

U bent nú lid van het medisch tuchtcollege

Onderstaande zaak dient heden voor het Regionaal Tuchtcollege Utrecht en u bent bij dezen uitgenodigd om – online – lid te zijn van dit college. Het betreft een unieke, gecombineerde zaak, waarbij de klager nu eens niet een individuele hulpverlener aanklaagt, maar alle artsen die bij de behandeling van zijn moeder, mevrouw Jansen, van 14 januari 2010 tot 23 februari 2010 zijn betrokken.

De voornaamste grief van de klager luidt in het kort: onvoldoende overleg, coördinatie en samenwerking, waardoor de gezondheid van zijn moeder ernstig en nodeloos is geschaad. Na afloop van de zitting trekt het tuchtcollege zich altijd terug in de zogenaamde raadkamer. U krijgt de feiten hieronder voorgelegd en wordt uitgenodigd om in de virtuele raadkamer van de rechtbank binnen het besloten netwerk met elkaar te overleggen, te wikken, te wegen, te discussiëren en het oordeel te formuleren.

Vanwege de uitgebreidheid van de casus is de raadkamer in drieën verdeeld; kies de kamer die het dichtst bij uw deskundigheidsgebied past.

- Raadkamer A voor het klachtendeel tegen de artsen werkzaam in de eerste lijn.
- Raadkamer B voor het klachtendeel tegen artsen in het ziekenhuis buiten de operatiekamer.
- Raadkamer C voor het klachtendeel tegen artsen op de operatiekamer.

Ga naar www.medischcontact.nl/casus om u aan te melden als u actief wilt deelnemen aan een van de raadkamers.

Sophie Broersen, Ben Crul, Johan Legemaate en André Wolff

De feiten

De klacht heeft betrekking op de medische zorg die is verleend aan mevrouw Jansen, geboren op 23 januari 1949. Klager is de zoon van patiënte. Mevrouw Jansen staat sinds 1980 ingeschreven bij haar huidige huisarts, die sinds 2005 samenwerkt in een duopraktijk. Met haar diabetes en COPD, haar claudicatio en haar hartklep, en haar matige opvangnet thuis, komt ze regelmatig op het spreekuur van een van de twee huisartsen. Deze controleert af en toe de lithiumspiegel; mevrouw gebruikt al zo lang lithium dat ze zelf vergeten is waarvoor. Ze heeft zoveel medicijnen dat het voor haar niet meer goed is bij te houden wat nou ook alweer voor wat is. Gelukkig kijkt de thuiszorg ernaar; de verpleegkundigen daar hebben het onder controle. De trombosedienst controleert de antistolling. Een nichtje gaat met haar mee als ze naar de internist of de vaatchirurg in het Westerziekenhuis moet, een niet al te groot ziekenhuis in de dichtstbijzijnde provinciestad. Of naar de cardioloog in het academisch ziekenhuis dat wat verderop in de provincie ligt.

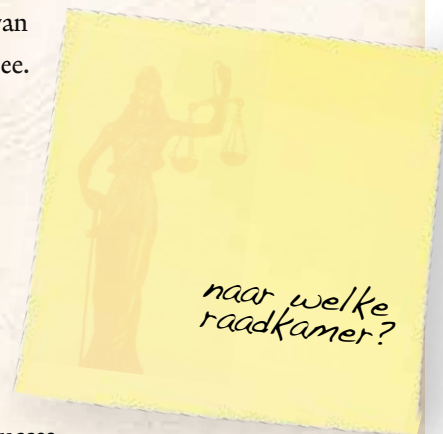
Op donderdagavond 14 januari 2010 belt de wijkverpleegkundige die bij mevrouw Jansen thuis komt, met de dokterspost. Het gaat niet goed. Het linkeronderbeen doet zo'n pijn, het ziet er niet goed uit. De wijkverpleegkundige meldt iets van 'etalagebenen', een bekende klacht voor de eigen huisartsen van mevrouw Jansen. De assistente op de post zegt snel dat etalagebenen niet verontrustend zijn en adviseert de volgende dag de eigen huisarts te bellen. Niet gerust belt de wijkverpleegkundige de zoon van mevrouw Jansen, die daarop nogmaals de post belt, met vermelding dat hij er anders werk van gaat maken.

De visiterijdende huisarts komt nu – wat geagiteerd – bij mevrouw thuis. Het lijkt allemaal mee te vallen, vindt zij. Het been is niet acuut bedreigd, de pijn lijkt ook wat minder. Of het nu een dreigende afsluiting is, of dat het toch pijn na het stoten tegen een tafelpoot is, wordt niet helemaal duidelijk. Er gaat een briefje van de post naar de eigen huisarts met de bevindingen. 'DD: trauma, arterieel, controle.'

Uitbrander

Dat elektronische briefje ziet de huisarts pas de volgende middag, na het drukke ochtendspreekuur en na het visite rijden. Mevrouw Jansen, een pijnlijk onderbeen, DD arterieel, controle? Dat moeten we toch

maar eens zien, is de gedachte. Ze heeft immers al eens een omleiding gehad. Maar het is inmiddels de vrije vrijdagmiddag van deze huisarts en het antwoordapparaat staat al aan. 'Dan maandag maar', denkt de huisarts. De zoon van mevrouw Jansen, gewaarschuwd door zijn moeder, stuit die middag op het antwoordapparaat met een boodschap die nauwelijks te verstaan is en belt 112. Hij meldt dat zijn moeders voet wit geworden is, zij ernstig hartpatiënte is en de pijn niet te houden is, en dat zij wegrakingen heeft. De gearriveerde ambulance vervoert haar naar de SEH van het Westerziekenhuis en neemt en passant wat medicijnen die op tafel staan mee. In het Wester is het ook druk. Patiënten durven het weekend niet zo aan, de huisartsen willen de post er niet mee opzadelen, maar in het ziekenhuis is geen enkel bed meer op de chirurgie. Toch wordt de eerstejaars aios chirurgie snel duidelijk dat er met mevrouw Jansen iets moet gebeuren: dat been is bedreigd, een arteriële afsluiting denkt hij. Maar hij twijfelt of hij meteen de ok moet bellen. Een uur geleden heeft hij nog een uitbrander gekregen dat hij niet moest storen. De dienstdoende chirurg neemt zijn pieper nu niet op, maar zijn collega, geïrriteerd als zijn poli wordt onderbroken, vindt dat de aios dit wel moet afkunnen. Dat been is bedreigd? Opereren dus. Succes ermee. Maar de aios heeft geen idee hoe nu verder. De verpleging op de SEH raakt geïrriteerd, waar is het wachten nou nog op? Nog maar eens de dienstdoende chirurg bellen. Die blijkt steriel te staan, maar laat via de omloop weten dat er toch echt eerst een chirurg moet komen kijken, voordat iemand op de ok-lijst komt te staan. Met lood in de schoenen gaat de aios weer naar de poli. De geïrriteerde chirurg komt uiteindelijk mee, en belt de ok.



Stressschema

De anesthesioloog komt naar beneden, om de patiënte die zojuist op het spoedprogramma is gezet de hand te schudden en hij schrikt. Een niet zo heldere mevrouw, met een waslijst aan medicatie, en een imposante voorgeschiedenis. Hij wil weten waarom er nog niets met die hoge bloedsuiker is gedaan en vraagt niet alleen eerst een consult interne en cardiologie aan, maar laat de longarts ook een stressschema afspreken. En ze gebruikt ook nog antistolling, tenminste, dat staat toch in de voorgeschiedenis 'status na hartoperatie en Marcoumar-gebruik'? Voordat zijn collega's langs zijn geweest, begint hij niet er niet aan, zegt hij tegen de aios. Drie specialisten moeten langskomen, er moeten veel afspraken worden gemaakt. En de pijn van mevrouw Jansen wordt steeds erger.

Twee uur later is er echter toch een stressschema afgesproken, vernevelaars en heparinepompen, insulinepompen en controleschema's, alles staat op de papieren consultvellen. De anesthesioloog neemt de adviezen van de verschillende specialisten door, en besluit dat deze vrouw spinale anesthesie moet krijgen. Met haar longfunctie heeft algehele narcose niet de voorkeur. Maar mevrouw Jansen heeft wel tegen de chirurg gezegd dat ze absoluut geen ruggenprik meer wil. Bij de vorige operatie had ze veel hoofdpijn gehad nadien. De chirurg vond het goed dat ze zou gaan slapen. Wrijving ontstaat tussen de twee mannen die het zo meteen in de ok voor het zeggen hebben, want wie geeft hier nou eigenlijk de anesthesie? De getergde chirurg repliceert dat hij opereert en mevrouw daarna weer terugziet. De toezegging is moeilijk terug te draaien en mevrouw is erg bang voor een ruggenprik. Mopperend gaat de anesthesioloog akkoord: algehele narcose. Daar zal de longarts ook niet blij mee zijn.

Mevrouw krijgt nog vitamine K en stollingsfactoren vanwege de Marcoumar. Gelukkig is het kleurverschil tussen beide benen groot, er bestaat geen enkele twijfel over welk been geopereerd moet worden. Toch stelt de operatieassistent voor om een time-outprocedure te doen. Hij wordt weggehoond.

Onleesbare overdracht

De operatie verloopt voorspoedig. Mevrouw Jansen komt snel bij, en vanaf de verkoever kan ze naar de afdeling Interne Geneeskunde. De verpleegkundigen daar zijn op zijn zachtst gezegd niet blij. Er is een zeer beknopte, onleesbare overdracht vanaf de verkoever meegekomen. De medicatielijst is niet eens goed ingevuld. En op de interne zijn ze niet gewend aan postoperatieve patiënten. Ze wachten maar af tot de dienstdoende aios de volgende ochtend visite komt lopen.

En die laat op zich wachten, want het is bij de overdracht niet goed doorgekomen dat er nog een chirurgiepatiënt op de interne ligt. De verpleging, die vindt dat mevrouw Jansen er niet lekker bij ligt, begint om zaterdag om 10 uur te bellen. Om 11 uur komt de aios langs. Mevrouw Jansen is versuft en ziet grijs. Bij onderzoek blijkt ze een lage bloeddruk en een beetje verhoging te hebben. De controles die volgens de consulten hadden moeten plaatsvinden, zijn niet gedaan. Haar diabetes is ontregeld, en ze is dyspnoïsch en tachypnoïsch. Een arteriële bloedgas wordt snel gedaan en blijkt behoorlijk gestoord. Deze vrouw moet worden beademd en liefst zo snel mogelijk. De aios is boos; waarom zijn die specialisten die in consult waren niet langsgesproken? De internist die nog in huis is, kijkt mee en samen zijn ze het er snel over eens: deze vrouw hoort niet op de afdeling, ze moet naar de ic.

De anesthesioloog die gisteravond mevrouw Jansen zag, is vandaag de intensivist van dienst. Hij heeft geen ic-bed meer over, maar ziet ook wel in dat het zo niet zal gaan. Er liggen drie interne patiënten, twee van de chirurgie en één van de neurologie. Wie is er goed genoeg om – in het weekend – naar de afdeling te gaan? Hij vindt de neurologische patiënt, maar de neuroloog is het daar niet mee eens. De anesthesioloog-intensivist overlegt nog maar eens met de internist en de chirurg. Maar de dienstdoende chirurg is weer druk op de eerste hulp bezig. Hij zal dadelijk wel terugbellen. Er gaat enige tijd overheen. Na een uur belt de anesthesioloog weer naar de chirurg, want deze heeft nog steeds niet gebeld. Maar tegelijkertijd gaat het reanimatiesein: afdeling Interne Geneeskunde. Hij spoedt zich naar deze afdeling en treft op de kamer waar het te doen is mevrouw Jansen. Volgens protocol wordt mevrouw gemasseerd, geïntubeerd en beademd. Ze hoeven gelukkig maar kort te reanimeren. Ze krijgt weer hartritme en output. Ze rijden mevrouw Jansen op haar bed naar de ic, de chaos is compleet. Aldaar wordt besloten dat de neurologische patiënt toch naar de afdeling gaat.

Niet opgevallen

Mevrouw Jansen wordt aan de beademing gelegd. Ze is onrustig aan de tube en wordt daarom gesedeerd. Er wordt gauw nog een thoraxfoto gemaakt, en jawel, een infiltraat. De internist bekijkt de opnamefoto nog eens goed, en met de kennis van nu was dat infiltraat daar eigenlijk al te zien. Maar de radioloog had er nog niet naar gekeken, en de aios die hem wel onder ogen kregen, was het niet opgevallen.

En daar ligt ze dan, gesedeerd en beademd, aan een insulinepomp, een heparinepomp, en nog een paar infusen. En opeens zijn alle dokters weer verdwenen. De verpleegkundigen hebben nog vragen over de beademing en de antibiotica, gaan ermee naar de anesthesioloog, maar die verwijst naar de internist. Maar die wijst naar de longarts die in consult was. Die wil best meedenken, maar vindt het wel raar dat de chirurg niet zelf belt. Het is toch een chirurgische patiënt?

Mevrouw Jansen knapt gelukkig snel op. Na twee dagen kan ze van de ic en komt ze gelukkig op een chirurgische afdeling. Haar diabetes is weer wat beter ingesteld, en ze is redelijk helder. De lithiumdoseringsring is aangepast, want op de ic is de spiegel gecontroleerd en die bleek aan de hoge kant te zijn. Ze wordt

opvallende zaken

weer ingesteld op Marcoumar en de heparinepomp kan worden afgebouwd. De antibiotica kan ze oraal nemen.

Na krap een week, op 25 januari, gaat het zo goed, dat ze wordt ontslagen. Het wordt allemaal uitgelegd aan mevrouw Jansen, die knikt. Ze zal het dus wel begrepen hebben. De zaalarts schrijft handmatig een kort briefje dat mevrouw zelf aan de huisarts moet geven. Daarop staat ook haar ontslagmedicatie vermeld; ze krijgt andere antibiotica, die op basis van een sputumkweek worden aangepast.

Medicatielijst

Op de dag van thuiskomst, is de thuiszorg nog niet ingeschakeld. Haar nichtje is gelukkig wel in huis, en kijkt wat voor medicijnen haar tante nog in huis heeft, en welke er nog bijgehaald moeten worden. Onder andere de antibiotica en Marcoumar. Ze gaat naar de apotheek. De assistente krijgt nogal wat meldingen, onder andere een allergie voor de antibiotica. Ze is bekend met een allergie voor penicilline, dus de door zaalarts voorgeschreven amoxicilline kan ook niet. Ze belt de huisarts. Die snapt niet hoe dit kan, op de medicijnlijst van patiënte thuis had hij de allergie wel vermeld. Hij is trouwens wel blij dat ze belt, want hij wist nog niet eens dat ze thuis was gekomen. Hij besluit de volgende dag even langs te gaan. Nog geen minuut later belt de trombosedienst: klopt het dat de INR-streefwaarde veranderd is? Het was altijd van 2,5 tot 3,5 en nu tussen de 3,0 en 4,0. Wat is de indicatie eigenlijk? De huisarts vraagt zich af hoe hij daar nou zo snel achter moet komen. Dat regelde de cardioloog uit het academisch ziekenhuis altijd. Hij besluit toch maar even bij haar langs te gaan vandaag.

Hij komt binnen bij mevrouw Jansen op het moment dat de thuiszorg er ook is. Die begrijpt niets van de medicatie, van de oude recepten en het nieuwe briefje. Want de dosering lithium komt niet meer overeen met de sterkte van de tabletten die nog in huis zijn. En op het lijstje staan heel andere longpuffers dan die ze had. En mevrouw Jansen wilde weten of ze de diclofenac weer mocht gaan gebruiken, die ze nog had liggen en aanvankelijk goed hielpen tegen haar pijn in de benen. Ze had toch wat pijn aan de wond. Gisteravond had ze ze al ingenomen, en het werkte goed.

De huisarts ploegt de oude en de nieuwe medicatielijst door, en wil graag degene spreken die in het ziekenhuis voor mevrouw Jansen verantwoordelijk was. Over de lithium. Over de pijnmedicatie. Over de antibiotica. Over wanneer ze terug moet op controle. Over de trombosedienst. Over de longen. Na een half uur geeft hij het op. De zaalarts was het weekend met vakantie gegaan en de meeste specialisten beloven hem via hun assistentes terug te bellen. De huisarts besluit daarop niet wachten en zet mevrouw weer zoveel mogelijk terug op haar oude voor hem bekende medicatie. 

Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg

Deze casus is illustratief voor problemen die kunnen optreden bij complexe multidisciplinaire zorg. Om dergelijke problematiek te voorkomen is de handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' opgesteld. Deze handreiking is nog geen eindproduct. Veldpartijen worden nadrukkelijk uitgenodigd om erover te discussiëren. Hiervoor is een besloten sociaal netwerk opgericht waarvoor u zich kosteloos kunt aanmelden. Ook over de problematiek in de casus kan hier worden gediscussieerd. Deelnemen? Ga naar www.medischcontact.nl/casus.



Op maandag 17 mei vindt om 20.30 uur een live-uitzending van medischcontact.tv plaats over de handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg'. U kunt zich nu aanmelden voor deze gratis nascholing via www.medischcontact.tv.