

## **Verzoek tot medische beoordeling over behandelverloop van mevr. H. L. L.**

Verzoek is gedaan door haar dochter P.C. na overhandiging van een uitgebreid dossier met de volgende informatie:

- Specialistenbrieven vanaf 2007.
- Medicijnafgifte door apotheek vanaf 2011.
- Papieren uitdraai van EMD van huisartsenpraktijk vanaf 2011.
- Een aantal overzichten van het medicatie verloop, een verslag van een bijeenkomst met dr. V., cardioloog. Deze documenten zijn niet ondertekend en dus ook niet meegenomen in de beoordeling.
- Beoordeling door collega W.

Ondergetekende heeft mevr. L. nooit als patiënt gezien en onderstaande beoordeling is uitsluitend gebaseerd op bovengenoemde informatie. Er is mij gevraagd een beoordeling te schrijven vanuit de visie van een als huisarts praktiserend medicus. Er is natuurlijk altijd in de literatuur iets te vinden wat achteraf bepaalde ideeën ondersteunt of verwerpt, mijn reactie zal echter gericht zijn op het dagelijks handelen bij een geriatrische patiënt met multiële problematiek, grotendeels gebaseerd op de standaarden van de NHG en samenwerkingsafspraken met cardiologen.

Mevr. P.C. heeft twijfels over de juistheid van de behandeling van haar moeder en vraagt in te gaan op de volgende vragen:

1. Is het medicatiebeleid van de huisartsen naar behoren geweest?
  2. Is het stopzetten van Captopril/Perindopril terecht bij de diagnose hartfalen? Waarom zijn er geen alternatieven voorgelegd. Mevrouw had een nierfunctiewaarde van 44%.
  3. Is de huisartsen te verwijten dat zij de medicatie voor hartfalen hebben stopgezet zonder dat er een echocardiografie beschikbaar was? Is het staken van de medicatie goed onderbouwd?
  4. Is het voorschrijven van Nifedipine zonder verdere medicatie voor hartfalen terecht?
  5. Heeft het gebruik van Nifedipine tot verergering van het hartfalen geleid? Is de onderliggende kwaal namelijk het hartfalen hierdoor onbehandeld gebleven?
  6. Was voor de verandering in het medicatiebeleid overleg met de cardioloog nodig?
  7. Is de pijnmedicatie (Tramadol, Fentanyl, 3000 mg Paracetamol met codeïne p.d.) conform de NHG-Standaard Pijn voorgeschreven?
  8. Had pijndiagnostiek moeten plaatsvinden voordat de pijnmedicatie werd voorgeschreven?
- De eerste 6 vragen hebben te maken met de diagnose hartfalen van mevrouw L. en de laatste twee vragen met de pijnmedicatie.

Wat betreft het hartfalen moet ik voorop stellen dat hartfalen in de eerste lijn te behandelen

en te begeleiden is, mits er een duidelijke diagnose is. Normaal gesproken is er op basis van klinische gegevens wel vast te stellen dat iemand gedecompenseerd is, maar om de etiologie (en eventuele comorbiditeit) duidelijk vast te stellen is in de praktijk meestal een echocardiogram onontbeerlijk. Voor de farmacologische behandeling is het essentieel onderscheid te maken tussen systolisch en diastolisch hartfalen (in het laatste geval is de prognose veel slechter en zijn de behandelingsopties beperkt, sterker nog: de NGH standaard Hartfalen stelt dat van geen enkele behandeling tot op heden overtuigend is aangetoond dat deze de morbiditeit en mortaliteit bij patiënten met diastolisch hartfalen vermindert). Bij mevrouw L. is er kennelijk sprake van een diastolisch hartfalen. Er is één echografie bekend van 2008 waarbij gesproken wordt over een goede systolische functie. In 2015 is een poliklinische echocardiogram aangevraagd die uiteindelijk niet is uitgevoerd. In de verschillende ontslagbrieven voor cardiologische opnames is sinds 2008 nooit een echocardiogram verricht.

Mogelijk is er in de loop van de tijd door specialisten en huisarts vanuit gegaan dat er een gemengde systolisch- en diastolisch hartfalen ontstaan is. Het medicamenteus beleid is naar mijn idee in dat licht beter te begrijpen.

In de eerste lijn is het aan te bevelen om frequente controles te doen en beleidsveranderingen te evalueren. Indien verslechtering optreedt die niet reageert op aanpassing van het beleid, is het altijd aan te bevelen een cardioloog mee te laten kijken.

Wat betreft de pijnklachten met name van de knie, mogelijk gebaseerd op degeneratieve afwijkingen, en bovendien lastig te interpreteren wegens de vasculaire dementie met angstige reacties van de patiënte, geldt eigenlijk ook dat een goede diagnose onontbeerlijk is.

Bovendien heeft een lokale behandeling bij iemand met deze uitgebreide voorgeschiedenis de voorkeur.

Om terug te komen op de vragen, probeer ik, als gezegd vanuit de huisartsenoptiek, te reageren.

**1.** Is het medicatiebeleid van de huisartsen naar behoren geweest?

**2.** Is het stopzetten van Captopril/Perindopril terecht bij de diagnose hartfalen? Waarom zijn er geen alternatieven voorgelegd. Mevrouw had een nierfunctiewaarde van 44%.

Ik begrijp dat de ACE-remmers gestopt zijn ivm duizeligheidsklachten. Indien er sprake is van een hartfalen met systolische component is dat misschien te makkelijk gestopt. De patiënt heeft teveel andere mogelijke oorzaken voor 'duizeligheid'. Duizeligheid is één van de lastigste diagnoses in de huisartsenpraktijk zeker bij patiënten met veel problematiek en verdient een zorgvuldige diagnostiek en evaluatie van de klinische situatie. Het is wel belangrijk om actief te reageren in verband met valrisico. Indien er bewust beleid is gevoerd bij diastolisch hartfalen (wat ik niet uit het EMD kan halen) dan heeft het wel of niet behandelen van ACE-remmers voor zover bekend geen invloed op het verloop, tenzij het gebruikt is als antihypertensivum.

**3.** Is de huisartsen te verwijten dat zij de medicatie voor hartfalen hebben stopgezet zonder

dat er een echocardiografie beschikbaar was? Is het staken van de medicatie goed onderbouwd?

Persoonlijk zou ik zeker een echocardiogram of een cardiologisch consult met duidelijke vraagstelling hebben aangevraagd. Het eigenaardige is dat mevrouw L. meerdere keren opgenomen is geweest op de afdeling cardiologie, de afdeling interne en op de spoedeisende dienst. In alle gevallen is de echografie achterwege gebleven. Dat is op zijn minst merkwaardig, zeker ook omdat er in 2014 de nieuwe diagnose atriumfibrilleren is vastgesteld.

Men moet zich realiseren dat een huisarts bij verwijzing er vanuit moet gaan dat alles conform is gedaan. Het is onmogelijk om als huisarts elke ontslagbrief door te pluizen om te kijken of alle protocollen wel goed uitgevoerd zijn. Het is wel onze taak bij onduidelijkheid of beleidsveranderingen die kritisch kunnen zijn de specialist te raadplegen.

**4. Is het voorschrijven van Nifedipine zonder verdere medicatie voor hartfalen terecht?**

Het is duidelijk dat nifedipine bij hartfalen met een systolische component niet voldoende is. Bij diastolisch hartfalen als antihypertensivum kan het gebruikt worden, al is combinatie met diuretica en medicatie om de hartfrequentie te reguleren gebruikelijk.

**5. Heeft het gebruik van Nifedipine tot verergering van het hartfalen geleid? Is de onderliggende kwaal namelijk het hartfalen hierdoor onbehandeld gebleven?**

- Dat is niet te zeggen. In het geval van systolisch hartfalen is misschien eerder het ontbreken van andere medicatie als een ACE-remmer een factor tot verslechtering geweest.

**6. Was voor de verandering in het medicatiebeleid overleg met de cardioloog nodig?**

In onze praktijk hebben we zeer korte lijnen met de cardiologen en zou ik zeker overlegd hebben.

**7. Is de pijnmedicatie (Tramadol, Fentanyl, 3000 mg Paracetamol met codeïne p.d.) conform de NHG-Standaard Pijn voorgeschreven?**

Uit de beschikbare gegevens kan ik geen diagnose of goede diagnostiek van de gewrichtsklachten vinden. Dat is soms ook erg lastig bij geriatrische patiënten. De keuzes voor de pijnmedicatie is in grote lijnen conform de standaard, ook het niet voorschrijven van NSAID's in dit geval. Echter, de lokale behandeling van de pijn is niet overwogen en dat verdient absoluut de voorkeur bij dit soort patiënten. De keuze voor morfinomimetica bij een patiënt met deze comorbiditeit en bovendien cognitieve dysfunctie moet gebaseerd zijn op een zeer hoge pijnscore.

**8. Had pijndiagnostiek moeten plaatsvinden voordat de pijnmedicatie werd voorgeschreven?**

Diagnostiek zoals gezegd is lastig, maar gezien de keuzes in het stappen plan zeker aan te raden. Indien de huisarts zelf geen infiltraties doet, is een verwijzing met deze vraagstelling

naar een collega zeker aan te bevelen.

M.  
huisarts