

Casus mevr L

- ▶ Alleenwonende vrouw van 89 jaar.
- ▶ Tweemaal daags Buurtzorg voor ADL-ondersteuning, insuline ea medicatie
- ▶ Een jaar dagelijks diarree met slijm. Geen bloed, geen pijn, valt niet af.
- ▶ Wil geen onderzoek, niet naar ziekenhuis, thuis sterven.
- ▶ Kinderen zijn het eens met haar keuzes

Totdat...

- ▶ Op een dag in het weekend wordt mevrouw gevonden in een plas bloed, diarree en braaksel. Ze is bewusteloos.
- ▶ De kinderen bellen Buurtzorg, er komen 2 verpleegkundigen.
- ▶ Iedereen is in paniek.
- ▶ De eigen huisarts wordt niet gebeld, de HAP wel. De dienstdoende huisarts belt de ambulance, mevrouw gaat naar de SEH.
- ▶ Veel onderzoek, oa CT-buik en coloscopie: darmkanker, uitgezaaid.
- ▶ Abstinerend beleid iom kinderen.
- ▶ Mevrouw overlijdt na 7 dagen in ziekenhuis.

Vragen

- ▶ Welke kritische beslismomenten kun je herkennen?
- ▶ Welke momenten kun je zien aankomen, welke niet?
- ▶ Kon je anticiperen op wat er is gebeurd?
- ▶ Is shared decision making wel mogelijk?
- ▶ Op welke momenten had het beleid kunnen worden aangepast en door wie?

Mogelijk ander scenario

- ▶ Mevrouw wordt bewusteloos aangetroffen in bloed, diarree en braaksel.
- ▶ De eigen huisarts wordt gebeld en komt direct langs. Of de HAP weet de wensen en het beleid, zodat de dienstdoende huisarts dat kan uitvoeren.
- ▶ In overleg met Buurtzorg en kinderen worden besloten tot een abstinerend beleid thuis.
- ▶ Mevrouw overlijdt thuis, zoals ze zelf wilde.

Wat is er nodig voor dit scenario?

- ▶ Vastleggen van wensen en beleid: wie moet dit allemaal weten en hoe zorg je dat dit gebeurt?
- ▶ Buurtzorg moet kunnen overleggen met (dienstdoend) huisarts in noodgevallen. Deze moet op de hoogte zijn van de situatie, en de wensen rond levensende.
- ▶ In paniek situaties moet iemand het hoofd koel houden.

Of zelfs:

- ▶ Op de SEH kan worden afgezien van verder onderzoek, als de levenseinde-wensen bekend zijn.
- ▶ Tijdens opname kan de beslissing worden genomen dat mevrouw naar huis gaat om te sterven.