

ORGANISATIE

dr. Frank H. Bosch

internist/intensivist, voorzitter
reanimatiecommissie, ziekenhuis
Rijnstate, Arnhem¹

Jan van Vliet

anesthesioloog/intensivist,
ziekenhuis Rijnstate, Arnhem¹

Desiree Creemers

medisch manager Zorg/kinderarts,
voorzitter commissie behandel-
beperking, ziekenhuis Rijnstate,
Arnhem¹

Jacqueline E.M. Vernooij

anesthesioloog, filosoof, lid
stuurgroep ethiek, ziekenhuis
Rijnstate, Arnhem¹

MINDER OVERBODIGE EN ONGEWENSTE REDDINGSACTIES DANKZIJ BREDERE AANPAK

Reanimeer, maar met mate



Ziekenhuis Rijnstate heeft het aantal zinloze en ongewenste reddingsacties weten terug te dringen. Een spoedinterventieteam heeft het reanimatieteam vrijwel overbodig gemaakt en behandelbeperkingen worden nu zo geregistreerd dat ze niet meer te missen zijn.

Bij patiënten bestaan nogal eens misverstanden over de kans dat een reanimatie in het ziekenhuis succesvol is. Onder andere door televisieseries is ten onrechte de overtuiging ontstaan dat dit een levensreddende ingreep is. In werkelijkheid is een reanimatie in het ziekenhuis meestal een traumatische gebeurtenis voor de patiënt zelf, familieleden, zorgverleners en andere patiënten op de afdeling. Vaak overlijdt de patiënt nog dezelfde dag of enkele dagen later op de intensive care. In ons ziekenhuis werd in 1999 het spoedinterventieteam (SIT) opgericht naast het al bestaande reanimatieteam. Dit team bestaat uit artsen en verpleegkundigen van de intensive care die laagdrempelig door de artsen van de verpleegafdelingen geraadpleegd kunnen worden bij een verslechterende patiënt.

Ten onrechte is het beeld ontstaan dat reanimatie een levensreddende ingreep is

Door tijdige inzet van dit team – dus niet pas als er sprake is van een hart- of ademstilstand – kon het aantal oproepen voor reanimaties op de verpleegafdelingen significant worden teruggebracht (zie figuur 1).² Daar staat wel tegenover dat het SIT steeds vaker uitrukt om patiënten te beoordelen. Dit heeft echter vooral voordelen. De ic-afdeling is daardoor namelijk goed in staat om samen met betrokkenen de medische mogelijkheden en onmogelijkheden te bespreken. Het reanimatieteam is bijna overbodig geworden.



HOLLANDSE HOOGTE FRANK MULLER

Behandelbeperkingen

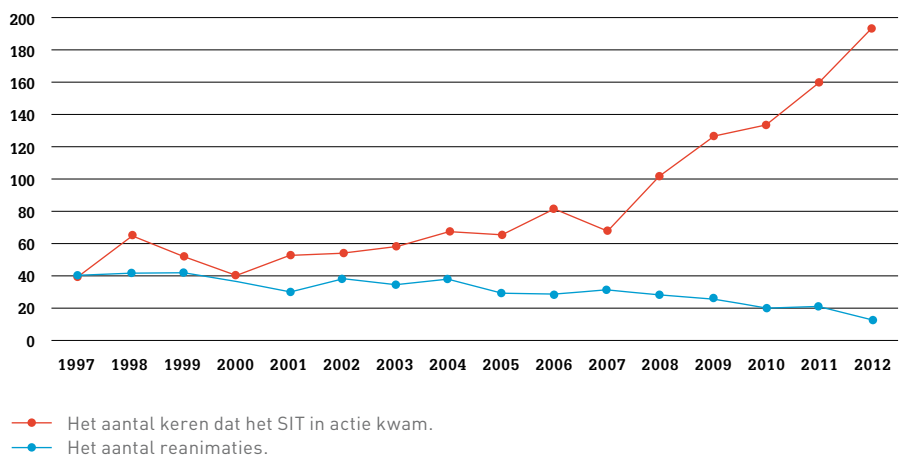
Om het reanimatiebeleid nog verder te optimaliseren, is recentelijk gekeken naar de manier waarop het ziekenhuis omgaat met de wil van de patiënt. Patiënten kunnen om diverse redenen behandelbeperkingen afspreken met hun artsen. Uit angst om zorgafhankelijk te worden, tekenen sommige mensen bijvoorbeeld een niet-reanimerenverklaring. Ook religieuze overtuigingen kunnen een rol spelen, zoals bij Jehova's getuigen die geen bloedproducten wensen te ontvangen.

De grootste groep patiënten die nadenken over behandelbeperkingen, zijn patiënten met een ernstige chronische aandoening die al geconfronteerd worden met de eindigheid van het leven. Een voorbeeld is een bejaarde patiënt met een chronische nierinsufficiëntie. De

Een behandelbeperking mag niet leiden tot verminderde kwaliteit van zorg

behandelend arts zal met deze patiënt spreken over de opties en de uitkomst van zo'n gesprek kan zijn om niet meer te dialyseren. Andere voorbeelden zijn een niet-beademenaafpraak bij COPD en een afspraak om niet meer te opereren. In ons ziekenhuis werd voor de vastlegging van niet-reanimerenaafspraken tot 1 februari 2012 gebruikgemaakt van een registratieformulier dat voorin het dossier werd gevoegd. Dit leidde echter tot misverstanden of fouten doordat het formulier niet ingevuld of onvindbaar

1 AANTAL REANIMATIES IN RIJNSTATE



Hoewel het spoedinterventieteam steeds vaker uitrukt om verslechterende patiënten te beoordelen, is het aantal reanimaties in het ziekenhuis sinds de invoering van het team duidelijk afgenomen. Deze gegevens betreffen de reanimaties buiten de ok's en de afdelingen cardiologie en SEH.

was. De registratie van andere behandelbeperkingen gebeurde in de praktijk op verschillende manieren, waardoor ook daarover soms verwarring ontstond.

Eenduidige registratie

De afgelopen tijd heeft een werkgroep samen met een specialist van elektronisch patiëntendossier EZIS een module ontwikkeld waarin behandelbeperkingen eenduidig worden genoteerd (zie figuur 2). Direct na het openen van een patiëntdossier is achter de naam van de patiënt nu zichtbaar of er sprake is van een behandelbeperking. Als er op die plek niets staat, moet er nog worden gesproken over een eventuele behandelbeperking, want in dit systeem is het de bedoeling dat er altijd iets wordt geregistreerd. Behalve de aard van de afspraak wordt ook genoteerd wat de redenen zijn, wie er aanwezig waren bij het gesprek en wie er zijn ingelicht. De geregistreerde behandelbeperking wordt bij ontslag meegedeeld aan de huisarts. Via een speciale e-learning en een uitgebreid communicatieplan zijn alle medewerkers over het nieuwe beleid geïnformeerd. Voor patiënten is er een folder en een voorlichtingsfilm ontwikkeld.³ Daarin adviseren wij patiënten om met hun specialist in discussie te gaan

over behandelbeperkingen als zij daar behoefte aan hebben, en gezamenlijk tot een besluit te komen dat vervolgens wordt vastgelegd in het EPD.

Een van de voordelen van het meer in algemene zin spreken over behandelbeperkingen in plaats van alleen over reanimatie, is de betere bespreekbaarheid van het onderwerp. Zo wensen nogal wat mensen dat er in het geval van een pneumonie wel antibiotica wordt gegeven, maar willen zij niet langdurig op een ic worden behandeld. Door ons nieuwe beleid kunnen wij de zorgvraag samen met de patiënt zo goed mogelijk bepalen. Uiteraard moeten we er in dit kader wel op bedacht zijn dat het afspreken van een behandelbeperking niet mag leiden tot een verminderde kwaliteit van zorg.

Resultaten

Door de combinatie van het beter bespreekbaar maken van behandelbeperkingen en het zeer laagdrempelig inzetten van het spoedinterventieteam zijn wij er goed in geslaagd om het aantal reanimaties beduidend naar beneden te brengen. Sinds de invoering van de elektronische registratie is bovendien het aantal meldingen rondom reanimaties in het Veilig Incidenten Melden-systeem

ONBEVREDIGEND

Ook in de psychiatrie begint de financiële crisis zich af te tekenen. Op de poli zie ik sinds kort hopen wanhopige mensen. De verwijsvraag is telkens dezelfde. Eerst werkproblemen, dan relatieproblemen, dan woonproblemen. U voelt 'm al komen: De Sociale Indicatie. Het is vaak vreselijk, maar bijna net zo vaak geen psychiatrie. En al helemaal geen tweedelijns. Bijna zonder uitzondering zou de meest effectieve 'behandeling' bestaan uit een pak geld en/of een nieuwe vrouw (bij voorkeur jonger). Succes verzekerd: met een grote glimlach keren zij huiswaarts. Een krachtiger antidepressivum moet nog uitgevonden worden. Maar dat is het 'm nu juist. Er is vaak geen sprake van een ernstige 'as-1-stoornis'. Dus dat stel ik dan ook vast. Om ze vervolgens naar een sociale dienst te verwijzen. Spijtig is dat we niet zelden pas vele contacten en besprekingen later deze kogel door de kerk jagen. Slechts een klein deel leidt ernstig onder een aanpassingsstoornis en heeft écht behandeling nodig. Die overigens niet wordt vergoed. Het betreft dus mensen die niet in de psychiatrie thuishoren maar er wel naar worden verwezen. En er geregeld in blijven hangen. Zij die wel behandeling nodig hebben, hoeven hierop bij overheid en verzekeraars niet te rekenen. Het is onbevredigend om op deze manier te moeten werken. Aan psychiaters en verwijzers de schone taak om te zorgen dat psychiatrische patiënten psychiatrische behandeling krijgen. Dan doen datingbureaus en loterijen de rest.

Paul Dinant

2 FORMULIER BEHANDELBEPERKING

Formulier behandelbeperkingen buiten het dossier

Formulier behandelbeperkingen buiten het dossier

Is er reden om behandelbeperking te overwegen of te heroverwegen? ☒ ja ☐ nee

Formulier behandelbeperkingen

Behandelbeperking ☐
☐ Geen behandelbeperking
☐ Wel reanimeren + Behandelbeperking
☐ Niet reanimeren + Behandelbeperking
☐ Herbevestigen Wel reanimeren + Behandelbeperking
☐ Herbevestigen Niet reanimeren + Behandelbeperking
☐ Opheffen bestaand beleid

Datum vaststelling ☒ 28-08-2012

Reanimeren ☐ ☒ ja ☐ nee

Invasieve beademing ☐ ☒ ja ☐ nee

Niet invasieve beademing ☐ ☒ ja ☐ nee

naar CCU ☐ ☒ ja ☐ nee

naar ICU/PICU ☐ ☒ ja ☐ nee

Dialyse ☐ ☒ ja ☐ nee

Opereren ☐ ☒ ja ☐ nee

Cardio stimulantia ☐ ☒ ja ☐ nee

Bloedproducten ☐ ☒ ja ☐ nee

Antibiotica ☐ ☒ ja ☐ nee

I.V. voeding ☐ ☒ ja ☐ nee

I.V. vocht ☐ ☒ ja ☐ nee

Sonde voeding/vocht ☐ ☒ ja ☐ nee

(VIM) van het ziekenhuis duidelijk afgenomen. Het reanimatieteam is niet meer opgeroepen voor een patiënt met een niet-reanimerenafspraken. Bij de start van de nieuwe registratie is een meting gedaan hoe vaak er afspraken gemaakt werden en die meting is op 1 augustus 2012 herhaald. Het blijkt dat de registratie steeds vollediger wordt. Zo zijn er afdelingen waar van alle patiënten het formulier ingevuld is. Overigens gaan we er nog steeds van uit, dat als er niets genoteerd is, er altijd gereanimeerd wordt.

Zinnige zorg

Ziekenhuis Rijnstate beschouwt het elektronisch vastleggen van behandelbeperkingen en de inzet van een spoedinterventieteam als kritische factoren in

zinnige en gepaste zorg. Ze dragen bij aan het zoveel mogelijk voldoen aan de zorgbehoefte van de patiënt en aan het vermijden van inzet van personeel en middelen die niet gewenst is of medisch zinloos is. Wij pleiten er dan ook voor dat ook in andere ziekenhuizen spoedinterventieteam worden opgericht en dat het spreken over en structureel noteren van behandelbeperkingen een vast onderdeel wordt van de communicatie tussen zorgverlener en patiënt. ■

contact

Correspondentieadres: fhbosch@rijnstate.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten en gerelateerde artikelen vindt u bij dit artikel via medischcontact.nl/artikelen