

Overlijden na multi orgaan falen

Wat is er gebeurd?

In het voorjaar van 2017 werd een man met nierkanker in het UMC opgenomen. Er waren uitzaaiingen naar de onderste ruggenwervel, wat zeer veel pijn veroorzaakte. Ook bestond het gevaar op een dwarslaesie. Tegelijkertijd moest de nierkanker zelf bestreden worden. Er was sprake van een complexe situatie, waarbij verschillende zorgverleners vanuit verschillende specialismen betrokken waren.

De patiënt moest geopereerd worden om de problemen te behandelen. Tijdens de screening voor de bewuste operatie waren de pijnklachten van de patiënt zo hevig, dat er geen groen licht gegeven werd om te opereren. Om de pijn onder controle te krijgen werd de pijnmedicatie opgehoogd.

Gedurende de dag verslechterde de conditie van de patiënt. Mogelijke oorzaken werden door het behandelteam uitgesloten, bijvoorbeeld of er sprake was van overdosering van de pijnmedicatie. Pas na veel overleg werd aan het begin van de avond besloten om de patiënt op de intensive care (IC) op te nemen. Daar werd duidelijk dat de patiënt een zeer ernstige infectie had en dat meerdere organen hierdoor faalden. Ondanks de intensieve zorg die avond en nacht raakte de patiënt de volgende ochtend in een reanimatiesetting en overleed.

Hoe kon dit gebeuren?

Onderdeel van de behandeling van de patiënt was een geneesmiddel dat de werking van het eigen immuunsysteem beïnvloedt. Een negatief gevolg hiervan is, dat bepaalde infecties zich makkelijker kunnen vestigen. Als voorzorg kunnen er antibiotica samen met het middel gegeven worden, om zulke infecties te voorkomen. Pas de dag voor het overlijden werd behandeling met de antibiotica gestart.

Wat is er misgegaan?

Het onderzoek wijst uit, dat het overlijden van de patiënt waarschijnlijk niet voorkomen had kunnen worden. De patiënt was namelijk in een bijzonder korte tijd (circa 6 uur) zeer snel achteruit gegaan. Toch zijn er zorg aspecten die achteraf gezien beter hadden gekund.

Op het gebied van de antibiotica uit voorzorg, blijkt dat het voorschrijven ervan in deze specifieke situatie geen standaard praktijk is in het ziekenhuis. Het was achteraf gezien beter geweest als dit wel was gebeurd.

Toen duidelijk werd dat de patiënt verslechterde is er nog veel overlegd en onderzoek uitgevoerd. Er zijn een paar concrete zaken die hebben voorkomen dat het besluit tot opname op de IC zo vroeg mogelijk kon worden genomen:

- Er is een systeem dat in het ziekenhuis gebruikt wordt om een klinische verslechtering van patiënten te beoordelen. Dat systeem heet de MEWS (modified early warning score, of vroege waarschuwings-score). Aan de hand van vaste, meetbare punten zoals hartslag en bloeddruk wordt een score bepaald. Bij een hoge score is het advies dat de IC erbij wordt gevraagd. In het geval van deze patiënt is de IC niet vroegtijdig betrokken. Het score systeem was niet goed bekend bij het personeel.
- Gedurende de dag was er veel overleg over de patiënt. Voor de arts die op zo'n moment om hulp gevraagd wordt, is het lastig inschatten hoe ernstig de situatie is, zeker als dat overleg niet via een vast score-systeem gaat.
- Er lijkt een drempel te hebben bestaan om de IC al vroeg te bellen. De veronderstelling was, dat de zorgverleners van de IC niet direct de patiënt zouden beoordelen, als er niet eerst een internist – nog een andere specialist – betrokken was geweest.

Disclaimer. Conform de afspraken die de NFU met de deelnemende UMC's heeft gemaakt, is deze informatie anoniem gemaakt. Deze tekst is tot stand gekomen met toestemming van de patiënt. De NFU heeft de tekst afgestemd met de betrokkenen binnen het UMC, maar is niet verantwoordelijk voor eventuele onjuistheden.

Wat is hiervan geleerd?

Een belangrijk verbeterpunt is dat MEWS een grotere rol heeft gekregen in het volgen van de klinische conditie van patienten op de verpleegafdeling, ook om hierover met elkaar te communiceren en in de besluitvorming.

- Artsen die in consult worden genomen, vragen nu duidelijk de score uit, zodat ze beter dan voorheen de ernst kunnen inschatten.
- Kennis over MEWS is breed verspreid, zodat een ieder weet hoe om te gaan met het uitvoeren van een MEWS en wanneer naar de IC te escaleren.

Hoe is de patiënt erbij betrokken?

De nabestaanden, de echtgenote en een zwager van de patiënt, werden geïnterviewd en de resultaten van het onderzoek werden met hen besproken in aanwezigheid van de betrokken intensive care arts. De nabestaanden waardeerden de openheid en de wijze waarop het onderzoek was uitgevoerd evenals de verbetermaatregelen.