

Bevindingen ketencasusbespreking acute zorg, van 112 tot ontslag: reanimatie

Datum en tijd: 10 mei 2016, 16:15-18:00u

Locatie: VUmc Amsterdam

Achtergrond

Al enkele jaren wordt er in VUmc een ketencasusbespreking acute zorg georganiseerd, waarin casuïstiek van 112-melding tot ontslag uit het ziekenhuis wordt besproken. Betrokken zorgverleners van de meldkamer ambulancezorg, ambulancedienst, SEH en kliniek vertellen hun bevindingen, overwegingen en conclusies. Er wordt expertise uitgewisseld en ervaringen gedeeld. Ook de andere ROAZ-partners zijn uitgenodigd. Op 10 mei zijn 2 reanimatie-casussen besproken.

Casus 1

De eerste casus had op de betrokken zorgverleners grote impact. Het betrof een 17-jarige jongen die naast zijn brommer was gevonden met fors aangezichtsletsel en hij was niet aanspreekbaar. Het duurde even voordat de ambulance kon gaan rijden, want de omstander die 112 had gebeld wist niet waar hij was. Het MMT was niet beschikbaar en het ambulancepersoneel besloot tot een scoop and run. Na 10 minuten lag de patiënt in een vacuummatras in de ambulance en ze vertrokken ze richting VUmc. De aanrijdroute zat tegen, want de aansluiting A9-A4 bleek afgesloten en er moest om gereden worden. Aan het einde verslechterde de patiënt en in de ambulancehal kwam hij in reanimatiesetting. De traumachirurg kwam 1 minuut na de ambulance aan op de shockroom. Door de reanimatiesetting was diagnostiek niet mogelijk en werd er overgegaan tot een spoedthoracotomie om thoraxletsel uit te sluiten, om een evt. bloeding in het abdomen af te sluiten en om de circulatie naar het hoofd veilig te stellen. Het mocht niet meer baten. De patiënt overleed na 45 minuten op de SEH, vermoedelijk door verbloeding uit het forse aangezichtsletsel en neurotrauma.

In de discussie kwam naar voren dat het vacuuummatras net zo snel is als een plank en spin; dat daarmee geen tijdswinst geboekt kan worden. Het vacuuummatras belemmert alleen iets bij interventies. De traumachirurg was van mening dat een paar minuten tijdswinst of extra interventies prehospital waarschijnlijk niet hadden uitgemaakt.

Casus 2

De tweede casus betrof een 80 jarige dame die niet aanspreekbaar werd aangetroffen door haar mantelzorger. De mantelzorger belt 112, ze komen tot de conclusie dat mevrouw niet meer ademt en de centralist begeleidt de mantelzorger met het reanimeren totdat de hulpdiensten er zijn. Tijdens het reanimeren meldt de mantelzorger dat mevrouw volgens haar niet gereanimeerd wilde worden. Omdat hier geen document van voorhanden is, wordt de reanimatie doorgezet, zoals het meldkamer en ambulanceprotocol voorschrijft. De ambulanceverpleegkundige neemt de reanimatie over; er wordt nog gezocht naar een niet-reanimatieverklaring, maar wordt niet gevonden. De patiënt wordt naar VUmc gebracht. De reanimatie wordt voortgezet, maar mevrouw overlijdt op de SEH. Achteraf bleek mevrouw met het AMC een niet-reanimatieverklaring te hebben afgesproken.

Hoe zit het nu precies met niet-reanimatieverklaringen en als dit onduidelijk is? Een adviseur juridische zaken van VUmc sloot aan om dit te verduidelijken. Niet-reanimatieverklaringen en -penningen zijn rechtsgeldig, mits 2 uitzonderingen worden uitgesloten: A. als er gerede twijfel bestaat bij de zorgverlener of de patiënt (van 16 jaar en ouder) bij het opstellen in staat was tot een redelijke waardering van zijn belangen; De patiënt moet immers goed bij zinnen zijn en een weloverwogen besluit kunnen nemen.

B. als er onduidelijkheid bestaat bij de zorgverlener over de echtheid, ondertekening of interpretatie van de wilsverklaring.

Deze redenen moeten altijd gelegen zijn in de specifieke situatie van de patiënt. Principiële of algemene bezwaren van de arts vormen geen gegronde redenen een niet-reanimatieverklaring te negeren.

Hierbij is het zogenaamde goed hulpverlenerschap uit de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst ¹ van toepassing. Het zou mooi zijn als patiënten die een niet-reanimatie wens hebben die heel goed documenteren en bij zich hebben, met voldoende tekst, zodat over de echtheid niet getwijfeld wordt. Maar bij onduidelijke situaties, vaak in de acute fase, is het altijd terug te voeren op het "goed hulpverlenerschap" als toch gestart wordt met reanimeren.

¹ WGBO : Goed hulpverlenerschap (art. 7:453 BW) *De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard*