

Miscommunicatie bij de behandeling van een medisch gecompromitteerde patiënt

Een 42-jarige patiënt met cardiale problemen had last van parodontitis. Het probleem werd pas na 6 maanden verholpen. Gedurende die periode had de patiënt een grote kans op endocarditis door een bacteriëmie, hetgeen door geen van de mondzorgverleners was onderkend. Voor de behandeling van een patiënt met een groot risico op een endocarditis dienen de richtlijnen van de Nederlandse Hartstichting als leidraad. Afwijken van de richtlijn mag alleen als daarvoor juiste argumenten zijn. Vindt de behandeling binnen een team plaats dan is er niet alleen sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid, maar ook van een gezamenlijke aansprakelijkheid. Adequate communicatie en dossiervoering zijn bij medisch gecompromitteerde patiënten essentieel.

Brands WG, Abraham-Inpijn L. Miscommunicatie bij de behandeling van een medisch gecompromitteerde patiënt

Ned Tijdschr Tandheelkd 2011; 118: 613-616

doi: 10.5177/ntvt.2011.12.11111

Gegeven

Een huisarts zond een brief naar een hoogleraar van een opleiding tandheelkunde in Nederland voor advies (afb. 1). In zijn brief beschreef de huisarts een casus van een 42-jarige patiënt met cardiale problemen die van februari tot en met half augustus 2010 last had van lokale parodontitis mogelijk met abcesvorming, terwijl er gedurende deze periode 3 tandartsen en een mondhygiënist bij de behandeling waren betrokken. Het relaas begon op 4 februari met een noodreparatie aan een molaar waarvan de restauratie was afgebroken. De huistandarts zag de patiënt op 1 maart met klachten over een slechte restauratie en parodontitisklachten aan het belendende gebitselement. De tandarts herstelde de restauratie van het eerstgenoemde gebitselement, maar stelde vast dat de parodontitisklachten van het tweede gebitselement niet het gevolg waren van een slechte restauratie. De patiënt werd geadviseerd 'goed te poetsen en te ragen'.

Vervolgens consulteerde de patiënt zijn huisarts voor een niet-tandheelkundig probleem, waarbij hij tevens meldde dat hij voor zijn parodontitisklachten niet op korte termijn bij de tandarts terug kon komen. Bij inspectie vond de huisarts een ontstoken parodontium en adviseerde goed te poetsen en te ragen. Tevens schreef hij Augmentin® (amoxicilline met clavulaanzuur tegen bacteriën die resistent zijn tegen amoxicilline door de vorming van clavulaanzuur gevoelige β -lactamasen) voor: 625 mg 3 maal daags gedurende de minstens 1 week na het afnemen van een kweek. Tevens verwees de huisarts de patiënt, na afloop van de antibiotische kuur, terug naar de tandarts. Deze verving de restauratie in het desbetreffende gebitselement, maar de parodontitisklachten persisteerden. Op 13 april werd de patiënt doorverwezen naar een mondhygiënist, die vaststelde dat de

restauratie subgingivaal doorliep en dat een bobbel op de gingiva aanwezig was. De tandarts herstelde de restauratie, waarna echter de gingiva nog steeds problemen gaf en er door de tandarts een pocket werd waargenomen. Er werd echter geen behandeling ingezet. Door een andere tandarts werd op 22 juli vastgesteld dat het ging om parodontitis en deze werd behandeld op 29 juli door middel van scalen en rootplanen. Als antibioticumprofylaxe werden 6 amoxicillinepillen van 500 μ g 3 uur van tevoren ingenomen. De wond werd gehecht. Vanwege de vakantie van de patiënt konden de hechtingen niet na 1 week worden verwijderd, maar het kon volgens de tandarts geen kwaad dat pas na 2 weken te doen. De patiënt kreeg echter op zijn vakantieadres zo'n pijn dat hij een afdeling spoedeisende hulp bezocht waar de hechtingen werden verwijderd. Na 1 dag recidief van de pijn bleef het rustig in de mond.

Aan de behandeldend cardioloog, die hierna door de patiënt werd bezocht, werd bovenstaande geschiedenis verteld. Deze schrok hiervan en merkte op dat het "helemaal fout had kunnen aflopen".

Beschouwing

Bijgaande casus laat zien dat het beroepsmatige leven van een tandarts in meer dan 1 opzicht ingewikkelder wordt. Mensen overlijden minder snel aan aandoeningen die vroeger vrijwel zeker tot de dood leidden. Daardoor is de levensverwachting van de huidige bevolking toegenomen. Dit leidt ertoe dat een tandarts steeds vaker wordt geconfronteerd met medisch gecompromitteerde patiënten. De patiënt in deze casus is hiervan een voorbeeld. Hij behoorde tot de door de Nederlandse Hartstichting gedefinieerde 'hoog-risico-patiëntengroep' voor het krijgen van een endocarditis bij een bacteriëmie (tab. 1) (Endocarditis profylaxe commissie, 2008). Daarnaast is de mondzorgverlening ingewikkelder

Profylaxe alléén geïndiceerd bij:

1. Eerder doorgemaakte endocarditis
2. Hartklep prothese (inclusief bioprothese, allegraft en conduit)
3. Bepaalde aangeboren hartafwijkingen:
 - Onbehandelde cyanotische afwijkingen
 - Met shunt/conduits behandelde cyanotische hartafwijkingen
 - 6 maanden na volledige correctie als prothesemateriaal is gebruikt
 - Restafwijking bij patch of device die endothelialisatie belemmert

Tabel 1. Richtlijn endocarditis profylaxe (Endocarditis profylaxe commissie, 2008).

Geachte Collega,

Gaarne wil ik U aandacht vragen voor de volgende casus.

En 42-jarige patiënt van mij, die in 1972 een operatie had ondergaan voor het sluiten van een ventrikel-septumdefect en het opheffen van een infundibulaire pulmonaalstenose, vervolgens in 2005 een aortaklephersinsertie met een aortawortelvervangings volgens David onderging in het X, ontwikkelde recentelijk een tandheelkundig probleem. Dit probleem heeft gespeeld sedert februari (!) 2010.

Op 4 februari noodreparatie aan de probleemkies, was een vulling afgebroken. Was bij tandarts geweest - 1 maart - omdat er een vulling niet goed was. Die is hersteld en de belendende kies was - in de week van 1 maart - met parodontitis klachten - ook niet goed en kreeg toen hiervan last. Hierbij last van het tandvlees maar als de vulling was hersteld, dan 'zou het tandvlees wel overgaan'. Tandarts maakte een foto op dit consult en zei dat het alleen maar aan het tandvlees lag en patiënt moest gaan poetsen en ragen.

Patiënt kwam bij mij ter consult voor een niet-tandheelkundig probleem en meldde en passant dat hij wat vieze smaak in de mond had en bloed en dat hij bij de tandarts hiervoor niet kon terugkomen. Bij ondergetekende werd bij inspectie van het cavum oris een ontstoken parodontium gezien. Ik adviseerde goed poetsen, ragen, heb hem een breedspectrumantibioticum gegeven na afnemen van kweek gezien zijn cardiale voorgeschiedenis en op het hart gebonden niet accoord te gaan met 'geen behandeling op korte termijn' door de tandarts. Patiënt kon met die mededeling voor de andere kies - 15 maart - komen, daarna persisterde het tandvleesprobleem, 'de vulling was niet goed gezet', zo zei de tandarts.

Doorgestuurd naar de - 13 april - mondhygieniste die zei dat is niet goed, de vulling was te ver doorgelopen waardoor er een bobbel zat op het interdentale vlak. Tandarts gekeken - 13 april - en die zei "dat is slordig", opnieuw gedaan. Tandvlees gaf toen nog steeds problemen, hetgeen niet werd behandeld. Er werd gezegd er zit 'een pocket' en 'die moet behandeld worden'. Dat is toen niet gedaan.

Patiënt bleef klachten houden van het tandvlees en een andere tandarts - 22 juli 2010! - heeft de afwijking geconstateerd en later - op 29 juli - het tandvlees - want de "infectie zat al op het tandbeen" - opengemaakt en afgekrabd en daarvoor een antibioticaprofylaxe gegeven (6 Amoxicilline 500 µg 3 uur van te voren). Tandvlees ingesneden en omgeklapt en gehecht. Dat is een hechting die er na een week uitgehaald kon worden, zo werd patiënt verteld. Patiënt kon niet na een week terugkomen en waarschuwde de tandarts hiervoor, maar de hechting kon wel 2 weken blijven zitten, zo werd hem verzekerd. Na 10 dagen begon de hechting te irriteren en kon patiënt 's nachts niet slapen van de pijn. Hij kreeg veel last en naar de EHBO gegaan - 11 augustus - op vakantieadres en na verwijderen hechting acute pijnverlichting. Bij onderzoek EHBO geen aanwijzingen voor een wortelkanaalontsteking. Na een dag recidief pijn hetgeen snel afzakte en na terug te zijn gekomen van vakantie, naar de tandarts gegaan.

De tandarts zei dat komt allemaal niet door de hechtingen maar de zenuw is afgestorven en dat geeft druk want er komt een stof vrij die druk geeft en daardoor pijn in je tandvlees. "Dus die hechting heeft er niets mee te maken". Sindsdien is het rustig.

Dit relaas verteld aan de cardioloog en die schrok ervan, dit had helemaal fout kunnen aflopen, zo werd patiënt verzekerd.

Mijn idee is dat de tandarts GEEN idee heeft gehad van de medische voorgeschiedenis van de patiënt en zich mogelijk anders niet heeft gerealiseerd heeft dat hij de patiënt met een infectiefocus zo lang heeft laten doorlopen (vanaf februari tot medio augustus). Ook niet geweten heeft dat hier een ernstig probleem zich had kunnen ontwikkelen met een endocarditis en alle bacteriële embolien van dien.

T.a.v. de tandheelkundige behandeling komen bij mij ook enkele vragen naar boven, met name voor wat betreft de gehanteerde tijdslijnen. Voor wat betreft de aard van het tandheelkundig handelen, hier ontbreekt mij voldoende kennis om te oordelen.

Mijn vraag aan U is, op welke cruciale punten de zorg aan patiënt verbeterd kan worden cq. had kunnen worden. En welke lessen moeten getrokken worden voor de (algemene) patiënt met een dergelijk behandeld corvitiem?

Hoogachtend,
Y. huisarts

Afb. 1. Brief van de huisarts.

geworden omdat bij de behandeling vaak meer dan 1 hulpverlener betrokken is. De patiënt in deze casus doorliep 2 behandeltrajecten, die zich onafhankelijk van elkaar hebben voltrokken, te weten het tandheelkundig traject en de interventie van de huisarts.

De latere parodontitis en mogelijk de abcesvorming konden niet worden toegeschreven aan een algemeen verminderde afweer. Dit vooral omdat de patiënt goed gezond was en omdat het zeker was dat hij niet leed aan diabetes mellitus, een gestoorde glucosetolerantie of een andere immunosuppressie. Waarschijnlijker is dat een lokale irritatie leidde tot een ontsteking die door de lange periodes tussen de verschillende behandelingen geïnficeerd raakte. Het ontbreken van continuïteit in de behandeling, door het werken met 5 verschillende mondzorgverleners was hier mede debet aan.

Discussie

Communicatiegebrek rond deze medisch gecompromitteerde patiënt vormt de essentie van wat tot een levensbedreigende situatie had kunnen leiden. Het beeld dringt zich op dat bij de verschillende interventies in de tijd, het gebrek aan aandacht voor of kennis over het cardiale probleem van de patiënt en het ontbreken van een visie op de te volgen behandelroute, centraal staan. Het lijkt er

bovendien op dat in deze casus de patiënt onvoldoende ervan was doordrongen dat hij gevoelig was voor het krijgen van een endocarditis lenta. Waarschijnlijk had de cardioloog dit onvoldoende met hem besproken of was dit wel voldoende besproken, maar had de patiënt die informatie niet aan de tandarts gemeld. Beter was geweest de patiënt een zogeheten 'alert card' mee te geven met daarin voor zorgverleners adequate informatie ten aanzien van de gewenste profylaxe bij behandelingen die een bacteriëmie kunnen veroorzaken.

Naleving van de richtlijn

Met betrekking tot de mondzorgbehandelingen ter preventie van een endocarditis had de richtlijn van de Nederlandse Hartstichting moeten worden nageleefd. In principe geldt in het Nederlandse recht dat een richtlijn van een gezaghebbende instantie aangeeft wat in een concrete instantie van een redelijk handelende tandarts mag worden verwacht (Brands, 2007). Uitzonderingen op naleving van een richtlijn zijn mogelijk mits hier een gewichtig belang van de patiënt mee is gediend, bijvoorbeeld als de patiënt allergisch is voor de in de richtlijn gemelde medicatie. Buiten dat bestaat er voor een mondzorgverlener weinig speelruimte in een situatie waarin een richtlijn geldt en zal afwijken van de richtlijn al snel tot aansprakelijkheid leiden. Problemen ontstaan als de richtlijn onduidelijk is, zoals het geval is bij de indicaties voor de richtlijn van de Nederlandse Hartstichting (tab. 2) (Endocarditis profylaxe commissie, 2008). Indien de eerste indicatie 'Behandelingen met manipulatie van de gingiva' door een mondzorgverlener ruim wordt geïnterpreteerd, dan is antibioticoprofylaxe vrijwel bij elke behandeling geïndiceerd. Twijfel ontstaat als het om een behandeling gaat waarbij de gingiva nauwelijks wordt beroerd. In deze casus was sprake van een 2- of 3-vlaksrestauratie waarbij de gingiva werd geraakt. Antibioticoprofylaxe was in deze casus dus wel aangewezen. Uiteraard wordt op den duur vanzelf via rechterlijke uitspraken duidelijkheid over de specifieke indicaties verkregen, maar het is noch voor de patiënt noch voor de mondzorgverlener prettig bij de ontwikkeling van jurisprudentie betrokken te raken.

Gebruik van antibiotica

Ook het ingrijpen van de huisarts, door Augmentin® voor te schrijven, roept vragen op. Ten eerste was het beter geweest als de huisarts met toestemming van de patiënt zelf contact had opgenomen met de behandelende tandarts voor overleg. Ten tweede is onduidelijk waarom de afspraak met de tandarts werd gemaakt na het beëindigen van de antibioticakuur. Tijdens deze gestarte kuur was de patiënt in zeker zin beschermd geweest tijdens de behandeling, terwijl direct daarna clindamycine als profylaxe noodzakelijk was (tab. 3) (Endocarditis profylaxe commissie, 2008). Ten derde is over het blind voorschrijven van Augmentin® discussie mogelijk. Nadeel van het blind voorschrijven is dat door het niet gericht op de verwekker voorschrijven van antibiotica antibioticaresisten-

- Alle tandheelkundige/mondhygiënische behandelingen waarbij de gingiva wordt gemanipuleerd
- Alle wortelkanaalbehandelingen waarbij met het instrumentarium door het foramen apicale wordt gegaan
- Alle extracties of verwijdering wortelresten
- Alle chirurgische behandelingen in de mond:
 - a. Kaakchirurgische behandelingen, inclusief abcesincisie
 - b. Parodontale chirurgie
 - c. Chirurgische behandelingen ten behoeve van implantaten, inclusief plaatsing van botankers ten behoeve van een orthodontische behandeling

Tabel 2. Tandheelkundige indicaties voor profylaxe bij endocarditis.

<i>Algemeen bij volwassenen:</i>	Amoxicilline 3 gram, oraal 1 uur voor behandeling, liefst in dispersvorm*
<i>Bij allergie:</i>	Clindamycine 600 µg, oraal 1 uur voor de behandeling
<i>Bij penicilline 7 dagen voor ingreep:</i>	Clindamycine 600 µg, oraal 1 uur voor de behandeling

*goed naspoelen met een glas water, zodat geen resten aan de slokdarmwand kunnen blijven kleven

Tabel 3. Aanbevolen antibioticaprofylaxe in tandheelkunde (Endocarditis profylaxe commissie, 2008).

tie van bacteriën wordt gecreëerd. Ter verdediging kan worden gesteld dat in een situatie waarin directe antibiotische behandeling gerechtvaardigd lijkt, later op basis van een kweekresultaat de antibiotische behandeling kan worden verfijnd.

Er zijn 3 mogelijkheden voor het toepassen van een antibioticum: als profylaxe, als scherm en als therapie. De indicatie voor antibiotiumaprofylaxe is het voorkomen van een infectie volgend op eventueel contact met een micro-organisme, bijvoorbeeld na een chirurgische behandeling. Er wordt dan een antibioticum gegeven met een zo smal mogelijk spectrum in 1 dosis, 1 uur voor de behandeling. De indicatie voor een antibioticumscherm is het voorkomen van infecties na medische behandelingen tijdens fasen van een verminderde weerstand. Dit antibioticumscherm wordt in overleg met de behandelend medisch specialist of de huisarts 'blind' gestart gedurende een beperkt aantal dagen (Abraham-Inpijn, 2008). Tot slot is de indicatie voor een antibiotische therapie een infectie (tab. 4). In Nederland speelt het restrictieve beleid hiervoor een cruciale rol. Dit beleid heeft ertoe geleid dat in Nederland, in vergelijking met de omliggende landen een geringe frequentie van resistente bacteriën voorkomt (Lyytikäinen et al, 2004). Voorwaarden waaraan een antibiotische therapie moet voldoen, zijn:

- antibioticumtherapie dient alleen te beginnen als materiaal voor een grampreparaat of kweekmateriaal voor onderzoek is afgenomen;
- bij bekende verwekkers is het smalste antibioticum breed genoeg;

Casuïstiek

De volgende vragen worden voor behandeling gesteld :

- Is er sprake van een infectie?
- Wat zijn de verwekkers?
- Zijn de verwekkers gevoelig voor antibiotica?
- Wat is het optimale antibioticum, de optimale dosering, toedieningsvorm en -duur?
- Is de behandeling noodzakelijk?
- Wat is het effectieve doel?

Tabel 4. Mondzorgverleners wordt geadviseerd alvorens te besluiten een antibioticum voor te schrijven deze vragen te stellen.

- Ter voorkoming van verspreiding van lokale infecties.
- Orofaciale infecties primair draineren
- Geen antibiotica bij dentale infecties behalve bij dreigende cellulitis
- Alleen uiterst selectief bij parodontitis en alleen na kweek
- Voldoend hoge doses en kortdurend
- Starten met een oplaaddosis

Tabel 5. Indicaties voor antibioticumbehandeling in de tandheelkunde.

- niet meer dan 2 antibiotica tegelijk zonder overleg met een bacterioloog;
- de duur van de kuur is 5 tot maximaal 10 dagen;
- na 48 uur moet de werkzaamheid duidelijk zijn (Lyytikäinen et al, 2004).

Therapeutisch gezien zijn antibiotica geïndiceerd bij orofaciale infecties zonder een duidelijk geconcentreerde abcesvorming in de weke delen of met systemische verschijnselen en alleen als ondersteuning van lokale maatregelen. Met bovenstaande als achtergrond zijn richtlijnen opgesteld voor een rationeel gebruik van antibiotica (tab. 5) (American Dental Association/American Academy for Orthopaedic Surgeons, 2003; Abraham-Inpijn, 2008). Deze richtlijnen zijn een indirect pleidooi voor het gebruik van de bactericide chloorhexidineoplossing van 0,12%, waarvoor geen resistentie optreedt (Sreenivasan en Gaffar, 2002; Menendez et al, 2005). De toepassing in deze casus lijkt een therapeutisch doel te dienen, gezien de geplande behandeling aan het einde van de antibiotische kuur.

Bij vragen met betrekking tot antibioticagebruik is de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid bereid ook over individuele gevallen te adviseren. Een andere instantie die met betrekking tot het infectie- en antibioticumbeleid adviseert, is de werkgroep Infectie Preventie (www.medisch-nieuws.nl of via www.mednet.nl).

Ethisch-juridische aspecten

Naar aanleiding van deze casus is het aan te raden dat een zorgverlener die wordt geconfronteerd met complicaties naar aanleiding van een behandeling door een andere zorgverlener, contact opneemt met die collega (zie gedragsregel 15 van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde). Betreft het contact met een zorgverlener die niet bij de behandeling is betrokken, dan dient volgens art. 7:457 van het Burgerlijk Wetboek

eerst toestemming van de patiënt te worden verkregen.

Communicatieproblemen kunnen in de hand worden gewerkt door de vorm waarin de zorgverlening is georganiseerd. Aangezien tandartsen steeds meer in grote teams en in deeltijd werken, is voor de patiënt, zoals in deze casus, de kans groot met verschillende tandartsen te worden geconfronteerd. Over het algemeen vindt tussen deze verschillende tandartsen geen patiëntoverdracht plaats zoals dit in een ziekenhuis tussen artsen wel gebeurt. Daarom is, zeker bij een medisch gecompromitteerde patiënt, een goed patiëntdossier onontbeerlijk. Uiteraard mag daarin een goede medische anamnese niet ontbreken. In een teampraktijk is het dan ook aan te raden eens na te gaan of de patiëntdossiers niet alleen voor de behandelende tandarts, maar ook voor zijn collega's begrijpelijk en volledig zijn.

Een tweede ethisch-juridisch probleem is de hulpverleningsplicht. In de besproken casus lijken de betrokken tandartsen niet al te veel haast te maken met het oplossen van potentieel problematische focale haarden. Dit zou kunnen liggen aan de organisatie van het centrum waarin zij werken. Daarnaast bleek uit het relaas van de patiënt dat de tweede tandarts zich beperkte tot het beoordelen van het werk van zijn voorganger en er pas 1 maand later door de derde tandarts een poging tot herstel werd uitgevoerd. Overigens pas nadat eerst over het werk van een collega was gemeld dat "het slordig is". Hierdoor straalt de slechte kwaliteit van een behandeling door 1 tandarts af op het hele centrum. Het is dan ook aan te raden binnen een groepspraktijk de mondzorgverleners te laten beseffen dat ze niet alleen verantwoordelijk zijn voor hun eigen werk, maar ook voor het werk van een teamgenoot. Dezelfde redenering geldt voor de aansprakelijkheid. Immers, de kans is betrekkelijk groot dat het centrum al dan niet naast de individuele tandarts aansprakelijk is. Feitelijk bezorgt de tweede tandarts in deze casus zijn eigen centrum dus een dubbele aansprakelijkheid. Hij richt de schijnwerper op fouten van een collega. En omdat hij die fouten niet corrigeert, laat hij bij een medisch gecompromitteerde patiënt een infectie te lang onbehandeld.

Tot slot

Via de media wordt regelmatig door de regering en de zorgverzekeraars gemeld dat de Nederlandse gezondheidszorg zeer goed, maar ook bovenmatig kostbaar is. Uit de besproken casus blijkt dat met simpele en niet kostbare middelen de zorg aanzienlijk beter kan, mits alle zorgverleners bereid zijn te communiceren en de richtlijnen voor preventie en therapie tot zich te nemen en toe te passen.

Leermoment

Adequate communicatie van en tussen zorgverleners die bij een patiënt zijn betrokken, is soms van levensbelang. Men dient wel voorzichtig om te gaan met door patiënten verstrekte informatie over andere zorgverleners. Binnen een mondzorgteam of door de hele professie moet meer rekening worden gehouden met gezamenlijke verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid.

Casuïstiek

lijke. Daarnaast is voorlichting aan de patiënt in begrijpelijke bewoordingen, mondeling en liefst ook schriftelijk, over zijn medische conditie van groot belang. Tevens dienen mondzorgverleners richtlijnen zoals die van de Nederlandse Hartstichting en de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid te kennen en na te volgen. Afwijken van een richtlijn dient verantwoord te gebeuren en te worden vermeld in het patiëntdossier. Nascholing, eventueel in het kader van een mogelijke herregistratie is onontbeerlijk.

Literatuur

- * Abraham-Inpijn L. Antimicrobiële middelen en tandheelkundige behandeling. In: Baat C de, Aps JKM, Brands WG, et al (red). Het tandheelkundig jaar 2008. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- * American Dental Association/American Academy of orthopaedic Surgeons. Antibiotic prophylaxis for dental patients with total joint replacements. J Am Dent Assoc 2003; 134:895-899.
- * Brands WG. Juridische aspecten van zelfregulatie in de tandheelkunde. In: Baat C de, Aps JKM, Brands WG, et al (red.). Het tandheelkundig jaar 2006. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2007.
- * Endocarditis profylaxe commissie. Preventie bacteriële endocarditis 2008. Een advies voor artsen en tandartsen. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2008.
- * Lyytikäinen O, Agthe N, Virolainen-Julkunen A, Vuopio-Varkila J. MRSA cases continue to increase in Finland. Euro Surveill 2004; 8(38): pii = 2551.
- * Menendez A, Li F, Michalek SM, Kirk K, Makhija SK, Childers NK. Comparative analysis of the antibacterial effects of combines mouthrinses on *Streptococcus mutans*. Oral Microbiol Immunol 2005; 20: 31-34.
- * Schaub RMH. Samenwerken in de mondzorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.

Summary

Miscommunication during the treatment of a medically compromised patient

A 42-year-old patient with cardiac problems had periodontal disease. The required periodontal treatment was only carried out after a period of 6 months. During this time, the patient was at risk of endocarditis due to a bacteraemia, a problem which was not recognized by any of the oral healthcare providers. When treating a patient who is at risk of developing endocarditis, the guidelines of the Dutch Heart Foundation (Nederlandse Hartstichting) must be observed. Deviation from the guidelines is only permissible under appropriate conditions. If treatment is being carried out by a team, then there is not only a question of shared responsibility, but also of shared liability. Adequate communication and record-keeping are vital in cases of patients who are medically compromised.

Bron

W.G. Brands¹, L. Abraham-Inpijn²

Uit ¹de afdeling Preventieve en Curatieve Tandheelkunde van het Universitair Medisch Centrum St Radboud in Nijmegen en uit ²de divisie Inwendige Specialismen van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam.

Datum van acceptatie: 21 juli 2011

Adres: mr. dr. W.G. Brands, UMC St Radboud, postbus 9101,

6500 HB Nijmegen

wgbrands@tiscali.nl