

Vitaal bedreigde patiënt

Een van de tien thema's van het VMS veiligheidsprogramma is de vroegtijdige herkenning van de patiënt met vitaal bedreigde functies. Deze patiënt loopt grote kans op schade of zelfs overlijden als er niet snel wordt ingegrepen. [Paulien Spieker]

Op basis van buitenlands onderzoek is bekend dat 70 procent van de patiënten met een circulatiestilstand in de acht uur daarvoor ademhalingsproblemen had. Ook weten we dat twee derde van de patiënten met een circulatiestoornis in de zes uur daarvoor abnormale symptomen had, maar dat de arts bij maar een kwart van deze patiënten daarover is geïnformeerd. De gedachte is dus gerechtvaardigd dat als deze alarmsignalen eerder worden opgepikt er treffende maatregelen kunnen worden genomen om reanimatie of overlijden te voorkomen. Dat is de kern van het thema *Vroegtijdige herkenning van de patiënt met vitaal bedreigde functies*. Het thema steunt op drie belangrijke pijlers: vroegtijdige herkenning van alarmsignalen bij de patiënt en vervolgens een snelle interventie door een special spoedinterventieteam (SIT). De derde pijler betreft evaluatie, feedback, registratie van gegevens en scholing. Ic-verpleegkundige Rommy te Vaarwerk, de verpleegkundige 'trekker' van het Spoed Interventie Team van ziekenhuis Rijnstate in Arnhem, zat in de expertgroep die een praktijkgids heeft samengesteld over dit onderwerp. Rijnstate heeft al dik tien jaar een SIT en dus veel ervaring.

WIEL UITVINDEN

"Onze belangrijkste boodschap naar collega's in andere ziekenhuizen die met dit thema aan de slag gaan is: ga niet meer zelf het wiel uitvinden", zegt Rommy te Vaarwerk. Dus vertrouw op de criteria, interventies en tips van het expertteam. Op een intensive care, waar de vitale functies bij de patiënt vrijwel constant worden gemeten, wordt snel duidelijk dat een of meerdere vitale functies achteruitgaan. Maar op de verpleegafdeling, waar drie maal daags of zelfs minder frequent wordt gemeten, wil het nog wel eens misgaan. Te Vaarwerk: "Vroeger waren

we verplicht om bij elke patiënt standaard drie keer per dag pols, tensie, ademhaling en temperatuur te meten. Dat is in veel instellingen losgelaten. Het is misschien niet nodig om bij een operatiepatiënt die al een paar dagen geleden is geopereerd en al mobiel is en met wie het goed gaat, rigide alle controles uit te voeren. Maar het is belangrijk dat is geprotocolleerd wanneer en bij wie de controles moeten worden uitgevoerd. En natuurlijk is het ook belangrijk die controles dan ook uit te voeren. Drukke op de afdeling of hoge werkdruk mogen geen argument zijn om de controles niet uit te voeren."

CRITERIA

Het expertteam heeft de volgende criteria opgesteld waarbij alarmering van het spoedinterventieteam geïndiceerd is:

- systolische bloeddruk < 90 mmHg of > 200 mmHg
- hartritme < 40 of > 130 slagen per minuut
- zuurstofsaturatie < 90 % ondanks zuurstof toediening
- ademfrequentie < 8 of > 30 keer per minuut
- bewustzijnsverandering met een afname van > 2 punten op de Glasgow Coma Scale
- ongerustheid van de verpleegkundige en/of arts

Verder geeft de expertgroep aan dat eventueel het criterium kan worden toegevoegd van een urineproductie van minder dan 75 ml/4 uur.

NIET-PLUIS

Een belangrijk argument om alarm te slaan is het niet-pluisgevoel van een arts of verpleegkundige. Rommy te Vaarwerk: "Soms zie je aan een patiënt: het gaat niet goed. Dan heb je vaak je controles nog niet uitgevoerd, maar is de patiënt bijvoorbeeld grauw of bleek en zegt je intuïtie dat het niet goed gaat. Of als iemand collabeert, is het ook evident om alarm te slaan: dan is er sprake van een bewustzijns-

daling van meer dan twee punten." Als er bij de patiënt sprake is van een van de genoemde criteria, waarschuwt de verpleegkundige als eerste de hoofdbehandelaar. Die kan besluiten zelf in te grijpen: dan stelt hij binnen een half uur een behandelplan op en wordt na een uur geëvalueerd of de behandeling effect heeft. Is dat niet het geval, dan roept hij het SIT op. De hoofdbehandelaar kan ook meteen besluiten het SIT op te roepen. Een spoedinterventieteam bestaat uit een ic-verpleegkundige, een cc-, of seh-verpleegkundige en een arts die is geschoold in de critical care, dus bijvoorbeeld een intensivist of anesthesioloog. Het SIT is klokje rond oproepbaar en is binnen 10 minuten ter plaatse.

Aan de hand van tien thema's van het VMS-veiligheidsprogramma moet de zorg in Nederlandse ziekenhuizen veiliger worden.

De tien thema's zijn:

1. Voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie (POWI).
2. Voorkomen van schade bij patiënten door sepsis (bloedvergiftiging).
3. **Vroegtijdige herkenning van patiënten met vitaal bedreigde functies.**
4. Voorkomen van medicatiegerelateerde fouten, met name bij overdrachtsmomenten.
5. Voorkomen van onbedoelde vermijdbare schade bij oudere patiënten.
6. Voorkomen van sterfte ten gevolge van een hartinfarct.
7. Voorkomen van onnodig pijn lijden door patiënten.
8. Voorkomen van incidenten bij het bereiden en toedienen van high-risk medicatie.
9. Voorkomen van verwisseling van patiënten, en bij patiënten.
10. Voorkomen van nierinsufficiëntie bij gebruik van contrastmiddelen en medicatie.



AMBULANCE VAN HET ZIEKENHUIS

In Rijnstate zijn zo'n zestig verpleegkundigen speciaal geschoold en kunnen in het team worden ingezet. In de praktijk is het SIT tevens het reanimatieteam. "Ik zeg het wel eens zo", zegt Rommy te Vaarwerk, "Wij zijn de ambulance van het ziekenhuis. Bij een reanimatie gaat het om een A1-rit, laat je alles uit handen vallen en ga je er met loeiende sirenes op af. Als we een SIT-oproep krijgen, gaat het om een A2-rit en kun je nog even afmaken waar je mee bezig was, als je er maar binnen tien minuten bent." Het spoedinterventieteam neemt maatregelen om de vitale functies van de patiënt weer op een gewenst niveau te krijgen. Soms is vervoer van de patiënt naar de intensive care noodzakelijk. In een enkel geval moet het SIT overgaan tot reanimatie. Maar het is natuurlijk de bedoeling om reanimatie te voorkomen. Rommy te Vaarwerk, die al sinds 1997 de gegevens bijhoudt van het SIT van Rijnstate, signaleert vanaf 1997 een toename van het aantal SIT-oproepen en een afname van het aantal reanimaties. Of de afname van het aantal reanimaties alleen te danken is aan het SIT kan hij niet zeggen: "Er wordt vaker aan patiënten gevraagd of zij wel gereanimeerd willen worden. Er is een toename van het aantal patiënten met een niet-reanimeerbeleid." Derde pijler van het thema *Vroegtijdige herkenning van de vitaal bedreigde patiënt* is de borging van het systeem, waarbij communicatie en feedback een belangrijke rol spelen. Het is van belang dat de melder positief en niet bestraffend wordt benaderd of terzijde wordt geschoven. Het is de bedoeling dat degene die het SIT heeft opgeroepen bij de interventies betrokken blijft en dat iedereen leert van de situatie. Vandaar dat wordt geadviseerd om interventies die goed zijn verlopen te bespreken. Ook is het belangrijk om alle gegevens goed op te slaan onder het motto 'meten is weten'. Op grond van data-analyse kunnen trends of patronen worden ontdekt, die weer tot verbeteracties kunnen leiden. Rommy te Vaarwerk heeft tips voor verpleegkundigen in ziekenhuizen die met dit onderwerp gaan beginnen: "Maak goede afspraken en leg die vast. Begin op een ic of seh-afdeling en bouw het project daarna uit. Het opzetten en deelnemen aan een SIT kost tijd en zeker de dataverwerking schiet er nog wel eens bij in. Claim fte's daarvoor. En zorg voor deugdelijk materiaal. In grote instellingen is het belangrijk meerdere karren te hebben."