

Doet de dokter ertoe bij rouwen?

Wat de dokter heeft gedaan, doet ertoe bij rouwen. Dat zeggen achtergebleven partners van patiënten die overleden zijn in een kwalitatief onderzoek naar de door hen ervaren zorg van huisartsen.

De emeritus hoogleraren Dokter, Prins, Verhagen en hun collega's Van Amerongen, Aulbers en Braams interviewden 26 nabestaanden. De insteek was het proces van rouwverwerking te bespreken en de invloed van het rouwproces op het dagelijks leven. Een belangrijk thema was de invloed van de zorg op de rouw. Als de zorg thuis of in het ziekenhuis goed verloopt, staat dat rouwen niet in de weg.

Maar als het misgaat, maakt dat het rouwen lastig en kan een rouwproces vastlopen. In zeker 6 van de 26 interviews kwam tekortschieten van de zorg naar voren, variërend van te snel ontslag tot stellige overtuigingen over de prognose (zowel te optimistisch als te pessimistisch). Het is verbazingwekkend hoe vaak misverstanden ontstaan door verkeerde communicatie. In bijna 1/3 van de interviews geven nabestaanden aan dat de communicatie dusdanig problematisch was dat het rouwen in de weg staat. In het algemeen beschrijven nabestaanden dat vragen over tekortschietende zorg

en problemen in de communicatie hen nog lang bezighoudt, vooral wat er was gebeurd met hun dierbaren als dit niet had plaatsgevonden.

Het onderzoek is in een goed leesbare brochure uitgegeven. Er staan veel herkenbare verhalen in voor huisartsen en patiënten, met aanbevelingen die ertoe doen voor alle dokters!

Eric van Rijswijk

Invloed van medische zorg op rouwprocessen bij ouderen [brochure]. Verkrijgbaar via h.j.dokter@hetnet.nl.

De AED het ziekenhuis uit!



Foto: Shutterstock/Renewer

AED's zijn bedoeld om de tijd tussen een hartstilstand en defibrillatie te verminderen en overleving te verbeteren. Een AED kan de overleving buiten het ziekenhuis verbeteren: bij 45 tot 71% gaat het om een defibrilleerbare hartstilstand. In het ziekenhuis is de AED veel minder effectief of zelfs schadelijk omdat slechts 20% van de opgenomen patiënten een te defibrilleren hartaandoening heeft.

Amerikaanse onderzoekers volgden 11.695 patiënten met een hartstilstand in 204 verschillende ziekenhuizen tus-

sen 2000 en 2008. Het aanbrengen van de plakkers en het wachten op de analyse kostte 46 tot 52 seconden. Dit leidde tot onderbrekingen van de massage in de eerste cruciale minuten van de reanimatie met een negatief effect op de overleving. Liefst 82% van de patiënten had een niet-shockbaar ritme (asystolie of polsloze elektrische activiteit), 18% had ventrikelfibrilleren of een polsloze ventriculaire tachycardie. Als 80% niet 'te klappen' is, verklaart dat de afgenomen overlevingskans. In die eerste minuten is

de perfusie van de vitale organen immers het belangrijkste. AED-gebruik bleek geassocieerd met een lagere overlevingskans in vergelijking met de conventionele werkwijze (16,3 versus 19,3%; RR 0,85 $p < 0,001$). Bij de niet-shockbare ritmes was het verschil groter (10,4% versus 15,4%; RR 0,74 $p < 0,001$). De shockbare ritmes sprongen er niet uit (RR 1,0). Hoewel een AED in het ziekenhuis eerder ter plekke kan zijn dan een conventioneel apparaat, gaat dit voordeel verloren door het eerder beschreven tijdverlies. Daarnaast is de eerste shock met de AED vaak suboptimaal in tegenstelling tot de handmatig te kiezen sterkte bij de conventionele apparatuur.

Dit onderzoek laat zien dat er een groot verschil is tussen de ziekenhuispopulatie en de buitenwereld. Dat laatste domein is dat van de huisarts en voor ons verandert dit onderzoek niets. Voor ziekenhuizen zijn de resultaten echter wel *shocking* en de vraag is welk ziekenhuis hier het beleid op durft aan te passen.

Mark Valk

Chan PS, et al. Automated external defibrillators and survival after in-hospital cardiac arrest. JAMA 2010;304:2129-36.