

# Multidisciplinaire Richtlijn Besluitvorming over reanimatie

Anticiperende besluitvorming over  
reanimatie bij kwetsbare ouderen

Deel 1

Samenvatting en aanbevelingen

## Colofon

Dit is een uitgave van Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters.

## Initiatief en organisatie

Verenso

## Deze richtlijn is in samenwerking met de volgende organisaties tot stand gekomen:

- het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)

## Financiering

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

## Disclaimer

Dit is een uitgave van Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters. De publicatie is tot stand gekomen dankzij subsidie van het ministerie van VWS. Alles uit deze uitgave mag gebruikt worden met bronvermelding voor publicatie. Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden de auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend. Onjuistheden en/of suggesties voor verbeteringen kunt u doorgeven aan Verenso.

## Uitgave

© Verenso, 2013  
ISBN 978-90-74785-14-3

## Ontwerp

Het Lab grafisch ontwerpers, BNO Arnhem

## Druk

Rikken Print b.v.

## Deze publicatie is te bestellen bij Verenso

Postbus 20069  
3502 LB Utrecht  
T 030 28 23 481  
F 030 28 23 494  
info@verenso.nl  
of via [www.verenso.nl](http://www.verenso.nl)

# Multidisciplinaire Richtlijn

# **Besluitvorming**

# **over reanimatie**

Anticiperende besluitvorming over  
reanimatie bij kwetsbare ouderen

Deel 1

Samenvatting en aanbevelingen

## Richtlijnwerkgroep

- Prof. dr. J.J.M (Hans) van Delden, voorzitter en specialist ouderengeneeskunde
- Drs. R.P. (Ronald) van der Endt, huisarts namens het NHG
- E. (Everlien) de Graaf, RN Msc, namens V&VN
- Mr. drs. R. (Robert) Helle, specialist ouderengeneeskunde namens Verenso
- H. (Hanneke) Ikking, kwaliteitsverpleegkundige, namens V&VN (vanaf 1 december 2011)
- Drs. A.J. (Arnoud) Klein Ikkink, huisarts en NHG-stafid (tot mei 2011)
- Mr. drs. H.V.U. (Riekje) Kaptein, specialist ouderengeneeskunde namens Verenso
- Drs. M.W.F (Martin) van Leen, specialist ouderengeneeskunde namens Verenso, tevens lid van de NHG/CBO-werkgroep voor richtlijnen hartfalen en cardio-vasculair risicomangement (vanaf januari 2012)
- Drs. L. (Laura) de Vries, huisarts en NHG-stafid (vanaf september 2011)
- P. (Peter) de Vrij, nurse practitioner, namens V&VN (tot 1 december 2011)

## Focusgroep

- Mr. C.B.M.M. (Christine) Hoegen, opgevolgd door drs. A. Mulder, namens ActiZ
- L. (Lena) Hillenga, namens LOC Zeggenschap in de zorg
- Drs. A. (Ank) van Drenth, namens de Hartstichting en Nederlandse Reanimatie Raad (NRR)

## Geraadpleegde experts\*

- Namens de Nederlandse Reanimatie Raad: dr. F.W. Dijkers, huisarts; dr. R.W. Koster, cardioloog AMC; M. Maas, secretaris en dr. M.I. Kuiper neuroloog/intensivist MCL Leeuwarden voor hoofdstuk 2.
- Drs. R.M.G. van Dijk, specialist ouderengeneeskunde, reanimatieinstructeur NRR, geraadpleegd voor de paragraaf t.
- Dr. F.M. (Fuusje) de Graaff, adviseur interculturele communicatie en omgangskunde in de zorg, geraadpleegd voor hoofdstuk 4.

## Stuurgroep

- Drs. I. (Inge) van der Stelt, beleidsmedewerker Verenso
- Dr. J. (Jean) Vriezen, senior wetenschappelijk medewerker NHG, afdeling richtlijnontwikkeling en wetenschap, sectie samenwerking
- Drs. J. (Joke) de Witte, adviseur Ethiek V&VN

## Projectgroep

- Drs. C.M. (Corinne) de Rooter, projectleider/beleidsmedewerker Verenso, hoofdauteur
- Dr. M.G.T. (Maria) Dolders, beleidsmedewerker wetenschap, Verenso
- Mr. R.B.J. (Roy) Knuiman, jurist Verenso

## Ondersteuning en advies

- Dr. ir. J.J.A (Hans) de Beer, richtlijnmethodoloog en namens het CBO verantwoordelijk voor het CBO-evidencerapport en evidencetabellen voor hoofdstuk 2 (in deel 3)
- Drs. L.P.M. (Lauri) Faas, communicatieadviseur Verenso
- J. (Judith) Heidstra, beleidsondersteuner Verenso
- Leden van de Verenso-commissie Wetenschappelijke Richtlijnontwikkeling (WRO) onder leiding van drs. M. Smalbrugge (EMGO-instituut, VUMC)

## Respondenten commentaarfase richtlijn\*

De onderstaande respondenten hebben commentaar op de richtlijn geleverd. Deze groep verschilt deels van de referenten voor de LESA die in de LESA zelf genoemd worden. De bijbehorende tekst voor ouderen en hun naasten is door een aantal patiëntenorganisaties becommentarieerd die benoemd zijn in die patiëntentekst.

- Geraadpleegde experts en leden focusgroep
- Namens de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG): prof. mr. A.C. Hendriks, juridisch adviseur en coördinator gezondheidsrecht
- Namens de Nederlandse Patiënten Vereniging: C.H. Ariese, beleidsmedewerker collectieve belangenbehartiging
- Namens de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG): S.A. Huisman, arts voor verstandelijk gehandicapten, Prinsentichting te Purmerend
- Namens de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC): drie anonieme cardiologen via dr. W.R.P. Agema, cardioloog
- Namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG): drs. A.J. Arends, klinisch geriater en drs. L.K. Lam, klinisch geriater.
- Namens de Protestants Christelijke Ouderenbond (PCOB): G. Abramse, beleidsadviseur
- Namens de Vereniging Huisartsenposten: Ellen Spierings, beleidsmedewerker
- Namens de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN): drs. J.P.F. Noordover en M. Delwig, senior beleidsmedewerkers
- E. van Engelen, ambulancehulpverlener
- Drs. A.J. Klein Ikkink, huisarts te Breukelen
- Drs. B. Ott, kaderhuisarts ouderengeneeskunde Zeist
- Drs. V.R.M. Moolaert, revalidatiearts/onderzoeker, Adelante te Hoensbroek
- Drs. M. van Soest-Poortvliet, onderzoeker EMGO instituut VUMC
- Dr. ir. J.T. van der Steen, onderzoeker EMGO instituut VUMC
- Drs. H. van der Wedden, socioloog en verpleegkundige
- Huisartsen uit het NHG-bestand
- Specialisten ouderengeneeskunde uit het Verenso-ledenbestand
- Verpleegkundigen en verzorgenden uit het ledenbestand van V&VN

\* Naamsvermelding betekent niet dat de expert/referent de tekst inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	4
<b>Stroomdiagram</b>	7
<b>Definities</b>	8
<b>Conclusies en aanbevelingen over het medisch beleid bij anticiperende besluitvorming over reanimatie</b>	10
<b>Aanbevelingen vanuit het ethisch en juridisch kader voor anticiperende besluitvorming over reanimatie</b>	13
<b>Aanbevelingen over gespreksvoering over anticiperende besluitvorming met individuele ouderen</b>	17
<b>Aanbevelingen over randvoorwaarden voor uitvoering van anticiperende reanimatiebesluiten</b>	18

*Bij de richtlijn over dit onderwerp horen ook*

- deel 2: de integrale tekst van de richtlijn
- deel 3: het bijbehorende CBO-evidencerapport en –evidencetabellen over uitkomsten en prognostische factoren bij reanimatie buiten het ziekenhuis (OHCA) en binnen het ziekenhuis (IHCA) in de internationale literatuur
- de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA)
- de voorlichtingstekst voor ouderen en hun naasten

## Leeswijzer

Vanwege de leesbaarheid wordt in deze richtlijn gesproken van:

- patiënt waarvoor ook bewoner, cliënt of klant gelezen kan worden;
- zorgsetting, waarmee alle zorgsettings, zoals thuis, verpleeghuis of ziekenhuis, worden bedoeld, tenzij anders aangegeven;
- zorginstelling waarmee een intramurale voorziening zoals verzorgingshuis of verpleeghuis wordt bedoeld;
- hij of hem waarvoor ook zij of haar gelezen kan worden;
- behandelend arts waar hoofdbehandelaar wordt bedoeld;
- verzorgende, verpleegkundige en praktijkondersteuner waar ook de verpleegkundig specialist of praktijkverpleegkundige wordt bedoeld werkzaam in het verpleegkundig domein.

In deze samenvatting correspondeert de nummering van de aanbevelingen met de hoofdstuknummering. Zo is de eerste aanbeveling 2a, omdat in hoofdstuk 1 geen aanbevelingen voorkomen.

# Samenvatting

Kwetsbare ouderen hebben evenveel recht op goede zorg als elk mens in een andere levensfase. Deze – veelal hoogbejaarde ouderen – hebben vaak meerdere (chronische) aandoeningen tegelijk die meestal samengaan met lichamelijke, psychische, communicatieve en/of sociale beperkingen. Hierdoor zijn zij afhankelijk van hulp bij het dagelijkse leven. Ook geldt voor hen vaak een beperkte levensverwachting. De medische zorg aan deze groep richt zich er op hen een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te bieden. Samen met de individuele kwetsbare oudere weegt de arts daarbij de meerwaarde en belasting van medische handelingen zorgvuldig tegen elkaar af. Dit is nog belangrijker bij kwetsbare ouderen met een beperkte levensverwachting. Daarom bestaat er discussie of reanimatie bij kwetsbare ouderen medisch zinvol is. Publiekscampagnes leggen veel nadruk op het belang van snelle reanimatie om levens te redden. Toch is het goed te beseffen dat reanimatie niet alleen een overlevingskans biedt maar ook kan leiden tot blijvende ernstige schade. Sommige kwetsbare ouderen en hun naasten zien een plotselinge circulatiestilstand als een gewenste milde natuurlijke dood. Als dan toch gereanimeerd wordt, kan dit een verstoord sterf- en rouwproces veroorzaken.

Goede zorg omvat zorgvuldige anticiperende besluitvorming over reanimatie die is afgestemd op de opvattingen van de patiënt. Gespreksvoering over reanimatie is onderdeel van advanced care planning waarbinnen ook met de patiënt gesproken wordt over zijn eventuele wensen over de overige zorg rond het levenseinde. Deze richtlijn beschrijft de kansen op overleving en schade na reanimatie van kwetsbare ouderen en de wijze van besluitvorming daarover in samenspraak met de patiënt.

Hoewel de overlevingskansen na reanimatie bij kwetsbare ouderen laag zijn, biedt alleen reanimatie enige kans op overleving bij een circulatiestilstand. Hoofdstuk 2 vat de gevonden evidence samen. Daaruit blijkt dat 2,4-14% van de 70-plussers overleeft<sup>1</sup> na reanimatie bij een circulatiestilstand buiten het ziekenhuis. Ongeveer de helft daarvan, 1,2-5,7% van alle gereanimeerde 70-plussers, houdt geen tot milde neurologische schade over. De andere helft van de overlevenden heeft blijvende ernstige neurologische schade. Voor 80-plussers geldt dat 3,3-9,4% overleeft na reanimatie bij een circulatiestilstand buiten het ziekenhuis. Bij mensen met bepaalde aandoeningen gelden nog lagere overlevingskansen.

Omgekeerd betekent dit dat 86-97,6% van de 70-plussers en 90,6-96,7% van de 80-plussers overlijdt bij een circulatiestilstand na reanimatie buiten het ziekenhuis en dat er weinig kans is dat de overlevenden zonder blijvende (neurologische) schade hun leven zelfstandig kunnen voortzetten.

Gevonden evidence toont aan dat er geen specifieke groepen te benoemen zijn waarbij de reanimatie kansloos is. Er bestaat geen landelijke 'norm' bij welk overlevingspercentage reanimeren als medisch zinloos handelen te beschouwen is. Wel is duidelijk dat kwetsbare ouderen een zeer kleine kans hebben om reanimatie zonder schade te overleven naarmate de leeftijd stijgt en bij toenemende comorbiditeit. Dat geldt zeker als de circulatiestilstand buiten het ziekenhuis plaatsvindt, in het bijzonder als de circulatiestilstand plaatsvindt zonder dat er een ooggetuige is die direct adequate hulp kan verlenen.

<sup>1</sup> In de wetenschappelijke literatuur wordt met overleving bedoeld dat gereanimeerde patiënten levend het ziekenhuis verlaten.

Tijdens een circulatiestilstand is overleg met de patiënt onmogelijk omdat deze buiten bewustzijn is. Een anticiperend reanimatiebesluit kan dan helderheid bieden of reanimatie gewenst en afgesproken is. Deze richtlijn pleit ervoor individuele kwetsbare ouderen tijdig een gesprek aan te bieden over reanimatie. De behandelend arts kan daarin – op basis van de evidence in deze richtlijn – aan de individuele kwetsbare oudere een toelichting geven over eventuele stapeling van risico's en de gevolgen daarvan voor zijn overlevingskans. Hiermee kan de arts in samenspraak met de patiënt de mogelijkheid en wenselijkheid van een eventuele reanimatie vaststellen.

Uit de literatuur blijkt dat de meeste patiënten shared decision making over reanimatie op prijs stellen en dat de zorg hierdoor beter afgestemd kan worden op hun behoeften. Hierdoor neemt de tevredenheid veelal toe. Via shared decision making wordt gestreefd naar een gezamenlijk reanimatiebesluit gebaseerd op een afweging van de wensen van de patiënt en evidencebased informatie over uitkomsten van reanimatie in de (gezondheids)situatie van de individuele patiënt. Daarbij vormt de patiënt met zijn ervaringen, behoeften, normen, waarden en voorkeuren het uitgangspunt van de besluitvorming. Wanneer een patiënt echter geen reanimatie wenst, is zijn niet-reanimerenwens leidend.

Het streven is in samenspraak met de patiënt te komen tot goed geïnformeerde besluitvorming. In sommige situaties is het mogelijk dat de behandelend arts, rekening houdend met mogelijke uitkomstcijfers, reanimatie bij een individuele kwetsbare oudere als medisch zinloos beoordeelt, gezien diens individuele gezondheidssituatie (chronische comorbiditeit, specifieke belemmerende beperkingen en beperktere levensverwachting). In hoofdstuk 3 wordt aangegeven bij welke patiënten in de praktijk een dergelijke individuele afweging wordt gemaakt. In dat geval besluit de arts om de patiënt niet te reanimeren op medische gronden.

Een niet-reanimatiebesluit van de arts is leidend want een reanimatiepoging heeft dan geen reële slagingskans of de belasting van de reanimatietechnieken en mogelijke complicaties/schade wegen niet op tegen de kans op overleving. Dit vergt een zorgvuldige afweging die gecommuniceerd wordt met de patiënt – en zijn eventuele vertegenwoordiger – en bij voorkeur zijn naasten. De patiënt of zijn vertegenwoordiger mogen overigens afzien van het recht op informatie en betrokkenheid bij besluitvorming. In dat geval neemt de arts zelfstandig een reanimatiebesluit waarbij deze gebruik kan maken van signalen van overige zorgverleners over de opvattingen en wensen van de patiënt.

Gespreksvoering over reanimatie is onderdeel van anticiperende besluitvorming over de zorg rond het levenseinde. Bij voorkeur worden daarbij – met toestemming van de wilsbekwame patiënt – zijn naasten betrokken door ook hen met de patiënt uit te nodigen voor een gesprek, zie hiervoor ook hoofdstuk 4 en de bijbehorende bijlagen.

Een zorgvuldig gesprek over doelen van de zorg in de laatste levensfase en realistische informatie over de uitkomsten van reanimatie helpt meestal een meningsverschil te voorkomen. Als de patiënt wel reanimatie wil, terwijl de arts op medische gronden een niet-reanimatiebesluit heeft genomen, kan voor second opinion naar een andere arts verwezen worden. Een arts is niet verplicht te reanimeren als deze oordeelt dat reanimatie een medisch zinloze handeling is.

Verpleegkundigen, verzorgenden of praktijkondersteuners kunnen vragen signaleren van patiënten, vertegenwoordigers of mantelzorgers over zorg rond het levenseinde en reanimatie. Ze kunnen patiënten stimuleren deze vragen met hun behandelend arts te bespreken en met toestemming van de patiënt die vragen aan de arts doorgeven. Zij kunnen verder veranderingen in de kwetsbaarheid van de patiënt signaleren aan de arts. Deze signalen kunnen de timing van een gesprek over anticiperende besluitvorming (mede)bepalen.

Verpleegkundigen, verzorgenden of praktijkondersteuners kunnen ook een rol spelen bij de gespreksvoering. Zij kunnen – in afstemming met de behandelend arts – alleen gesprekken over reanimatie starten als zij beschikken over de benodigde gespreksvaardigheden en over voldoende kennis van de evidence over de uitkomsten van reanimatie uit deze richtlijn. De arts blijft echter eindverantwoordelijk voor besluitvorming.

Een individueel niet-reanimatiebesluit dient door alle zorgverleners te worden opgevolgd. Een individueel wel-reanimatiebesluit wordt opgevolgd tenzij uit een gewijzigde (gezondheids)situatie van de patiënt blijkt dat reanimatie medisch zinloos zou zijn. Van belang is dat dit reanimatiebesluit in acute situaties snel toegankelijk is. Het individuele reanimatiebesluit kan zowel 'wel reanimeren (WR)' als 'niet reanimeren (NR)' luiden. Daarom dient een zorgaanbieder de mogelijkheid te bieden dat er daadwerkelijk gereanimeerd kan worden. Er zijn geen specifieke groepen te benoemen waarbij reanimatie kansloos is. Daarom geldt de volgende uitgangsregel: zonder individuele besluitvorming waaruit het tegendeel blijkt, wordt een patiënt gereanimeerd.

Verenso, het Nederlands Huisartsengenootschap en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland bieden in deze multidisciplinaire richtlijn (MDR) een overzicht van gevonden evidence over de uitkomsten van reanimatie bij kwetsbare ouderen. Daarnaast wordt ingegaan op de verantwoordelijkheden bij anticiperende besluitvorming en juridische betekenis van reanimatiebesluiten, reanimerenpenningen en wilsverklaringen. Ook worden handvatten gegeven voor gespreksvoering met patiënten, communicatie tussen zorgprofessionals en het vastleggen en overdragen van (niet-)reanimatiebesluiten. Verder worden randvoorwaarden geschetst voor de uitvoering van reanimatiebesluiten.

In de bijbehorende Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) 'Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen' wordt ingegaan op de rol- en taakverdeling van verschillende disciplines die betrokken zijn bij anticiperende besluitvorming. Ook worden aandachtspunten geschetst voor onderlinge samenwerking daarbij.

Voor patiënten en hun naasten is voorlichtingsmateriaal ontwikkeld dat gebruikt kan worden als ondersteuning van gespreksvoering over reanimatie.

Voor de toepassing van de juiste reanimatietechniek wordt verwezen naar de meest recente richtlijnen van de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR).

De richtlijnwerkgroep wil met deze publicaties bijdragen aan respectvolle en zorgvuldige anticiperende besluitvorming over reanimatie bij de kwetsbare oudere patiënt én in geval van circulatiestilstand aan opvolging van het (niet-)reanimatiebesluit. Daarnaast hoopt de werkgroep dat deze richtlijn bijdraagt aan tijdige besluitvorming over het medisch beleid in de laatste levensfase tussen de kwetsbare oudere en zijn behandelend arts.

*Namens de richtlijnwerkgroep,  
Prof. dr. J.J.M. van Delden,  
hoogleraar medische ethiek en specialist ouderengeneeskunde,  
Julius Centrum, UMC Utrecht*



## Stroomdiagram anticiperende besluitvorming over reanimatie

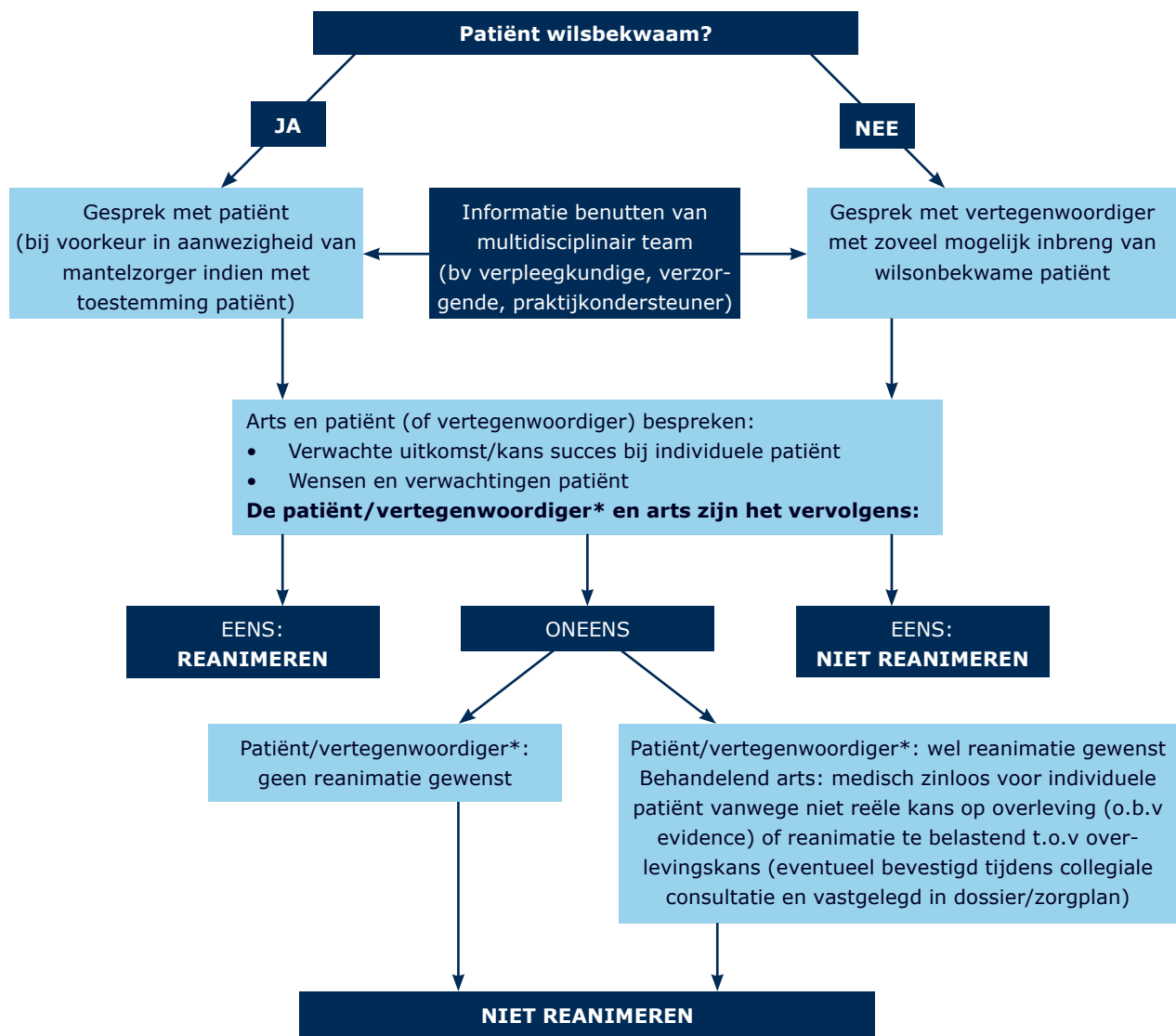
Mogelijke aanleidingen:

Op initiatief van de patiënt/vertegenwoordiger\* als deze

- vragen heeft over de zorg rond het levenseinde;
- melding maakt van een niet-reanimerenverklaring, niet-reanimerenpenning, niet-reanimerenwens of een wils- of euthanasieverklaring;
- vragen heeft over (de succeskans van) reanimatie.

Bij kwetsbare ouderen op initiatief van de arts bijvoorbeeld als blijkt dat:

- er een sterke verandering optreedt in de gezondheidssituatie van de patiënt;
- iemand als kwetsbare oudere wordt geïdentificeerd, bijvoorbeeld via screening;
- te verwachten is dat de patiënt binnen een jaar zal overlijden;
- een patiënt moet verhuizen naar of wordt opgenomen in een woon-/ zorginstelling, aanleunwoning of ziekenhuis;
- of als de arts of een (andere) zorgverlener signaleert dat voor de patiënt één of meer van onderstaande punten gelden:
  - een ongeneeslijke maligne of progressieve ziekte;
  - 70+ met comorbiditeit én een sterk afnemende somatopsychologische vitaliteit;
  - een verhoogde kans op een hart- of ademhalingsstilstand;
  - cognitieve beperkingen;
  - een verhoogde kans op ernstige en blijvende invaliditeit.



\* De vertegenwoordiger kan toestemming geven voor een behandeling of deze weigeren. De zorgverlener gaat op dezelfde manier om met de beslissing van de vertegenwoordiger als die van de patiënt. Hij respecteert de beslissing tenzij het medisch zinloos is, schade toebrengt aan de gezondheidstoestand van de patiënt of deze strijdig is met de professionele standaard.

# Definities

## **Kwetsbare ouderen**

Ouderen van overwegend hoge tot zeer hoge leeftijd die veelal chronisch ziek zijn vanwege lichamelijke, psychische, communicatieve en/of sociale beperkingen, waardoor zij (tijdelijk) niet in staat zijn volledig zelfstandig te functioneren.

*Toelichting:* in de (inter)nationale literatuur en bij de hantering van verschillende instrumenten voor geriatrisch assesment bestaat geen uniforme definitie voor kwetsbaarheid. In deze richtlijn is daarom gekozen om in het stroomdiagram te benoemen welke signalen van kwetsbaarheid een aanleiding kunnen vormen om als arts aan een kwetsbare oudere een gesprek aan te bieden over reanimatie. Kwetsbare ouderen kunnen zowel thuis als in verpleeg- of verzorgingshuizen wonen.

## **Circulatiestilstand/hartstilstand**

Bij een circulatiestilstand wordt er geen bloed meer door het lichaam gepompt en treedt er een doorbloedingsstilstand op.

## **Reanimatie**

Reanimatie is het geheel van handelingen gericht op het herstel van spontane circulatie en/of ademhaling ten minste door borstcompressie en/of beademing.

## **Niet-reanimatie (NR)**

Bij acuut falende of ontbrekende bloedcirculatie wordt geen enkele vorm van borstcompressie en/of beademing toegepast gericht op het herstel van spontane circulatie en/of ademhaling.

## **Basale reanimatie (BLS = basic life support)**

Bij een circulatiestilstand starten met borstcompressie en beademing. Basale reanimatie kan aangevuld worden door een AED te gebruiken.

## **Specialistische reanimatie (ALS = advanced life support)**

Gevorderde reanimatie die volgt op basale reanimatie.

*Toelichting:* ALS bestaat onder meer uit het toedienen van medicijnen, defibrilleren, intuberen en toepassen van koeltechnieken.

## **Automatische Externe Defibrillator (AED)**

Apparaat waarmee een of meerdere krachtige stroomstoten toegediend kunnen worden met als doel om het hart in het normale hartritme terug te brengen, opdat de spontane circulatie herstelt.

*Toelichting:* het apparaat herkent zelf het hartritme waarbij defibrillatie noodzakelijk is en afhankelijk van het type AED dient deze of zelf de stroomstoten toe of kan de bediener met de schokknop een stroomstoot toedienen.

## **Reanimatiebesluit**

Een individueel anticiperend besluit van de eindverantwoordelijk arts (hoofd-behandelaar) waaruit blijkt of de patiënt wel of niet gereanimeerd moet worden in geval van acuut falen van circulatie en/of ademhaling.

## **Niet-reanimerenverklaring (NR-verklaring)**

Een schriftelijke wilsverklaring waarin iemand zelf heeft vastgelegd dat hij – in geval van acuut falen van circulatie en/of ademhaling – niet gereanimeerd wil worden.

### **Schriftelijke wilsverklaring**

Document waarin iemand zelf instructies geeft over de behandeling die hij in de toekomst wel of niet wenst te ondergaan onder gespecificeerde omstandigheden.

*Toelichting:* er kunnen twee soorten wilsverklaringen zijn:

- een verklaring waarin de patiënt aangeeft welke behandeling hij onder gespecificeerde omstandigheden wil ontvangen (levenswens);
- een verklaring waarin de patiënt aangeeft welke behandeling hij onder gespecificeerde omstandigheden weigert (behandelverbod).

### **Niet-reanimerenpenning (NR-penning)**

Met een niet-reanimerenpenning, gedragen aan een kettinkje om de hals, geeft iemand aan dat deze niet gereanimeerd wil worden, zie verder hoofdstuk 3 voor informatie over de juridische status van de niet-reanimerenpenning.

### **Medisch zinloos handelen**

Handelen dat niet meer bijdraagt aan de oplossing voor het medische probleem van de patiënt en/of waarbij de beoogde behandeling qua effecten en belasting niet in redelijke verhouding staat tot het te bereiken doel, volgens de professionele standaard.

### **Shared decision making**

Gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt/vertegenwoordiger en arts om samen tot een beleid te komen dat het beste bij de patiënt past. De ervaringen, behoeften, normen, waarden en voorkeuren van de patiënt vormen daarbij het uitgangspunt. Gezamenlijke besluitvorming is een adviserende stijl van communiceren die vooral wordt gebruikt bij belangrijke, preferentiegevoelige beslissingen.

*Toelichting:* bij anticiperende besluitvorming over reanimatie wordt via shared decision making gestreefd naar een gezamenlijk besluit.

### **Wilsonbekwaam**

Iemand is wilsonbekwaam indien deze niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake.

### **Medisch dossier**

Het dossier bevat informatie over de patiënt die door de behandelend arts is vastgelegd.

*Toelichting:* dit dossier moet conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) gegevens bevatten over de gezondheidssituatie van de patiënt, anamnese, onderzoeken en bevindingen, inhoud van medisch handelen en resultaten daarvan, gegevens voor de continuïteit van zorg zoals overdrachtsgegevens, levensloop- en persoonsgegevens die relevant blijven voor vervolgbehandeling, onderzoek en begeleiding zoals ook schriftelijke wilsverklaringen.

### **Zorg(leef)plan (ZLP)**

Een Zorgleefplan is een document waarin de afspraken tussen de zorgverlener en de patiënt worden gedocumenteerd. Het bevat informatie over diagnoses, doelen van zorgverlening en afgesproken interventies.

*Toelichting:* het Zorgleefplan wordt vaak gebruikt in verzorgings- en verpleeghuizen. Er zijn vele modellen die de basis kunnen vormen voor het zorgplan afhankelijk van de afspraken binnen een zorginstelling. Het bevat de afspraken over vier levensdomeinen (het mentale welbevinden van de patiënt als persoon; het lichamelijke gevoel van welbevinden en gezondheid; daginvulling volgens eigen interesse en het onderhouden van sociale contacten (participatie), de woon- en leefomstandigheden). In de huisartsenpraktijk wordt het (digitaal) Individueel Zorgplan gehanteerd, dat verbonden is met het Huisarts Informatie Systeem (HIS) met het patiëntendossier.

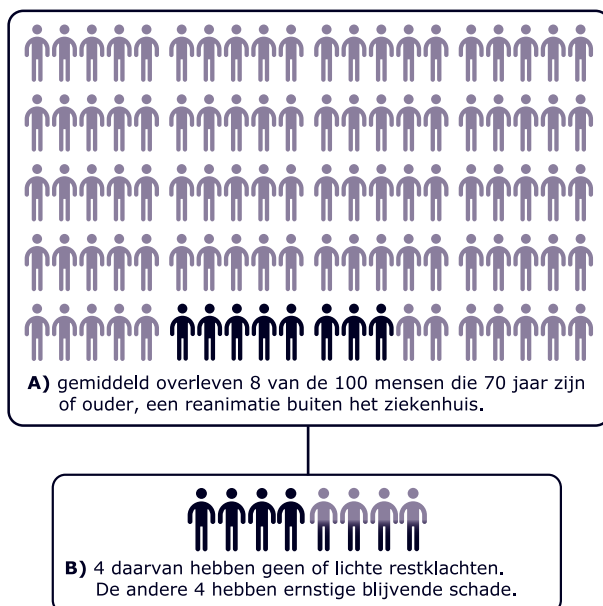
# Conclusies en aanbevelingen over het medisch beleid

## bij anticiperende besluitvorming over reanimatie

### Welke uitkomsten van reanimatie komen, in welke mate, voor bij kwetsbare ouderen (dood, overleving zonder schade, overleving met schade)?

De uitkomst bij **ouderen** van reanimatie na circulatiestilstand buiten het ziekenhuis (OHCA) is als volgt (zie tabellen 1 en 2, pagina 19):

- circa 2,4-14% van de 70-plussers verlaat levend het ziekenhuis, van de 80-plussers verlaat 3,3-9,4% levend het ziekenhuis;
- circa 1,2-5,7% van de gereanimeerde 70-plussers houdt geen tot milde neurologische schade over (CPC  $\leq 2$ ). Dat is ongeveer de helft van het aantal overlevenden. De andere helft van de overlevenden heeft blijvende ernstige neurologische schade.



De uitkomst bij **ouderen** van reanimatie na circulatiestilstand in het ziekenhuis (IHCA) is als volgt (zie tabellen 1 en 3, pagina 19,20):

- circa 5,9-32,7% van de 70-plussers verlaat levend het ziekenhuis, van de 80-plussers verlaat 11-17% levend het ziekenhuis;
- circa 17% van de gereanimeerde 70-plussers houdt geen tot milde neurologische schade over (CPC  $\leq 2$ ). Dat is ongeveer de helft van het aantal overlevenden. De andere helft van de overlevenden heeft blijvende ernstige neurologische schade.

Op basis van deze gegevens lijkt de kans op overleving na reanimatie bij een circulatiestilstand buiten het ziekenhuis minstens twee keer zo klein te zijn als bij een circulatiestilstand in het ziekenhuis.

Omgekeerd betekent dit dat 86-97,6% van de 70-plussers en 90,6-96,7% van de 80-plussers overlijdt bij een circulatiestilstand buiten het ziekenhuis en dat er weinig kans is dat de overlevenden zonder blijvende (neurologische) schade hun leven zelfstandig kunnen voortzetten. Te veronderstellen is dat binnen deze leeftijdsgroepen kwetsbare ouderen op basis van hun hoge leeftijd en hun (multi) pathologie een grotere kans hebben op overlijden of neurologische schade.

Ook bij milde neurologische schade (CPC  $\leq$ 2) kunnen patiënten één van de volgende symptomen vertonen: milde dysfasie, een gedeeltelijke verlamming (hemiparese of hemiplegie) of licht hersenletsel, epileptische insulten, gebrekkige spierbeheersing (ataxie), spraakstoornissen, blijvende geheugen problemen of blijvende mentale veranderingen.

Voor ouderen met verschillende chronische aandoeningen (comorbiditeit) zijn deze overlevingskansen kleiner. Dit lijkt in ieder geval te gelden voor mensen met de volgende aandoeningen: (metastatische of hematologische) maligniteit, sepsis, leverinsufficiëntie, nierfalen, acute neurologische aandoeningen (een beroerte of beschadiging van het centraal zenuwstelsel), gastrointestinale comorbiditeit, hypotensie, pneumonie aneurysma dissecans, uremie en pulmonaire embolie. Ook ADL afhankelijkheid geeft een slechtere prognose. Cardiovasculaire comorbiditeit bleek juist verband te houden met een betere prognose.

Over de vijfjaars overleving en de kwaliteit van leven na reanimatie kunnen geen betrouwbare uitspraken worden gedaan, omdat daarover zowel voor OHCA als voor IHCA te weinig studies zijn.

## Welke (positieve en negatieve) factoren beïnvloeden, in welke mate, significant de uitkomst van reanimatie bij (kwetsbare) ouderen?

Voor *patiëntgebonden factoren* lijkt de volgende factor een **betere** prognose te geven:

- cardiovasculaire comorbiditeit.

De volgende factoren lijken een **slechtere** prognose te geven:

- hogere leeftijd onafhankelijk van comorbiditeit;
- niet cardiovasculaire comorbiditeit, vooral maligniteit en levercirrose;
- opname in een verpleeghuis.

De sterkte van de hiervoor genoemde patiëntgebonden factoren varieert zodanig in de studies dat niet kan worden aangegeven in welke mate deze factoren de uitkomst van reanimatie beïnvloeden. Dit geldt nog sterker voor de specifieke groep van kwetsbare ouderen.

Voor zover het *factoren tijdens de reanimatie* betreft, zijn **gunstige** prognostische factoren:

- circulatiestilstand in het bijzijn van omstanders;
- circulatiestilstand in het bijzijn van ambulancehulpverlening (Emergency Medical Services (EMS));
- gereanimeerd worden door omstanders;
- ventrikelfibrilleren of ventrikeltachycardie;
- spontaan herstel van circulatie (ROSC).

## Zijn er specifieke patiëntengroepen aan te merken bij wie de kans na reanimatie op overleving (zonder schade) zeer beperkt is?

Er werden geen studies gevonden waarin voor specifieke patiëntengroepen een overleving van minder dan 1% werd gerapporteerd. Het is op basis van de evidence niet mogelijk om per aandoening te vermelden hoeveel overlevingskans iemand heeft. Wel lijken patiënten met een maligniteit, aneurysma dissecans, sepsis, acute beschadiging van het centraal zenuwstelsel, trauma, uremie en pulmonaire embolie een beperkte kans op overleving te hebben. Maar ook hierbij is er variatie in uitkomsten. Over overleving na reanimatie bij mensen met dementie is niets gevonden.

## Overwegingen

Buiten het ziekenhuis hebben patiënten met een circulatiestilstand een kleinere kans op overleving, omdat het meestal langer duurt voordat zij met een circulatiestilstand worden aangetroffen en (gespecialiseerde) reanimatie op gang komt. Om die reden kan aangenomen worden dat voor kwetsbare ouderen die thuis of in een verzorgings- of verpleeghuis wonen de cijfers over uitkomsten van reanimatie buiten het ziekenhuis (OHCA) gelden. Daarnaast geldt dat in deze settings niet altijd zorgverleners aanwezig zijn die geschoold zijn in basale reanimatie en dat er niet altijd AED's aanwezig zijn die, als zij snel worden ingezet, een grotere overlevingskans bieden. Dit geldt zeker bij kwetsbare ouderen die thuis of in kleinschalige woonvormen wonen. De cijfers over uitkomsten van reanimatie in het ziekenhuis (IHCA) kunnen wel gebruikt worden bij de voorlichting aan patiënten waarbij opname in het ziekenhuis is voorzien.

Belangrijk is er van bewust te zijn dat de meest gevonden overlevingscijfers mensen betreffen die na reanimatie levend zijn opgenomen in het ziekenhuis. In de praktijk overlijden er veel mensen aan een circulatiestilstand voordien, omdat zij niet gereanimeerd willen worden of te laat worden gevonden of omdat de bloedsomloop ondanks een reanimatiepoging niet meer op gang komt. *Dat betekent dat de kans op overleving in de realiteit waarschijnlijk kleiner is dan gevonden cijfers weergeven.*

Gevonden evidence toont aan dat er geen specifieke groepen te benoemen zijn waarbij de reanimatie kansloos is. Er bestaat geen landelijke 'norm' bij welk overlevingspercentage reanimeren als medisch zinloos handelen te beschouwen is. Wel is duidelijk dat kwetsbare ouderen een zeer kleine kans hebben reanimatie zonder schade te overleven naar mate de leeftijd stijgt en bij toenemende comorbiditeit. Dat geldt zeker als de circulatiestilstand buiten het ziekenhuis plaatsvindt, in het bijzonder als de circulatiestilstand plaatsvindt zonder dat er een ooggetuige is die direct adequate hulp kan verlenen. Daarom is het zinvol om kwetsbare ouderen tijdig een gesprek aan te bieden over de zorg rond het levenseinde waaronder over reanimatie. Daarin hoort de arts een toelichting te geven over eventuele stapeling van risico's bij individuele patiënten waardoor hun overlevingskans kleiner wordt. Daarbij gaat het ook om opvattingen van de patiënt over zijn kwaliteit van leven. Dit om de wenselijkheid van een eventuele reanimatie samen met de patiënt op een realistische manier vast te stellen.

## Aanbevelingen aan de behandelend arts

- 2a: Van belang is dat de verantwoordelijk arts evidencebased informatie geeft over het proces van reanimatie, de uitkomsten en kansen op blijvende schade, al of niet naar aanleiding van vragen van kwetsbare ouderen of signalen daarover van verpleegkundigen, verzorgenden of praktijkondersteuners. Op basis daarvan dient de arts in overleg met de patiënt een individueel reanimatiebesluit te nemen. Duidelijk is hoe meer negatieve prognostische factoren aanwezig zijn hoe kleiner de kans is op overleving zonder schade. In een enkel geval zal reanimatie dan als medisch zinloos beschouwd kunnen worden.
- 2b: Als de arts twijfelt over de inschatting van de overlevingskans bij specifieke negatieve prognostische factoren die spelen bij de betreffende individuele kwetsbare oudere, is het raadzaam dat de arts een collega consulteert. *Voor aanbevelingen over de wijze van gespreksvoering wordt verwezen naar hoofdstuk 4.*

## Aanbevelingen aan de overheid en relevante kennisinstituten

- 2c: Stimuleer (publicaties over) onderzoek naar de incidentie van circulatiestilstanden bij ouderen in verschillende settings (thuis, verzorgingshuis, verpleeghuis, ziekenhuis); de incidentie van reanimatie bij deze groep; hun (lange termijn)overleving en kwaliteit van leven na reanimatie. Belangrijk is dat daarbij ook de incidentie van niet-reanimeren wordt meegenomen (op basis van NR- besluiten of omdat ter plaatse bleek dat reanimatie zinloos was).

# Aanbevelingen vanuit het ethisch en juridisch kader voor anticiperende besluitvorming over reanimatie

## **Aanbevelingen aan de behandelend arts**

- 3a. Bespreek met de patiënt de mogelijkheid en wenselijkheid van reanimatie tenzij de patiënt ervoor kiest niet betrokken te willen zijn bij medische besluitvorming. Maak bij het gesprek gebruik van signalen van overige zorgverleners. *Voor aanwijzingen over de wijze van gespreksvoering zie aanbevelingen in hoofdstuk 4.*
- 3b. Betrek zoveel mogelijk de (deels) wilsonbekwame patiënt als in samenspraak met zijn vertegenwoordiger een reanimatiebesluit wordt genomen. Hiervoor kan het gesprek gepland worden in een vertrouwde omgeving op het moment van de dag dat de patiënt meestal het best aanspreekbaar is.
- 3c. Anticiperende evidencebased gespreksvoering over reanimatie kan aan verpleegkundigen, verzorgenden of praktijkondersteuners gedelegeerd worden als deze beschikken over de benodigde gespreksvaardigheden en voldoende kennis van de evidence over uitkomsten van reanimatie uit deze richtlijn. De arts blijft eindverantwoordelijk en voert het gesprek over het definitieve reanimatiebesluit. Voor een goede gespreksvoering kan de arts informatie benutten van verpleegkundigen, verzorgenden of praktijkondersteuners over de opvattingen en communicatiestijl van de patiënt.
- 3d. Reanimatiebesluiten blijven geldig totdat – op initiatief van de patiënt of arts (*zie stroomdiagram op pagina 7 voor mogelijke aanleidingen*) – na een nieuw gesprek een ander reanimatiebesluit wordt genomen. Er geldt geen verjaringstermijn.
- 3e. De arts zorgt dat het (herziene) niet-reanimatiebesluit en/of niet-reanimerenverklaring op een heldere wijze wordt vastgelegd in het (elektronisch) patiëntendossier en indien aanwezig in het individuele zorgplan.
- 3f. Vermeld in het dossier het reanimatiebesluit met daarbij de volgende gegevens: aard reanimatiebesluit (wel-reanimeren of niet-reanimeren), datum besluit, kernachtige weergave van gegeven informatie, wensen en opvattingen van de patiënt, eventueel relevante aanvullende gegevens van naasten en aanwezige gesprekspartners, naam van arts die het reanimatiebesluit heeft genomen. Deze informatie moet snel toegankelijk zijn in een acute situatie. Bij papieren zorgdossiers wordt de aanwezigheid van een niet-reanimatiebesluit met de afkorting NR en een wel-reanimatiebesluit met de afkorting WR gemarkeerd op de voorpagina of eerste pagina van het dossier. Op dezelfde pagina staat ook de naam van de betreffende patiënt. In het huisartseninformatiesysteem (HIS) kan een episode aangemaakt worden met de titel NR-besluit. Deze wordt vervolgens standaard in verwijsbrieven vermeld. Er bestaat nog geen ICPC code voor anticiperende besluitvorming. Indien aanwezig kan in het individuele zorgplan van de patiënt, dat met het HIS gekoppeld is, de informatie worden vastgelegd.
- 3g. Draag (herziene) reanimatiebesluiten proactief over aan andere betrokken zorgverleners en aan de huisartsenpost en stimuleer hierdoor dat deze zorgverleners het reanimatiebesluit vastleggen in een eventuele individuele zorgmap of zorgleefplan. Ook kan per afdeling één map gemaakt worden waarin per individuele patiënt met een NR twee kopieën zitten van het NR-besluit (afschrift papieren of elektronische dossierpagina) om een kopie mee te kunnen geven (aan ambulancehulpverleners) bij ziekenhuisopname. Belangrijk is dat er sluitende afspraken gemaakt worden over het actueel houden van deze gegevens.
- 3h. Benoem het niet-reanimatiebesluit standaard in verwijsbrieven voor de ambulancezorg, het ziekenhuis, een andere zorginstelling, de thuiszorg, de huisartsenpost of andere behandelend artsen.

- 3i. Stimuleer patiënten om hun naasten te informeren over de inhoud van het afgesproken reanimatiebesluit en vraag hen hun naasten te attenderen op de plaats waar het vastgelegde reanimatiebesluit in acute situaties is terug te vinden (op een vaste plek, bijvoorbeeld bij de telefoon, in de zorgmap).
- 3j. Stimuleer (ambulante) patiënten om het niet-reanimatiebesluit vast te leggen in een niet-reanimerenpenning of een schriftelijke niet-reanimerenverklaring die aan de erkenningseisen voldoet (*genoemd in de brief van voormalig minister Klink die in 3.2.4 wordt geciteerd*). Verwijs hen daarvoor naar bronnen waar zij NR-penningen of NR-verklaringen kunnen verkrijgen die aan die voorwaarden voldoen. Informeer hen dat de kans op opvolging van een niet-reanimatiebesluit groter is als de patiënt een eventuele niet-reanimerenpenning op een snel vindbare plaats op het lichaam draagt.

### **Aanbevelingen aan verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners**

- 3k. Geef signalen over toenemende kwetsbaarheid of veranderingen in de patiënt-situatie door aan de behandelend arts.
- 3l. Geef vragen van de patiënt/zijn vertegenwoordiger of mantelzorger over zorg rond het levenseinde en reanimatie – met toestemming van de patiënt – door aan de arts.
- 3m. Stimuleer de patiënt om zijn vragen en wensen rond het levenseinde en over reanimatie te bespreken met de arts.
- 3n. Stimuleer dat de patiënt zijn naasten informeert over de inhoud van het afgesproken reanimatiebeleid en over de plaats waar het niet-reanimatiebesluit te vinden is.
- 3o. Zorg ervoor dat een afgesproken reanimatiebesluit vastgelegd wordt in de individuele zorgmap of het zorgleefplan.
- 3p. Stimuleer dat de patiënt het niet-reanimatiebesluit vastlegt in een niet-reanimerenpenning.
- 3q. Als je als verpleegkundige, verzorgende of praktijkondersteuner – in afstemming met de arts – gespreksvoering over reanimatie start: bespreek met de patiënt de mogelijkheid en wenselijkheid van reanimatie op basis van de evidence uit deze richtlijn. Geef aan de arts door of de patiënt wel of niet gereanimeerd wil worden.

### **Aanbeveling aan de huisartsenpost**

- 3r. Noteer een niet-reanimatiebesluit zodra dit is ontvangen in het computersysteem bij de gegevens van de betreffende patiënt. De huisartsenpost is er verantwoordelijk voor dat deze meldingen in het eigen systeem worden opgenomen en dat zodra er over deze patiënt gebeld wordt de attentieregel in beeld komt. Dit is reeds gebruikelijk bij de zorg voor patiënten in de palliatieve fase (Handreiking 'Palliatieve Zorg', Vereniging Huisartsenposten Nederland, 2008).

### **Aanbevelingen aan hulpverleners (zowel zorgverleners, politie, brandweer als passanten)**

- 3s. Zoek bij patiënten die met een circulatiestilstand worden aangetroffen snel naar eventuele aanwezigheid van een niet-reanimerenpenning of ander kenmerk dat binnen de instelling wordt gebruikt of vraag een collega te zoeken. Start ondertussen wel met reanimatie en staak deze als alsnog een NR-besluit of NR-penning of NR-verklaring wordt gevonden.

### **Aanbevelingen aan het ministerie van VWS, beroepsorganisaties (NHG, Verenso, KNMG, V&VN, Orde van Medisch Specialisten) en brancheorganisaties (ActiZ, NVZ Ziekenhuizen, Ambulance Zorg Nederland)**

*aan VWS*

- 3t. Stimuleer dat niet-reanimerenpenningen of niet-reanimerenverklaringen ook zonder het lidmaatschap van de NVVE verkrijgbaar zijn.



*aan NHG*

- 3u. Stimuleer dat huisartsen proactief aan kwetsbare ouderen een gesprek aan bieden over reanimatie.
- 3v. Stimuleer dat in het HIS een nieuwe IPCPcode wordt ingevoerd die vastlegging mogelijk maakt van (niet)behandelbesluiten zoals antiperende besluitvorming over zorg rond het levenseinde waaronder reanimatie. Neem in het programma van eisen voor leveranciers van het HIS op dat er een attentieregel over het reanimatiebesluit wordt opgenomen die standaard in verwijsbrieven staat vermeld.

*aan Verenso/KNMG*

- 3w. Bewerkstellig dat Ambulancezorg Nederland, Politie en Brandweer Nederland geen door een arts ondertekende schriftelijke opdracht tot niet-reanimeren eisen, maar de zorgvuldig tot stand gekomen niet-reanimatiebesluiten nakomen. Dat betekent dat reanimatie niet gestart of wordt gestaakt als een (elektronisch) niet-reanimatiebesluit, niet-reanimerenverklaring of niet-reanimerenpenning is gevonden. Geadviseerd wordt om landelijke afspraken te maken over de wijze waarop een (elektronisch) niet-reanimatiebesluit bevestigd wordt.

*aan V&VN*

- 3x. Benadruk bij verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners het belang van zorgvuldige evidencebased gesprekken over reanimatie en vraag hen bij vragen hierover van patiënten/hun vertegenwoordigers of familieleden naar de behandelend arts te verwijzen. Stimuleer dat verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners beschikken over de juiste kennis over de zeggenschap van patiënten, vertegenwoordigers, artsen en hun eigen discipline bij anticiperende besluitvorming.
- 3y. Informeer verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners over het belang van de zichtbaarheid van het eventuele niet-reanimatiebesluit in het (elektronische) dossier van de patiënt zodat, mocht een patiënt met een circulatiestilstand worden aangetroffen, snel zichtbaar en duidelijk is of een patiënt wel of niet gereanimeerd moet worden. Deze informatie dient, indien aanwezig, overeen te komen met de informatie in het individuele zorgplan dat verbonden is met het elektronisch dossier. Wijs hen op de mogelijkheid om vanuit één centrale map een kopie van het NR-besluit (afschrift papieren of elektronische dossierpagina) aan te reiken dat geldt voor de betreffende individuele patiënt met een NR. Belangrijk is dat er sluitende afspraken gemaakt worden over het actueel houden van deze gegevens.

*aan Ambulance Zorg Nederland*

- 3z. Stel geen eisen aan niet-reanimerenverklaringen of besluiten die opvolging van zorgvuldig gewogen besluiten verhinderen waardoor het risico ontstaat dat de patiënt niet passende medisch zorg ontvangt die mogelijk ook tegen zijn wens ingaat.

*aan de Orde van Medisch Specialisten en medisch wetenschappelijke verenigingen:*

- 3aa. Informeer medici dat de evidence over uitkomsten van reanimatie bij kwetsbare ouderen het belang onderstrepen van individuele anticiperende besluitvorming tussen arts en patiënt over de mogelijkheid en wenselijkheid van reanimatie. Vermeld daarbij dat collectief NR-beleid voor (bepaalde groepen) kwetsbare ouderen niet wenselijk is.
- 3bb. Stimuleer dat de hoofdbehandelaar aan kwetsbare ouderen tijdig een gesprek aanbiedt over reanimatie/de zorg rond het levenseinde. Voorkom dat een patiënt alleen kort wordt gevraagd naar zijn reanimatiewens zonder dat hij de mogelijkheid heeft gehad een zorgvuldig evidencebased gesprek te hebben met zijn behandelend arts.
- 3cc. Stimuleer dat artsen beschikken over de juiste kennis over de zeggenschap van patiënten, vertegenwoordigers, artsen en hun eigen discipline bij anticiperende besluitvorming.

3dd. Stimuleer dat bij het ontslag van kwetsbare ouderen eventuele reanimatiebesluiten die in het ziekenhuis zijn overeengekomen worden gecommuniceerd met de eigen huisarts of eigen specialist ouderengeneeskunde en dat ook in het ziekenhuis een eerder tot stand gekomen individueel niet-reanimatiebesluit wordt opgevolgd, een individueel wel-reanimatiebesluit wordt opgevolgd tenzij uit een gewijzigde (gezondheids)situatie van de patiënt blijkt dat reanimatie medisch zinloos zou zijn.

*aan ActiZ:*

3ee. Informeer directies en beleidsmedewerkers dat de evidence over uitkomsten van reanimatie bij kwetsbare ouderen het belang onderstrepen van individuele anticiperende besluitvorming tussen arts en patiënt over de mogelijkheid en wenselijkheid van reanimatie. Vermeld daarbij dat collectief NR-beleid voor (bepaalde groepen) kwetsbare ouderen niet wenselijk is. Stimuleer proactieve besluitvormende gesprekken tussen patiënt/familie en de behandelend arts. Voorkom dat een patiënt alleen kort door een andere hulpverlener wordt gevraagd naar zijn reanimatiewens zonder hij de mogelijkheid heeft gehad een zorgvuldig evidencebased gesprek te hebben met zijn behandelend arts.

*aan patiënten- en ouderenorganisaties*

3ff: Voor zover dat nog niet gebeurt: stimuleer dat (kwetsbare oudere) patiënten, die dat willen, goed geïnformeerd nadenken over hun wensen over de zorg rond het levenseinde waaronder reanimatie. Vraag patiënten hun opvattingen hierover te bespreken met hun behandelend arts om met deze tot een anticiperend reanimatiebesluit te komen. Informeer hen daarbij dat een eventuele niet-reanimerenwens van de patiënt leidend is en dat bij een wel-reanimerenwens geldt dat deze wordt uitgevoerd tenzij de behandelend arts na zorgvuldige afweging oordeelt dat reanimatie als levensreddende handeling medisch zinloos is gezien de gezondheidssituatie (chronische comorbiditeit, specifieke belemmerende beperkingen en beperktere levensverwachting) van de individuele kwetsbare oudere. Attendeer patiënten voor een goede evidencebased besluitvorming op het voorlichtingsmateriaal dat ontwikkeld is bij deze richtlijn.

# Aanbevelingen over gespreksvoering over anticiperende besluitvorming met individuele ouderen

## **Aanbevelingen aan zorgverleners**

- 4a. De behandelend arts neemt het initiatief om met de kwetsbare oudere de zorg rond het levenseinde te bespreken, inclusief het reanimeren. *Mogelijke aanleidingen hiervoor staan beschreven bij aanbeveling 4e en worden herhaald in het stroomdiagram op pagina 7. Bijlage C in deel 2 van de richtlijn schetst stapsgewijs aandachtspunten voor de gespreksvoering.*
- 4b. Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners stimuleren de patiënt om zijn vragen en wensen over de zorg rond het levenseinde en over reanimatie te bespreken met de behandelend arts en geven zijn vragen door aan de arts.
- 4c. Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners signaleren aan de arts als zij toenemende kwetsbaarheid of veranderingen in de patiëntsituatie waarnemen.
- 4d. Belangrijk is dat artsen – en bij taakdelegatie ook verpleegkundigen en/of verzorgenden en/of praktijkondersteuners – geschoold zijn in het voeren van gesprekken over de zorg rond het levenseinde omdat:
- de meeste patiënten betrokken willen zijn bij anticiperende besluitvorming hierover;
  - goede communicatieve vaardigheden nodig zijn voor heldere gespreksvoering die leidt tot eenduidig interpretatie van het genomen reanimatiebesluit.
- Te verwachten is dat artsen (en bij taakdelegatie ook verpleegkundigen, verzorgenden of praktijkondersteuners) vaker dit soort gesprekken zullen voeren gezien de sterke stijging van het aantal ouderen en omdat de professionele standaard voorschrijft dat artsen tijdig spreken over de zorg rond het levenseinde (KNMG 2011).
- 4e. De richtlijnwerkgroep adviseert de behandelend arts om de patiënt bij voorkeur met zijn naasten uit te nodigen om de wenselijkheid en de mogelijkheid van reanimatie te bespreken in de onderstaande, ook in het stroomdiagram beschreven, situaties:

### *Op initiatief van de patiënt/vertegenwoordiger als deze:*

- vragen heeft over de zorg rond het levenseinde;
- melding maakt van een niet-reanimerenverklaring, niet-reanimerenpenning, niet-reanimerenwens of een wils- of euthanasieverklaring;
- vragen heeft over (de succeskans van) reanimatie.

### *Bij kwetsbare ouderen op initiatief van de arts bijvoorbeeld als blijkt dat:*

- er een sterke verandering optreedt in de gezondheidssituatie van de patiënt;
- iemand als kwetsbare oudere wordt geïdentificeerd, bijvoorbeeld via screening;
- te verwachten is dat de patiënt binnen een jaar zal overlijden;
- een patiënt moet verhuizen naar of wordt opgenomen in een woon-/ zorginstelling, aanleunwoning of ziekenhuis;
- of als de arts of een (andere) zorgverlener signaleert dat voor de patiënt één of meer van onderstaande punten gelden:
  - een ongeneeslijke maligne of progressieve ziekte;
  - 70+ met comorbiditeit én een sterk afnemende somatopsychologische vitaliteit;
  - een verhoogde kans op een hart- of ademhalingsstilstand;
  - cognitieve beperkingen;
  - een verhoogde kans op ernstige en blijvende invaliditeit.

### *aan ActiZ*

- 4f. Stimuleer voorlichtingsbijeenkomsten in zorginstellingen (verzorgingshuizen/ verpleeghuizen) waar patiënten en naasten realistische informatie krijgen over goede zorg rond het levenseinde, uitkomsten van reanimatie waarna zij met hun eigen behandelaar het besluitvormende gesprek voeren.

# Aanbevelingen over randvoorwaarden voor uitvoering van anticiperende reanimatiebesluiten

## **Aanbevelingen aan zorgverleners**

- 5a. Doordat reanimatiebesluiten per individuele patiënt dienen te worden vastgesteld, is het niet mogelijk een collectief reanimatiebeleid binnen een instelling te voeren. Belangrijk is dat de zorgaanbieder in haar communicatie-uitingen over reanimatiebeleid patiënten stimuleert hierover in gesprek te gaan met hun behandelend arts. Ook is het van belang dat de zorgverleners voldoende tijd krijgen om met patiënten en hun naasten zorgvuldige gesprekken te voeren over anticiperende besluitvorming rond het levenseinde.
- 5b. Snel handelen bij een circulatiestilstand is relevant. Zorgaanbieders worden geadviseerd alle medewerkers regelmatig te instrueren over de in paragraaf van de richtlijn 5.2 genoemde handelingen.
- 5c. Om reanimatie mogelijk te maken is 24-uurs beschikbaarheid van voldoende (actueel) geschoold personeel en voldoende middelen nodig zoals genoemd in paragraaf 5.3 van de richtlijn. Als deze 24-uurs beschikbaarheid onvoldoende is, informeer patiënten over de consequenties.

## **Aanbevelingen aan Zorgverzekeraars Nederland**

- 5d. Stimuleer passende financiering die zorgvuldige gespreksvoering mogelijk maakt over anticiperende besluitvorming over de zorg rond het levenseinde (inclusief reanimatie). Gespreksvoering, verslaglegging en overdracht daarvan vragen om tijd die nu niet als apart gefinancierde prestatie wordt gehonoreerd terwijl deze tijd niet past in het declaratiestelsel voor medische zorg.

**Tabel 1 - Beschrijving CPC-kenmerken (Cerebral Performance Categories) gebruikt voor rapportage van de neurologische toestand na reanimatie**

CPC	Omschrijving	Symptomen
1	Geen of geringe neurologische schade	Patiënt is bij bewustzijn, alert, in staat om te werken en een normaal leven te leiden. Patiënt kan kleine psychologische of neurologische gebreken hebben zoals milde dysfasie, niet beperkende gedeeltelijke verlamming (hemiparese) of licht hersenletsel.
2	Milde neurologische schade	Patiënt is bij bewustzijn en is in staat om gedeeltelijk te werken in een aangepaste omgeving en kan onafhankelijk dagelijkse activiteiten uitvoeren zoals aankleden, reizen met OV of een maaltijd bereiden. Patiënt heeft een gedeeltelijke verlamming (hemiplegie) of epileptisch insulden, gebrekkige spierbeheersing (ataxie), spraakstoornissen, blijvende geheugenproblemen of blijvende mentale veranderingen.
3	Ernstige neurologische schade	Patiënt is bij bewustzijn en is bij dagelijkse activiteiten afhankelijk van (mantel)zorgverleners thuis of in zorginstelling en heeft cognitieve beperkingen. Patiënt kan verschillende symptomen van ernstige neurologische schade vertonen variërend van motorische problemen, ernstige geheugenproblemen of dementie die zelfstandig wonen verhinderen tot verlamming of communicatie die beperkt is tot oogbewegingen (locked-in-syndroom).
4	Coma of vegetatief	Patiënt is niet bij bewustzijn, onbewust van omgeving en zonder cognitieve mogelijkheden. Er is geen verbale of psychologische interactie met de omgeving.
5	Hersendood of dood	Patiënt is hersendood of dood.

*Vertaalde betekenis van CPC-scores beschreven door Morrison ea (2006)*

**Tabel 2 - Samenvatting uitkomst bij *ouderen* van reanimatie na hartstilstand buiten het ziekenhuis (OHCA) in evidencierapport CBO (deel 3).**

Leeftijd	Overleving (levend het ziekenhuis verlaten)*	Geen tot milde neurologische schade (CPC 1-2)*	Overleving na 1 jaar	Significant kleinere overlevingskansen bij:
70+	2,4-14%	1,2-5,7%	Slechts 1 studie gevonden	Ouderen met verschillende chronische aandoeningen (comorbiditeit), o.a. bij levercirrose, kanker, hypercholesterolemie
80+	3,3-9,4%	Geen uitkomsten gevonden	Geen uitkomsten gevonden	

*\* % van de mensen met een circulatiestilstand dat gereanimeerd werd en levend het ziekenhuis verliet*

**Tabel 3 - Samenvatting uitkomst bij ouderen van reanimatie na hartstilstand in het ziekenhuis (IHCA)**

Leeftijd	Overleving (levend het ziekenhuis verlaten)*	Geen tot milde neurologische schade (CPC 1-2)*	Overleving na 1 jaar	Significant kleinere overlevingskansen bij:
70+	5,9-32,7%	17%	8-11,3%	Ouderen met ADL-afhankelijkheid en/of verschillende chronische aandoeningen (comorbiditeit), o.a. bij (metastatische of hematologische) maligniteit, sepsis, leverinsufficiëntie, nierfalen, acute neurologische aandoeningen, gastrointestinale comorbiditeit, hypotensie, pneumonie aneurysma dissectans, uremie en pulmonaire embolie.
80+	11-17%	Geen uitkomsten gevonden	Geen uitkomsten gevonden	

\* % van de mensen met een circulatiestilstand dat gereanimeerd werd en levend het ziekenhuis verliet





Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

verenSo

Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht

Postbus 20069  
3502 LB Utrecht

T 030 28 23 481  
F 030 28 23 494

info@verenso.nl  
www.verenso.nl