

## Voorbeeldbrief huisarts afbouwen hartfalenmedicatie

[eigen naam]

[eigen adres]

[plaats, datum]

[adres Huisartsenpraktijk/Gezondheidscentra]

Aan [behandelaar/BIG nr]

Betreft: Het afbouwen van noodzakelijke hartfalenmedicatie Dossier [naam, geboortedatum]

Geachte heer/ mevrouw,

Naar aanleiding van het overlijden van onze dierbare moeder bericht ik u het volgende.

### 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. afgebouwd (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.

### NHG richtlijn

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 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 mogelijkterwijs 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. Er is nooit een echocardiogram gemaakt en de familie is nooit geïnformeerd over het geneesmiddel Amiodarone die ernstige bijwerkingen kent en dodelijk is bij ouderen.

### **Ziekenhuis 18-25 september 2015**

#### **Zinsnede in het verpleegkundige rapport: contact internist met de huisarts**

Overleg HA V (Goudregenhof : **Steeds immobielier 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 patiënt.

#### **In het medisch dossier van de huisarts**

Datum: 22-09-2015 S internist Bronovo; mw is opgenomen. nu immobiel, 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.

Uit de medische rapportages daterend van 2008 t/m 2010 van cardioloog D blijkt dat het goed gaat met mevr. L.

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.”*

Wij gaan ervan uit dat huisartsen bewust verkeerde informatie en feitelijke onjuistheden hebben doorgegeven aan de internist. Mevr. L is hierdoor in haar belangen geschaad en er is niet in haar belang levensreddend gehandeld.

De familie en nabestaanden betreuren het ten zeerste dat zij voor hun moeder/schoonmoeder van 2011 tot 2015 een overeenkomst zijn aangegaan met het Gezondheidscentrum.

Hoogachtend,

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. Anamnestiche 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,

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 & ander lab.

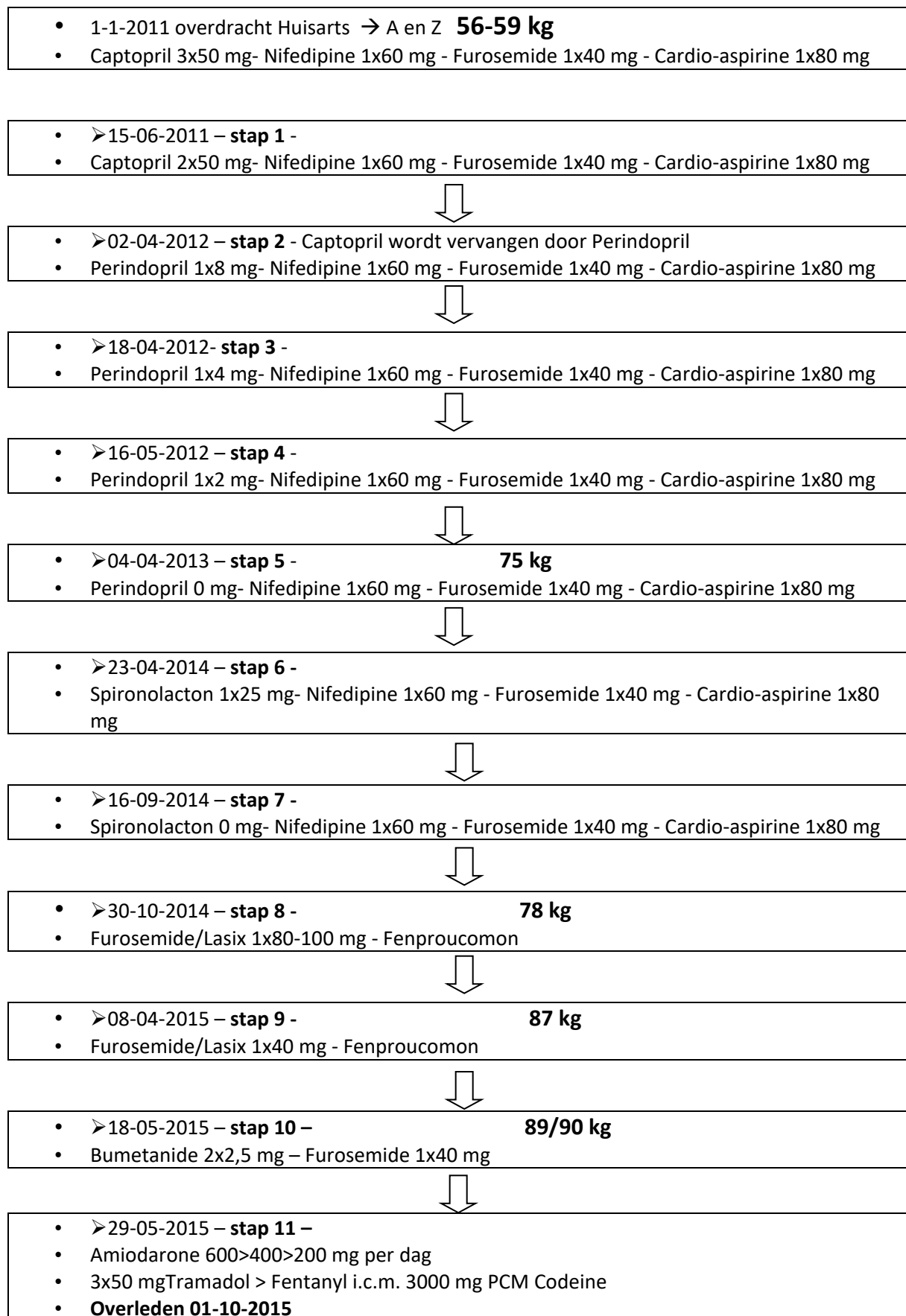
- medicatie saneren?
  - ipratropium naar z.n. gezet (cf thuis)
  - vitamines (B1, B12, vit D) tno stop?
  - salmeterol/fluticason naar z.n.?
  - iom OUDGNK: stop fentanyl, PCT naar 3dd1000mg
- vandaag schoonzoon terugbellen (GZ-psycholoog) 06-46415641
- morgen 16u familiegesprek met dochter en schoonzoon: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

## 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