

Betreft zaak
Internistische expertise
Haarlem 13-9-2020

Geachte H. V., medisch adviseur
geachte medisch adviseur Medirisk,

Op juli 2020 sprak ik mevrouw M.C. en dhr L.P, dochter en schoonzoon van wijlen Mw. H. L. (geb.).

Tevens sprak ik , telefonisch, zoals met u overeengekomen, collega Y. S.
Hiervan volgt in het 2 e deel een verslag.
Er zijn ook antwoorden op de door de familie gestelde vragen in het verslag opgenomen.

Daarna zal ik uw 6 gestelde vragen beantwoorden. De vragen betreffen de opnames in het Bronovo ziekenhuis. De voorafgaande episode laat ik niet geheel buiten beschouwing maar maakt strikt genomen geen deel uit van het expertise verslag, en dient als toelichting.

Dochter en schoonzoon hebben een uitgebreid verslag gegeven van de medische historie van hun (schoon)moeder. Zij hebben tevens hun vragen en twijfels over de gemaakte keuzes met me gedeeld.

Gesprek mevrouw M.C en dhr L.P juli 2020

Patiënte was al zeer lange tijd bekend met hypertensie, welke medicamenteus behandeld werd met meerder medicamenten. Dit ging lange tijd naar wens. (ACE remming , Calciumantagonist , b Blokkeren een plaatjes aggregatie remmer, waarbij de laatste naar ik op kan maken, na het CVA gestart is als secundaire vasculaire profylaxe)

Ze maakte ongeveer 15 jaar geleden een CVA door waarna ze cognitief schade hield, fysiek herstelde ze goed. Haar cognitieve situatie verslechterde langzaam. Toen haar mobiliteit minder werd (2010) is ze naar een verzorgingshuis verhuisd. Rond haar 60 e is Atriumfibrilleren vastgesteld bij een Sick Sinus Syndroom waar ze een pacemaker voor kreeg. Ze was onder controle bij een cardioloog. Na pensionering van deze cardioloog was de regie over het medicamenteuze beleid onduidelijk en zijn er meerdere middelen gestaakt. Het onderlinge overleg tussen de huisarts en de cardioloog wordt door de familie als insufficiënt ervaren.

In 2014 volgt er een opname in het Reinier de Graaf ziekenhuis met een luchtweginfectie/pneumonie.

On the 1st of the month...

The following...

...

...

...

...

In 2015 is ze meerdere malen opgenomen geweest met kortademigheidsklachten. Tijdens 1 van deze opnames is Amiodarone gestart., en er zijn wijzigingen in het diuretisch beleid geweest.

In juli is ze bij de opvolgend cardioloog geweest. Een echo cor werd gepland poliklinisch, dit was op het moment van de laatste opname nog niet uitgevoerd.

In deze periode nam de verzorgingsbehoefte toe en had ze toenemend pijnklachten in de knieën. Hiervoor is pijnstillende medicatie gegeven, waaronder tramadol .

Ze werd in deze periode (juli/augustus 2015) toenemend somnolent, was bedlegerig, en heeft ze decubituswonden ontwikkeld.

Ze was tot mei/begin juni 2015 met de rollator nog wel op de been, en kon nog met enige moeite in de tuin komen, aldus de familie.

Op 18 september heeft mw M.C. haar moeder meegenomen naar de eerste hulp van het Bronovo ziekenhuis vanwege de pijn, de somnolentie en de progressieve achteruitgang. Tijdens deze opname is de pijnmedicatie gewijzigd, heeft ze een verblijfscatheter gekregen, zijn er adviezen ten aanzien van de decubitus gegeven en is er een gesprek geweest waarin gesproken is over de pijnbestrijding en het doel om haar zo comfortabel mogelijk te houden. Hierbij was sprake van een lastige balans tussen pijnstilling en bijwerkingen medicatie in de vorm van sufheid.

Vragen over antibiotische behandeling zijn naar haar zeggen wel gesteld maar niet beantwoord.

Mw M.C. meldt nog dat haar moeder zeer gelovig was en dat ze nooit over het levenseinde gesproken hebben met de huisarts of specialist, ook niet in het verzorgingshuis.

Patiënte is teruggeplaatst naar het verzorgingshuis en 1 oktober in een zeer slechte conditie weer opgenomen. Spreekster geeft aan dat ze toen op de SEH in het Bronovo ziekenhuis heel goed zijn opgevangen en dat toen alles wat nodig was ook gedaan is. Overlijden was op dat moment onvermijdelijk. Het gesprek wat toen geweest is over de allerlaatste fase is goed verlopen.

Het Gesprek met collega S. heeft telefonisch plaatsgevonden.

Collega S. geeft aan dat bij de eerste opname in het Bronovo ziekenhuis een kwetsbare patiënte gezien werd met een uitgebreide cardiovasculaire voorgeschiedenis, en preëxistente cognitieve achteruitgang, waarbij bedlegerigheid tot decubitus geleid had. Tevens was er sprake van sufheid, deels onder invloed van pijnmedicatie bij een al langer bestaand proces van de cognitieve achteruitgang.

Er is onderzoek gedaan gericht op behandelbare aandoeningen die die een rol konden spelen bij de verslechtering.

Er is beeldvormend onderzoek gedaan (CT Cerebrum/X thorax) en labonderzoek inclusief kweken van urine en bloed. Verder is er een ouderengeneeskundige, een neuroloog en een wondverpleegkundige geconsulteerd.

Er bleken geen behandelbare zaken aan de orde waren behoudens saneren van de pijnmedicatie.

Medisch gezien ging het om einde levensfase problematiek, waarbij passende begeleiding gewenst was.

Er is overleg geweest met het huis waar patiënte vandaan kwam om te overleggen of deze begeleiding, gepaard gaande met een aanzienlijke zorgzwaarte geleverd kon worden. Dit is bevestigd, en ook als zodanig gedocumenteerd in de verslaglegging.

De beleving van dit gesprek is bij collega S. duidelijk anders dan de beleving van de familie. Met name de interpretatie van het woord "palliatief" heeft later in de communicatie voor onduidelijkheid gezorgd. De familie had de indruk dat er helemaal geen behandeling meer gegeven zou worden, terwijl zij twijfelen of er nog mogelijkheden waren voor uitgebreidere behandeling, met name antibiotische behandeling.

Er is in de statusvoering een code B genotuleerd, wat in het Bronovo ziekenhuis betekent dat alle zorg die nodig is gegeven wordt maar dat er geen "escalerend beleid" is. Wat inhoudt dat het op medische gronden niet verantwoord is de patiënt naar de ICU te verplaatsen voor invasieve behandeling, omdat dit in haar conditie onnodig lijden met zich mee zou brengen zonder kans op herstel. Dit beleid is in de vorm van een "niet reanimeren" beleid op de SEH met de familie besproken en vastgelegd in de status.

Met de familie is op 23-9-2015 besproken dat de behandeling op comfort en pijnbestrijding gericht was wat ook vastgelegd is in de statusvoering. Er is een pijnbeleid afgesproken, passend bij de achteruitgang van de patiënte. Ook dit is in de statusvoering vastgelegd bij het gesprek met de familie.

Vragen van de familie die zijn blijven liggen

1. Is in het voortraject wel de juiste diagnostiek gedaan en is patiënte wel optimaal behandeld geweest? (medicatie/dieet/andere opties)
2. Heeft de internist bij de opname 18-9-2015 na een tel gesprek met de huisarts niet te makkelijk het idee van "niet actief behandelen maar palliatie " overgenomen?
3. Gesprek met collega S. en J. ging naar hun idee niet over palliatie, maar over pijnbestrijding en comfortabel houden,
4. Ze missen een gesprek over de behandelopties, en hierbij ook gedegen diagnostiek. (echo cor)
5. Het is voor hen niet duidelijk wat de behandelend internist bij de opname van 18-9-2015 voor de patiënt gedaan heeft, behalve de pijn medicatie gewijzigd.

Antwoorden gedestilleerd uit de stukken en het gesprek met collega S:

1. Het voorgaande traject tav de zorg voor patiënte met de langer bestaande hypertensie zijn nu geen onderwerp van de expertise.

1. The purpose of this document is to provide a comprehensive overview of the current state of the project and to identify the key challenges that must be addressed in order to ensure its successful completion.

2. The project has made significant progress since its inception, with several key milestones having been achieved. However, there are a number of areas where the project is currently lagging, and these must be addressed as a matter of priority.

3. Key Challenges and Recommendations

4. The primary challenge facing the project is the lack of sufficient resources, particularly in the areas of personnel and budget. It is recommended that the project manager should immediately seek to secure additional funding and personnel to ensure that the project can meet its deadlines.

5. In addition, there is a need to improve communication and coordination between the various teams involved in the project. Regular meetings and clear lines of communication are essential to ensure that everyone is working towards the same goals.

Laat wel gezegd zijn dat de communicatie rondom staken en hervatten van de antihypertensiva en de diuretica niet helder zijn geweest in deze fase. Dit staat buiten de behandelperiode van collega S.

2. In het gesprek met collega S. komt naar voren dat er zorgvuldig onderzoek verricht is naar evt behandelbare oorzaken die de situatie van patiënte verslechterden. Op dat moment was er geen indicatie voor bijvoorbeeld een echo van het hart omdat er geen kliniek was van decompensatio cordis. Ook de beeldvorming paste daar niet bij. Om verdere informatie in te winnen is er contact geweest met de huisarts. Er is geen besluitvorming veranderd na dit contact.
3. De interpretatie van het woord palliatie is bij de familie anders geweest dan bij de artsen, terwijl in het gesprek duidelijk beide partijen het eens waren met de eindconclusie dat de nadruk op passende en adequate pijnbestrijding moest komen te liggen waarbij patiënte niet zou lijden.
4. Het missen van een gesprek over behandelopties ligt mijns inziens qua timing vóór de laatste 2 opnames. Het was voor de familie verhelderend geweest als de artsen waar patiënte toen onder controle was (cardioloog en huisarts) duidelijke gesprekken hadden gevoerd over de situatie en uitgesproken hadden wat de verwachtingen waren tav het ziektebeloop. Een oudere patiënte met decubitus is per definitie een zeer fragiele kwetsbare patiënte, waarbij al eerder het gesprek gevoerd had moeten worden wat de behandelmogelijkheden waren, waarin dan ook de wensen van de familie en patiënte aan bod hadden kunnen komen.

In het gesprek van de familie met collega S. en J. is aan de orde geweest wat op dát moment de beste keuzes waren. In deze fase zou ander of meer onderzoek het beleid niet gewijzigd hebben.

T.a.v. Antibiotica: er waren bij de eerste opname geen koorts of systemische ziekte verschijnselen die pasten bij een gegeneraliseerde infectie. De kweken bleven negatief. De decubitus wonden an sich zijn geen reden om met antibiotica te starten.

5. Het is inderdaad zo dat er na onderzoek geen behandelingen gestart zijn. Dit is eerder al toegelicht. Er was op dat moment geen andere passende behandeling dan optimaal bestrijden van de pijn. Als er bloed of urine kweken positief geworden waren zou antibiotische behandeling geïndiceerd zijn geweest.

Beantwoording van uw vraag of er sprake is van onzorgvuldig handelen:

The first step in the process of diagnosis is to obtain a detailed history of the patient's illness. This should include information about the onset, duration, and progression of the symptoms, as well as any factors that may have contributed to the development of the disease.

It is important to note that the patient's medical history, including any previous illnesses and treatments, should be reviewed. This information can provide valuable insights into the current condition and help to identify any underlying causes.

The next step in the diagnostic process is to perform a physical examination. This involves a thorough assessment of the patient's vital signs, including blood pressure, heart rate, and respiratory rate. The physician should also examine the patient's eyes, ears, nose, and throat, as well as the chest, abdomen, and extremities.

In addition to the physical examination, the physician may order various laboratory tests to help identify the cause of the patient's symptoms. These tests may include blood and urine tests, as well as imaging studies such as X-rays or CT scans.

The results of these tests, along with the patient's history and physical examination findings, will be used to formulate a differential diagnosis. This is a list of possible conditions that could be causing the patient's symptoms, ranked in order of likelihood.

Once a differential diagnosis has been established, the physician will proceed to perform further diagnostic tests as needed. These tests may include more specialized laboratory tests, imaging studies, or even a biopsy to obtain a definitive diagnosis.

The final step in the diagnostic process is to discuss the results of the tests with the patient and to develop a treatment plan. This plan should be tailored to the patient's specific condition and should take into account any potential risks and benefits of the proposed treatment.

1. Patiënte werd 18-9-2015 opgenomen met een beeld van somnolentie, en verhoogde infectie parameters zonder het klinisch beeld van een sepsis. Er is onderzoek gedaan naar een focus voor de koorts, met name gericht op het zoeken naar behandelbare foci, zoals een luchtweginfectie, een urineweginfectie, en er zijn bloedkweken gedaan. Dit is zorgvuldig aangepakt. Er is op dat moment gekozen voor afzien van antibiotica. Medisch gezien is de keuze goed te verdedigen omdat patiënte geen klinische verschijnselen had van een systemische infectie of sepsis. Aan de andere kant zou je bij een somnolente, mogelijk delirante patiënte met koorts de drempel om empirisch met antibiotica te starten laag kunnen leggen. Het directe verdere koorts en ziektebeloop bepaalt of het besluit over wel of niet starten met antibiotica herzien moet worden. Uit de status blijkt dat patiënte niet instabiel werd, iets minder suf was, en geen koorts ontwikkelde. Een reden om het ingezette beleid te wijzigen was er niet.

De communicatie hierover met de familie was niet voldoende, en staat ook niet als zodanig gedocumenteerd.

De infectie parameters zijn geduid als passend bij decubitus, de wonden zijn door de wondverpleegkundige beoordeeld. Er is een verslag van de decubitus verpleegkundige. Hieruit is een zeer gedetailleerd advies te lezen, wat meegegaan is naar het verzorgingshuis. Gezien het beschreven aspect van de wonden (Meerdere oppervlakkige huiddefecten zonder infectieverschijnselen met intacte wondranden) is het ingezette wondadvies adequaat.

De afgenomen kweken bij deze eerste opname lieten ook later geen groei zien, wat ondersteund dat antibiotica waarschijnlijk geen verbetering van het beeld gegeven zou hebben op dat moment. Voor lokale antibiotica op de decubitus wonden is geen plaats. (richtlijn decubitus 2011)

Bij deze opname waren er bij klinisch onderzoek en beeldvorming geen aanwijzingen voor decompensatio cordis, derhalve was er geen reden om een behandeling in die richting te starten, of in deze fase een echo van het hart te laten maken.

Al met al is hier geen sprake van onzorgvuldig handelen. Er is adhv klinische beoordeling en aanvullend onderzoek en beoordeling door andere deskundigen voor een beleid gekozen wat op dat moment passend was.

Er komen veel patiënten met een dergelijk beeld in de ziekenhuizen, waarbij met name de begeleiding van de pijn en het managen van deze moeilijke fase voorop staat. Dit is naar behoren gedaan zoals van een bekwaam en redelijk handelend vakgenoot verwacht mag worden.

Ik ben niet geïnformeerd over de communicatie met patiënte en familie in de voorfase met de huisarts en de controlerend cardioloog.

De communicatie met de familie tijdens de opname is er zeker geweest en ook vastgelegd. De inhoud van dit gesprek is duidelijk genotuleerd, en het doel van de behandeling afgestemd.

Dit gesprek is in goede harmonie verlopen wat ook vermeld staat in de status.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DIVISION OF THE PHYSICAL SCIENCES
DEPARTMENT OF CHEMISTRY

RESEARCH REPORT
NO. 1000

BY
J. H. GOLDSTEIN

DEPARTMENT OF CHEMISTRY
UNIVERSITY OF CHICAGO

CHICAGO, ILLINOIS
1955

THIS REPORT IS THE PROPERTY OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO
AND IS LOANED TO YOU BY THE LIBRARY OF THE DIVISION OF THE PHYSICAL SCIENCES
IT IS NOT TO BE REPRODUCED OR TRANSMITTED IN ANY FORM OR BY ANY MEANS
ELECTRONIC OR MECHANICAL, INCLUDING PHOTOCOPYING, RECORDING, OR BY ANY INFORMATION STORAGE AND RETRIEVAL SYSTEM

UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS
54 EAST LAKE STREET
CHICAGO, ILLINOIS 60607

Toch was dit voor de familie onvoldoende en zijn er vragen blijven bestaan, wat begrijpelijkerwijs ook vragen kunnen zijn die later ontstaan zijn.
De interpretatie van het beleid (palliatie/pijnbestrijding) heeft voor verwarring gezorgd.
Collega S. geeft aan dat hij zich dit niet voldoende gerealiseerd heeft.

Dit kan ik niet als onzorgvuldig handelen bestempelen.

Literatuur:

Richtlijn decubitus : Er is gehandeld conform de richtlijn decubitus waarbij zeer terughoudendheid met antibiotica wordt aanbevolen. Alleen bij systemisch ziek zijn en/of positieve bloedkweken zijn antibiotica geïndiceerd. Dit was bij patiënte bij de eerste opname niet aan de orde. Bij de tweede opname waren er tekenen van systemische infectie, waar de oorzaak niet per definitie de wonden waren, en is er met adequate antibioticadekking gestart

Bij roodheid wondranden of necrose is chirurgische débridement geïndiceerd. De wonden van patiënte zijn door een deskundige wondverpleegkundige beoordeeld op bovenstaande criteria, waarna passend wondadvies gegeven is. Voorts moet de behandeling gericht zijn op herstel van de mobiliteit, wat in het geval van patiënte niet binnen de mogelijkheden lag.

Bij beide opnames is volgens de richtlijn goed gehandeld.

Richtlijn bespreken behandelwens,

Het KNMG heeft een handreiking voor artsen mbt tijdig praten over het levenseinde.

De Rapportage van de Stuurgroep aangaande Passende zorg in de laatste levensfase (NIVEL/VUMC/EMGO)

In beide stukken komen de volgende zaken aan de orde:
• Er dient tijdig met familie en patiënt gesproken te worden over het levenseinde.

- Zeker niet vlak voor het naderende levenseinde
- Dat dit bij voorkeur aangegeven wordt door de familie of de patiënt zelf. Bij achterblijven van deze vraag door de arts, zeker als de kwaliteit van leven in het geding komt.
- Het gaat niet om een eenmalig gesprek
- Aan de orde dienen bijv zaken als pijn en grenzen aan de pijn, en cognitie aan de orde te komen
- Geestelijke steun kan een belangrijk punt van gesprek zijn
- Artsen kunnen een grove prognose aangeven en een inschatting aangeven van het verloop van de ziekte

- Verschillende scenario's kunnen besproken waarbij ook verwachtingsmanagement aan behandelmogelijkheden een issue is.
- Coördinatie van zorgverleners is in deze fase van wezenlijk belang, en de regie met duidelijk bij 1 behandelaar liggen.
- Er moet goed vastgelegd zijn wat er besproken is.

Het zal duidelijk zijn dat dit allemaal in het voortraject plaats had moeten vinden, en niet in de laatste fase waar de expertise over gaat.

In de verslaglegging van het ziekenhuis wordt niet heel expliciet vermeldt wat de geschatte prognose is. Er wordt wel duidelijk gemaakt dat de essentie voor patiënte nu adequate pijnstilling is passend bij de levensfase.

Antibiotica behandeling SWAB

De richtlijnen voor antibiotica behandeling geven aan dat er zo mogelijk gericht antibiotica gegeven dient te worden, liefst op basis van aangetoonde verwekkers en gevoeligheid. Alleen in geval van hemodynamische instabiliteit en acuut ernstig ziek zijn empirisch.



Internist Spaarnegasthuis Haarlem

Factuur

13-9-2020, Haarlem

Expertise zaak nummer

13-9-2020

Voorbereiding stukken	4 uur
Gesprek familie	2 uur
Uitwerking gesprek	1 uur
Gesprek collega	1 uur
Uitwerking	1 uur
Uitwerken verslag	3 uur

Digitally signed by ...

Handwritten text at the bottom left of the page.