding tot overlijden ligt o.i. veel ingewikkelder, namelijk door een opstapeling van feiten en fouten waarbij de betrokken cardiologen ook veel aan te rekenen valt.

Ondertekening

Nabestaanden