Ed Spoelder
anesthesioloog, H-MMT-arts
Lifeliner 3, Radboudumc, Nijmegen

prof. mr. Johan Legemaate
hoogleraar gezondheidsrecht AMC/
Universiteit van Amsterdam

dr. Nico Hoogerwerf
anesthesioloog, chief doctor
H-MMT Lifeliner 3, Radboudumc,
Nijmegen

prof. dr. Gert Jan Scheffer
hoogleraar anesthesiologie,
afdelingshoofd Anesthesiologie,
Pijn en Palliatieve Geneeskunde,
Radboudumc, Nijmegen

AFSPRAKEN NODIG OVER PLAATS TRAUMAHELIKOPTER IN ZORGPROCES

Expertise traumaheli kan waardevol zijn op SEH

Een patiënt met ernstig hoofdtrauma wordt met de ambulance naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gebracht. Als het team van de eveneens opgeroepen traumahelikopter zich daar meldt, ontstaat er discussie over het te voeren beleid. Heldere protocollen voor zulke situaties ontbreken, stellen anesthesioloog Ed Spoelder e.a. vast.

Helikopter Mobiel Medische Teams (H-MMT's) vormen een niet meer weg te denken onderdeel van de prehospitale hulpverleningsketen in Nederland, als aanvulling op de reguliere ambulancezorg. Het kan gebeuren dat de ambulancebemanning niet wil wachten tot een H-MMT is gearriveerd, maar besluit om de patiënt zo snel mogelijk te vervoeren. In zo'n geval wordt het H-MMT soms verzocht om steun te bieden op de Spoedeisende Hulp (SEH) van een perifeer ziekenhuis, bijvoorbeeld bij patiënten met ernstig neurotrauma of bij kinderreanimaties. Het gaat dan om patiënten bij wie snel en medisch goed begeleid secundair transport naar een level-1-traumacentrum noodzakelijk is.
Zodra de patiënt door het ambulancepersoneel is overgedragen, is het ontvangende ziekenhuis verantwoordelijk voor de zorg. Vanwege deze juridische positie kan de rol van de MMT-arts discutabel worden als er verschil van mening ontstaat over het medisch beleid. MMT-artsen hebben veel ervaring met de behandeling van zeer ernstig gewonde slachtoffers. Vraag is of de lokale behandelaar aan deze ervaring voorbij mag gaan.

Casus

Een H-MMT wordt opgeroepen voor een 67-jarige man met ernstig (open) schedelhersenletsel na klappen op het hoofd met een stalen buis. Aanvliegend wordt het voor het H-MMT duidelijk dat het ambulancepersoneel de patiënt zo snel mogelijk wil vervoeren naar het dichtstbijzijnde perifere ziekenhuis. De MMT-arts dringt aan op een rendez-vous. Het ambulanceteam negeert dit en vraagt het H-MMT koers te zetten naar dit ziekenhuis in verband met mogelijk secundair transport. De MMT-arts verzoekt aan de meldkamer zijn komst op de SEH op voorhand aan te kondigen. De MMT-arts wordt bij de ingang door een verpleegkundige tegengehouden om de shockroom te betreden en neemt hiermee geen genoegen. Na een korte introductie en bespreking van het neurologisch probleem adviseert de MMT-arts om de man zo snel mogelijk te stabiliseren conform de geldende richtlijn en te transporteren naar een neurochirurgisch centrum voor snelle interventie.[1 2] De artsen op de SEH dringen echter eerst aan op beeldvorming: conventionele röntgenopname van de thorax en CT-scan van het cerebrum. Hierover uit de MMT-arts zijn zorgen in verband met verlies van kostbare tijd.[3] Door dit verschil in inzicht ontstaat er professionele wrevel tussen de aanwezige artsen en de MMT-arts, waarbij de laatste zich moreel verplicht voelt de leiding over de situatie te nemen. Samen met de aanwezige anesthesioloog wordt de ademweg gezekerd. Er vindt gecontroleerde ventilatie plaats, de circulatie wordt gericht ondersteund om de cerebrale perfusie te waarborgen en er wordt gestart met hypertoon zout. Verder ontvangt de patiënt tranexaminezuur en antibiotische profylaxe. De anesthesie wordt gecontinueerd.
Hierna wordt de patiënt per helikopter in 15 minuten getransporteerd naar een level-1-traumacentrum, waar direct na een CT-scan neurochirurgische nettoyage volgt. Twee durascheuren worden gesloten en de schedelfracturen worden gereconstrueerd. Tevens blijkt er sprake te zijn van een traumatische subdurale- en subarachnoïdale bloeding.

Expertise

Nederland beschikt over vier parate H-MMT's die 24 uur per dag inzetbaar zijn. Een H-MMT wordt gevormd door een piloot, een gespecialiseerde verpleegkundige en een medisch specialist (anesthesioloog of traumachirurg) met uitgebreide aanvullende training en opleiding op het gebied van acute geneeskunde. Een inzet van het team wordt aangestuurd vanuit de meldkamer ambulancezorg volgens landelijke criteria.[4]

In 2014 werd het H-MMT 6859 keer opgeroepen. In ongeveer 50 procent van de oproepen komt het tot daadwerkelijk patiëntencontact. In 2014 hebben de vier H-MMT's bijna 600 patiënten verdacht van ernstig traumatisch hersenletsel prehospitaal behandeld. Deze groep vormt een belangrijk deel van de inzet. Hierdoor beschikken MMT-artsen over aanzienlijke expertise in de initiële behandeling van dit letsel, die zich primair richt op het voorkómen van secundaire schade en ongewenste secundaire gebeurtenissen zoals hypotensie, hypoxie en hyperventilatie.

Goede zorg

Elke beroepsbeoefenaar en zorginstelling is verplicht om goede zorg te leveren, zoals omschreven in art. 2 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Deze wetsbepaling verstaat onder goede zorg 'zorg van goede kwaliteit en van goed niveau, die in elk geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, *tijdig* wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt'. Daarbij geldt dat elke beroepsbeoefenaar moet handelen als een goed hulpverlener, met inachtneming van de geldende professionele standaard (art. 7:453 BW).
De verplichting om 'goede zorg' te verlenen houdt niet alleen in dat de zorg moet worden verleend die state of the art is, maar ook dat de patiënt wordt doorverwezen in gevallen waarin dat nodig is; dat wil zeggen in gevallen waarin elders betere zorg kan worden verleend, omdat op die plek meer expertise is of betere voorzieningen aanwezig zijn. Dat betekent dat elke zorgverlener zich bewust dient te zijn van de grenzen en beperkingen van de eigen ervaring en deskundigheid. Als die grens is bereikt, vloeit uit de wettelijke plicht tot het verlenen van goede zorg voort, dat de patiënt wordt overgedragen aan een zorgverlener of zorginstelling die wel de juiste deskundigheid heeft of een locatie waar betere interventiemogelijkheden beschikbaar zijn.

Samenwerking

Net als het begrip 'goede zorg' wordt in de wetgeving ook de verantwoordelijkheden van zorgverleners bij samenwerking slechts heel summier uitgewerkt. Art. 3 Wkkgz spreekt van een adequate 'toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten'. Deze wetsbepaling richt zich met name op de interne situatie binnen een zorginstelling, maar de genoemde normen gelden evenzeer bij

De MMT-arts is een anesthesioloog of een traumachirurg met uitgebreide aanvullende training en opleiding in acute geneeskunde.

HOLLANDSE HOOGTE

samenwerking tussen zorginstellingen, zoals tussen een perifeer ziekenhuis en een H-MMT. Een en ander is nader uitgewerkt in de handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.[5] Deze handreiking is in belangrijke mate gebaseerd op de tuchtrechtspraak uit de jaren voor 2010, en wordt inmiddels in de recente tuchtrechtspraak door de tuchtcolleges als meetlat gehanteerd. De handreiking bevat dertien aandachtspunten voor samenwerking in de zorg. In dit kader is vooral punt 7 van belang: 'Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband zijn alert op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door naar een andere zorgverlener. Zij zijn op de hoogte van de kerncompetenties van de andere betrokken zorgverleners'.

Verschil van mening

In de situatie waarin een patiënt voor wie een H-MMT wordt ingeroepen, toch eerst in een perifeer ziekenhuis belandt – zoals in de casus – is dat ziekenhuis in eerste instantie verantwoordelijk voor de zorgverlening aan de patiënt. Het ziekenhuis beslist formeel welke interventies of onderzoeken worden uitgevoerd en of de patiënt alsnog wordt overgeplaatst. De MMT-arts kan zo'n beslissing niet afdwingen, hooguit forceren. Bij een verschil van mening heeft deze arts formeel gezien geen doorzettingsmacht.
Je zou wel kunnen zeggen dat het ziekenhuis in het geval van een weigering tot tijdige overplaatsing geen 'goede zorg' verleent, omdat het de patiënt betere zorg dan het ziekenhuis zelf kan bieden onthoudt. Dit kan juridische consequenties hebben, bijvoorbeeld in de sfeer van het tuchtrecht.
Idealiter worden in dit soort situaties natuurlijk beslissingen op basis van consensus genomen, maar als daar geen sprake van is, doemen tal van vragen op. Bijvoorbeeld of de zorgverleners in het perifere ziekenhuis zich voldoende bewust zijn van de beperkingen van hun mogelijkheden en of zij voldoende op de hoogte zijn van de kennis en ervaring van MMT-artsen. Verwacht mag worden dat het ziekenhuis openstaat voor de mening en argumenten van de MMT-arts en deze nadrukkelijk meeweegt bij het nemen van beslissingen over de zorgverlening aan de patiënt.

Landelijke afspraken

In de casus wordt een H-MMT ingezet voor een man met ernstig geïsoleerd neurotrauma. Het ambulancepersoneel besluit de komst van het H-MMT niet af te wachten, kiest voor '*scoop and run*' naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis en verzoekt het H-MMT koers te zetten naar dit ziekenhuis voor eventuele assistentie en secundair transport. De MMT-arts is niet welkom op de shockroom, maar weigert zich afzijdig te houden. Er ontstaat verschil van inzicht over het te volgen medisch beleid. De MMT-arts neemt het initiatief om directe behandeling af te dwingen en transporteert de patiënt naar een level-1-traumacentrum en neemt hiermee juridisch een controversiële positie in.
Een vergelijkbare situatie kan zich in de toekomst opnieuw voordoen. Om dit te voorkomen, zijn kennis, goede communicatie, voorlichting en landelijke afspraken noodzakelijk. Hiervoor is intensief overleg nodig tussen betrokkenen op bestuurlijk niveau – met mogelijk een centrale rol voor het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) – en de uitvoerende medici, en niet alleen naar aanleiding van incidenten. Uiteindelijk streven we naar goede acute zorg, die helder is omschreven in toetsbare richtlijnen. ■

contact
ed.spoelder@radboudumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web
De voetnoten en meer artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE AIOS

GOED GEDAAN!

Met elke patiënt die wordt opgenomen moet het reanimatiebeleid worden besproken. Het is een onderdeel van het behandelplan dat zorgvuldig moet worden besproken. Als beginnende anios maakte ik, na een training, deel uit van het reanimatieteam. Een van de eerste oproepen betrof een 83-jarige vrouw, zelfstandig wonend en voorheen opvallend gezond. Ze was opgenomen ter observatie voor rugpijn en nu niet aanspreekbaar in haar bed aangetroffen. Het reanimatiebeleid was bij opname niet besproken, wat inhield dat er geen beperkingen waren. In korte tijd was het hele reanimatieteam routinematig aan de slag gegaan. Ik was diep onder de indruk van de intensiteit van de hartmassage en het effect op het kleine tengere lichaam.
Na twaalf minuten kreeg ze output en werd meegenomen naar de ICU. Opgelucht keken we naar elkaar en de intensivist riep: 'Goed gedaan allemaal!'
Ze bleek een longembolie te hebben en een onderliggend gemetastaseerd coloncarcinoom. Na een lang en gecompliceerd nabeademingstraject ging ze half verlamd in een rolstoel naar het verpleeghuis. Volgens haar dochter was haar verlies aan zelfstandigheid, haar ergste nachtmerrie. Ze overleed drie maanden later.
Als met haar was besproken wat reanimeren inhoudt en dat het op haar leeftijd in meer dan 90 procent van de gevallen niet succesvol is, was haar een hoop ellende bespaard gebleven. Helaas merk ik dat ook ik dit moeilijke gesprek soms vermijd of er onvoldoende tijd voor neem. Het kan lastig zijn om de juiste toon te vinden. Misschien is het tijd voor een verplichte cursus 'reanimatiebeleid bespreken'.

Lewar Bekas
aios interne geneeskunde