

dr. Frank Bosch

internist/intensivist, Rijnstate,
Arnhem

Stephanie Bakker

longarts in opleiding, Rijnstate,
Arnhem

SABINE JOOSTEN/HOLLANDSE HOOGTE

BESPREEK BEHANDELBELEID OP EEN RUSTIGER MOMENT

SEH geen plek voor reanimeerafspraken

Op de Spoedeisende Hulp krijgen patiënten standaard de vraag of ze in geval van nood wel of niet gereanimeerd willen worden. De omstandigheden op de SEH zijn echter verre van ideaal voor zo'n gesprek. Bovendien is het niet nodig om iederéén die vraag te stellen.

In veel ziekenhuizen is de afspraak dat geen enkele patiënt zonder behandelbeleid vanaf de Spoedeisende Hulp (SEH) naar de verpleegafdeling gaat. Zorgverleners moeten weten wat de wensen van een patiënt zijn als de situatie verslechtert. Wil de patiënt reanimatie, ja of nee, is dan de meest prangende vraag. Meestal kan het elektronisch patiëntendossier (epd) op de SEH niet afgesloten worden voordat die vraag beantwoord is. Nogal eens ontstaat bij zorgverleners, patiënt of familie een gevoel van onbehagen in zo'n gesprek over het behandelbeleid. De zwaarte van het onderwerp is voelbaar en de tijd om samen

met de patiënt een beslissing te nemen, is beperkt. Dit knelt steeds meer, gezien de toenemende druk op de SEH. Tussen alle toeters en bellen van de SEH door, vragen we aan de patiënt in medische nood wat de behandelgrenzen zijn. De patiënt moet in die situatie nadenken over welke waarde hij hecht aan zijn leven en wat hij allemaal nog wel en niet wil. Of de patiënt krijgt daar te horen dat alles wordt gedaan binnen de medische mogelijkheden, maar dat reanimeren niet meer zinvol is. Dit kan zowel voor patiënten als artsen emotioneel zijn.

De zwaarte van het onderwerp is voelbaar

Voorzichtig

Er zijn ook argumenten om voorzichtig te zijn met die gesprekken op de SEH:

- Bij een opname gebeurt er zoveel met een patiënt dat een zorgvuldig gesprek niet altijd mogelijk is. De tijd is kort en de omstandigheden zijn vaak bedreigend en rommelig. Dit bemoeilijkt een vertrouwensband tussen de patiënt en de opnemend arts. Ook medicatie kan het beslissingsvermogen beïnvloeden.
- Er is voor de opnemend arts niet altijd een goede prikkel om dit gesprek zorgvuldig te voeren, met het risico dat een registratie plaatsvindt die niet overeenkomt met het belang van de patiënt.
- Patiënten herinneren zich mogelijk niet alles wat op dat moment besproken is.
- De angst voor een plotselinge circulatiestilstand die reanimatie vereist, is grotendeels onterecht in onze steeds veiliger ziekenhuizen met spoedinterventieteams, *early warning scores* et cetera.

Inventarisatie

Met goedkeuring van de medisch-ethische commissie van Rijnstate hebben wij een kleine inventarisatie verricht in het ziekenhuis, om na te gaan hoe patiënten dit gesprek op de SEH ervaren. Wij vroegen aan hen: Wat kunt u zich herinneren van het gesprek? Welk beleid is er afgesproken? Wat vond u ervan dat dit besproken werd? Hebt u nog andere opmerkingen?

De mediane leeftijd van de vijftientig patiënten was 80 jaar, met een spreiding van 46 tot 100 jaar. Alle patiënten konden zich nog wel iets van het gesprek herinneren. Bij twaalf patiënten was een volledig beleid afgesproken. Bij bestuderen van de dossiers stelden wij vast dat er bij zeven patiënten eigenlijk geen redenen waren om reanimatie te bespreken. Zij waren jong en hadden een beperkt medisch probleem waardoor de kans op een acute hartstilstand klein was en zij zouden ongetwijfeld gereanimeerd worden indien noodzakelijk. Twee patiënten hadden een zodanig ernstig medisch probleem dat het voor de hand lag dat dit onderwerp eerder besproken zou zijn of palliatieve zorg gestart zou zijn.

Vijf van de vijftientig patiënten gaven aan het moment van bespreken niet fijn te vinden en tien patiënten waren er zelfs in eerste instantie erg van geschrokken; bij vijf nam die schrik af na uitleg tijdens het gesprek. Drie patiënten waren ervan overtuigd dat er iets anders was afgesproken dan wat er in het epd geregistreerd stond. De arts op de SEH was niet altijd goed in staat te beoordelen of het gesprek moeilijk verliep; bij vier patiënten was er een discrepantie.

Verder waren er een aantal opvallende opmerkingen: 'Moet de familie de kosten van mijn reanimatie betalen?' 'Ik vond dit een zeer confronterend gesprek.' 'Een goed gesprek was eigenlijk niet mogelijk door de rommeligheid op de SEH.' 'Ik voelde mij heel slecht tijdens dit gesprek.' 'De opnemend arts zei: ik móét dit vragen.' 'Speelt geld een rol? Willen jullie op deze wijze besparen?' 'Is het zo slecht gesteld met mij?' 'Ik vind het heel fijn dat het besproken is.'

Onzinnig

Dit was natuurlijk slechts een oriënterend onderzoek. Desalniettemin onderstrepen de resultaten dat een behandelcodegesprek bij voorkeur niet op de SEH gevoerd moet worden en dat de ingesloten gewoonte om (bijna) iedereen te bevragen onzinnig is. Meest schokkend vonden wij dat de vraag gesteld werd terwijl er geen klinische noodzaak was, dat forse bijwerkingen optraden (schrik, paniek, angst) en dat belangrijke onderdelen vergeten of niet begrepen waren. Dat drie patiënten meenden dat er iets anders was afgesproken dan wat in het dossier stond, maakt dit zichtbaar en kan tot vervelende situaties leiden.

Neem de tijd

Hoe moet het dan wél? Voer het gesprek niet met patiënten met een lage kans op een acute hartstilstand, tenzij de patiënt er zelf over begint. Informeer bij patiënten bij wie een verslechtering van de conditie te voorzien is, of zij al eens eerder met een huisarts of medisch specialist over reanimatie hebben gesproken. Als dat zo is, kunnen gemaakte afspraken in het epd worden vastgelegd. Maar als dat niet zo is, handel dan als opnemend arts extra zorgvuldig. Neem, als uitstel niet mogelijk is, ook op de SEH de tijd om een passend beleid af te spreken. Als enig uitstel wel verantwoord is, voer het gesprek dan op een ander moment. Hierbij zijn tijd, rust en vertrouwde belangrijke voorwaarden. Dit gesprek dient dan ook te gebeuren door de arts die de patiënt kent van poliklinische controles of langduriger bij de zorg betrokken is. De consequentie hiervan zal zijn dat bij meer patiënten geen duidelijk beleid bij opname in het dossier vermeld zal staan. Dit beleid moet dan in de eerste dagen alsnog worden vastgesteld.

Ten slotte is het van groot belang behandelafspraken over de grenzen van de zorg te communiceren, bijvoorbeeld via het Landelijk Schakelpunt. Ook dat zal een gesprek over dit onderwerp verbeteren. ■

contact

fbbosch@rijnstate.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

De literatuur vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.