



# Multidisciplinaire Richtlijn Besluitvorming over reanimatie

Anticiperende besluitvorming over  
reanimatie bij kwetsbare ouderen

Deel 2

Integrale tekst

## 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)

## 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 Ruiter, projectleider/beleidsmedewerker Verenso, hoofdauteur
- Dr. M.G.T. (Maria) Dolders, beleidsmedewerker wetenschap, Verenso
- Mr. R.B.J. (Roy) Knuijman, 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 Nederlandse 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>	3
<b>Stroomdiagram</b>	6
<b>1 Inleiding</b>	7
1.1 Waarom deze richtlijn?	7
1.2 Doel, doelgroep, gebruikers en eindproducten	7
1.3 Definities	8
1.4 Samenstelling richtlijnwerkgroep, geraadpleegde experts en patiëntenperspectief	10
1.5 Indeling richtlijn en leeswijzer	10
<b>2 Medische aspecten bij anticiperende besluitvorming over reanimatie</b>	11
2.1 Kwetsbare ouderen in Nederland	11
2.2 Circulatiestilstand en reanimatie in Nederland	11
2.3 Uitkomsten van reanimatie na een circulatiestilstand	12
2.3.1 Methodologische overwegingen	12
2.3.2 Uitkomsten na reanimatie buiten het ziekenhuis (OHCA)	13
2.3.3 Uitkomsten na reanimatie in het ziekenhuis (IHCA)	16
2.3.4 Directe schade door reanimeren	17
2.3.5 Uitkomsten van reanimatie in de langdurige zorg	17
2.4 Conclusies, overwegingen en aanbevelingen	18
<b>3 Ethisch en juridisch kader voor anticiperende besluitvorming</b>	21
3.1 Ethische overwegingen over reanimatie bij kwetsbare ouderen	21
3.2 Juridisch kader voor individuele besluitvorming	23
3.2.1 Anticiperend reanimatiebesluit	23
3.2.2 Besluitvorming over reanimatie bij wils(on)bekwame patiënten	24
3.2.3 Rechtsgeldigheid niet-reanimerenverklaring van de patiënt	25
3.2.4 Rechtsgeldigheid van de niet-reanimerenpenning van de patiënt	25
3.2.5 Vastleggen en overdracht van het reanimatiebesluit van de arts	26
3.2.6 Evaluatie van het reanimatiebesluit	27
3.3 Verantwoordelijkheden van het management en individuele zorgverleners	28
3.3.1 Bij bezoekers, medewerkers en passanten	28
3.4 Samenvatting, overwegingen en aanbevelingen	28
<b>4 Gespreksvoering over anticiperende besluitvorming bij individuele ouderen</b>	34
4.1 Samenvatting van literatuur	34
4.2 Timing gespreksvoering bij zelfstandig wonende kwetsbare ouderen	35
4.3 Timing gespreksvoering bij intramuraal wonende kwetsbare ouderen	36
4.4 Overwegingen en aanbevelingen	36

<b>5</b>	<b>Randvoorwaarden voor uitvoering van anticiperende reanimatiebesluiten</b>	<b>38</b>
5.1	Communicatie over het reanimatiebeleid van de zorgaanbieder	38
5.2	Heldere handelwijze van zorgverleners bij een patiënt met een circulatiestilstand	38
5.3	Zorgverleners, BHV-ers, scholing en middelen	39
	5.3.1 Mensen met voldoende reanimatievaardigheden	39
	5.3.2 Bedrijfshulpverleners	39
	5.3.3 Scholing over reanimatie	40
	5.3.4 Middelen	40
5.4	Overwegingen en aanbevelingen	40
<b>6</b>	<b>Verantwoording en werkwijze, juridische consequenties en herziening</b>	<b>42</b>
6.1	Verantwoording werkwijze richtlijnwerkgroep en focusgroep	42
6.2	Verantwoording werkwijze stuurgroep en projectteam	42
6.3	CBO-zoekstrategieën voor paragrafen 2.3 en 2.4, hoofdstuk 4 en het evidencerapport in deel 3	43
6.4	Zoekstrategieën Verenso voor hoofdstukken 1,2,3,4,5	43
6.5	Juridische aspecten	44
	<b>Afkortingenlijst</b>	<b>45</b>
	<b>Literatuurlijst op alfabetische volgorde per hoofdstuk</b>	<b>46</b>
	<b>Bijlagen</b>	
A:	Initiële uitgangsvragen	54
B:	Incidentie circulatiestilstand en uitkomsten van reanimatie buiten het ziekenhuis (OHCA) bij Nederlandse volwassenen	57
C:	Aandachtspunten voor shared decision making bij reanimatie	59
D:	Literatuurbeschouwing over gespreksvoering over reanimatie	64
	D1. Patiënten en hun vertegenwoordigers over anticiperende besluitvorming	64
	D2. Artsen, verpleegkundigen en verzorgenden over anticiperende besluitvorming	68
	D3. (Para) medische beroepsorganisaties over anticiperende besluitvorming	70

# 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

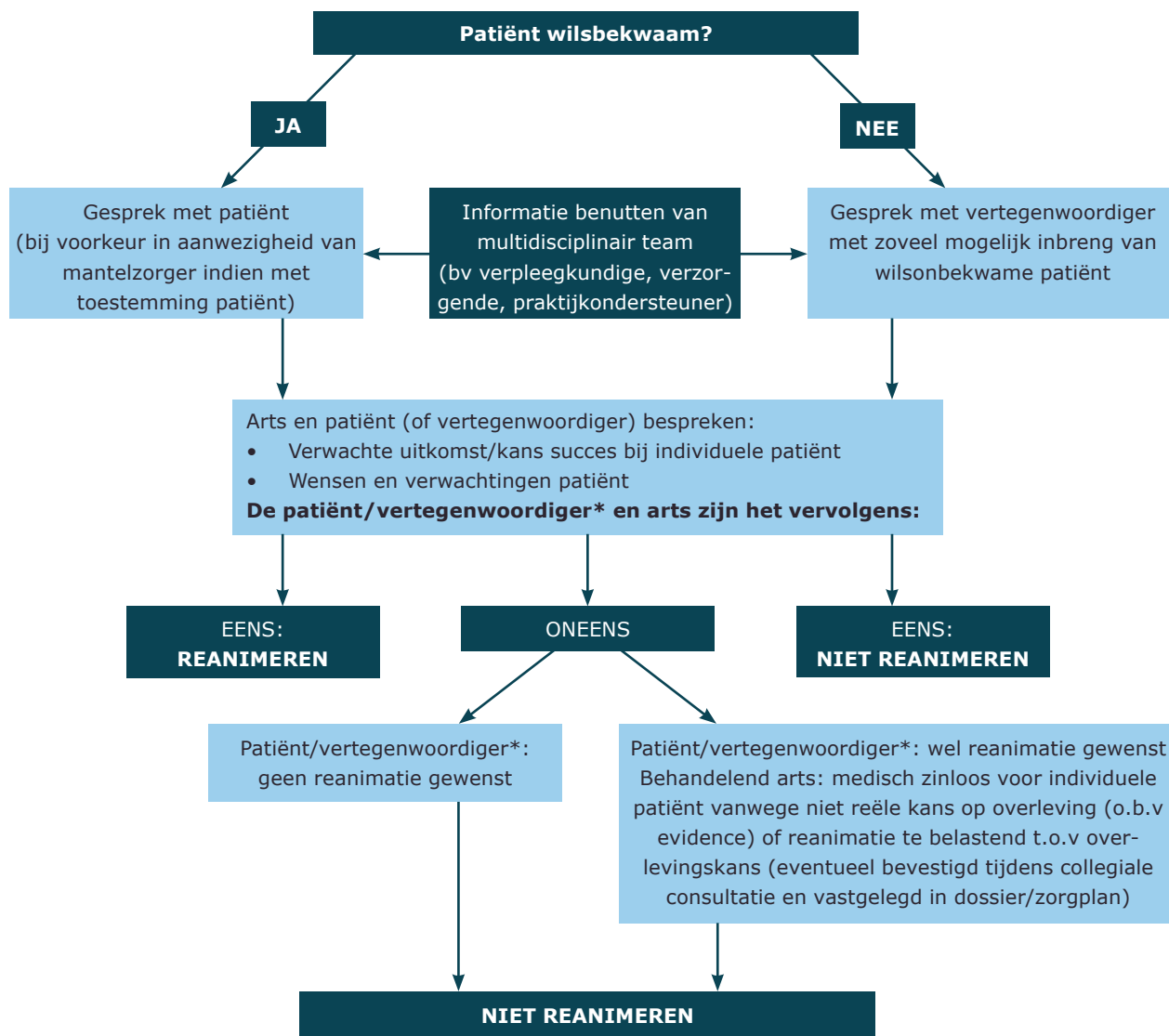
Mogelijke aanleidingen:

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.

# Inleiding

## 1.1 Waarom deze richtlijn?

In 2000 publiceerde Verenso de Handreiking Reanimatie voor de artsen in verpleeghuizen. Die handreiking werd door veel verpleeg- en verzorgingshuizen geraadpleegd om tot een eigen reanimatiebeleid te komen. In 2008 werden Kamervragen gesteld, omdat in de media de indruk was ontstaan dat in verpleeg- en verzorgingshuizen voor alle patiënten een collectief niet-reanimatiebeleid wordt gevoerd. Er werden medische, ethische en juridische vragen gesteld over de mogelijkheid en wenselijkheid van reanimatie bij kwetsbare ouderen. Dit betrof ook de anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen die thuis of in verzorgingshuizen wonen, waarbij de huisarts verantwoordelijk is voor de medische zorg en anticiperende besluitvorming rond reanimatie.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft daarop subsidie beschikbaar gesteld om een heldere evidencebased richtlijn over anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen te ontwikkelen. Zowel de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als verschillende specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen, zorginstellingen, de ambulancezorg als ouderen zelf melden hieraan behoefte te hebben omdat zij verschillende vragen hebben over dit onderwerp. *Zie bijlage A voor uitgangsvragen.*

Verenso, het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) publiceren daarom deze nieuwe multidisciplinaire richtlijn. Het uitgangspunt is het bereiken van individuele anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen door de behandelend arts in overleg met de patiënt en zijn naasten. Deze kwetsbare ouderen kunnen zowel thuis als in een verpleeg- of verzorgingshuis wonen.

Voor de toepassing van de juiste reanimatietechniek wordt verwezen naar de meest recente richtlijnen van de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR). Voor het medisch beleid bij een ICD/pacemaker in de palliatieve fase wordt verwezen naar de NVvC-richtlijn ICD/Pacemaker in de laatste levensfase (2012).

## 1.2 Doelstelling, doelgroep, gebruikers en eindproducten

Met deze richtlijn willen Verenso, NHG en V&VN bijdragen aan betere anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen. Deze richtlijn is bestemd voor huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners die zorg bieden aan kwetsbare ouderen die thuis of in een verzorgings- of verpleeghuis wonen. De richtlijn biedt de mogelijkheid van een goede onderbouwing van het handelen en biedt handvatten voor interne en transmurale samenwerking. Hiermee wordt bijgedragen aan zorgvuldige communicatie over de (on)mogelijkheden in de zorg voor kwetsbare ouderen en wordt mogelijke onduidelijkheid rondom het levenseinde voorkomen. Ook is een Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) opgesteld en is voor ouderen en hun naasten bijpassend patiëntenvoorlichtingsmateriaal gemaakt. Met het voorlichtingsmateriaal kan de behandelend arts kwetsbare ouderen uitnodigen voor een gesprek over hun wensen en de mogelijkheden bij reanimatie in hun specifieke situatie. Uiteraard is het ook relevant voor kwetsbare ouderen, die in het ziekenhuis zijn opgenomen, dat vergelijkbare anticiperende besluitvorming plaatsvindt. De daar afgesproken reanimatiebesluiten moeten met de huisarts of specialist ouderengeneeskunde gecommuniceerd worden bij ontslag. Deze richtlijn en de LESA richten zich echter op de kwetsbare ouderen die thuis of in verzorgings- of verpleeghuizen wonen.

## 1.3 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 (hoofdbehandelaar) 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.

## 1.4 Samenstelling richtlijnwerkgroep, geraadpleegde experts en patiëntenperspectief

De richtlijnwerkgroep bestaat uit deskundige vertegenwoordigers van relevante beroepsgroepen, die te maken hebben met de besluitvorming over (niet)reanimeren bij kwetsbare ouderen die thuis of in een verzorgings- of verpleeghuis wonen. Deze werkgroepleden hebben onafhankelijk gehandeld en zijn gemandateerd door de betrokken verenigingen. Zij hebben een belangenverklaring ondertekend waarin zij aangeven geen banden met de farmaceutische industrie te hebben en dat er geen sprake is van belangenverstrengeling. Daarnaast is een focusgroep ingesteld waarin vertegenwoordigers van andere relevante partijen zijn opgenomen zoals het LOC (patiënten), ActiZ (thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen), de Nederlandse Reanimatie Raad en Hartstichting. Het LOC heeft ingestemd met deze richtlijn en de tekst voor het bijbehorende patiëntenvoorlichtingsmateriaal is becommentarieerd door een aantal ouderen- en patiëntenorganisaties die benoemd worden in die voorlichtingstekst.

Pagina 2 van deze richtlijn vermeldt de leden van de richtlijnwerkgroep, de focusgroep, geraadpleegde experts, project- en stuurgroepleden en ondersteunende adviseurs. De werkwijze van de richtlijnwerkgroep wordt in hoofdstuk 6 vermeld.

## 1.5 Indeling richtlijn en leeswijzer

De indeling van de richtlijn verschilt per hoofdstuk. Deze is afhankelijk van de opbouw en bewijskracht van het gevonden bronmateriaal, zie de toelichting hiervan in hoofdstuk 6. De overwegingen kunnen gebaseerd zijn op patiëntenperspectief, organisatorische aspecten en kosten. De uiteindelijke aanbevelingen zijn het resultaat van de wetenschappelijke conclusie(s), waarbij de overwegingen worden betrokken. Hierbij wordt opgemerkt, dat een wetenschappelijke conclusie met een lage bewijskracht alsnog kan leiden tot een sterke aanbeveling.

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

Tot slot wordt gemeld dat bij aangehaalde literatuur alleen de eerste auteur wordt genoemd. Voor een volledig overzicht van auteurs wordt verwezen naar de literatuurlijst.

# Medische aspecten

## bij anticiperende besluitvorming over reanimatie

Reanimatie bij een circulatiestilstand kan drie soorten uitkomsten hebben namelijk:

- 1) overleving zonder blijvende schade
- 2) overleving met blijvende schade
- 3) overlijden ondanks reanimatie.

Bij een circulatiestilstand kan geen overleg plaatsvinden met de patiënt omdat deze buiten bewustzijn is. Toch moet binnen enkele minuten besloten worden of wel of niet met reanimatie gestart wordt. Daarom is het belangrijk om op een goed gekozen moment met ouderen te praten over de mogelijkheid en wenselijkheid van reanimatie. Dit kan ongewenste reanimaties voorkomen want een mislukte reanimatie leidt in alle gevallen tot een verstoord sterfbed. Voor anticiperende besluitvorming is betrouwbare informatie noodzakelijk. Dit hoofdstuk beschrijft daarvoor actuele evidencebased gegevens over de uitkomsten van reanimatie bij kwetsbare ouderen.

### 2.1 Kwetsbare ouderen in Nederland

In Nederland waren in 2007 ruim 600.000 kwetsbare personen van 65 jaar en ouder van wie ruim 500.000 ouderen zelfstandig woonden en circa 100.000 in een verzorgingshuis of verpleeghuis verbleef. Van de zelfstandig wonende 65-plussers is ongeveer een kwart kwetsbaar. In intramurale zorginstellingen zijn driekwart van de verzorgingshuisbewoners en praktisch alle verpleeghuisbewoners kwetsbaar. Verwacht wordt dat het aantal 65-plussers tussen 2010 en 2030 toeneemt van circa 700.000 tot meer dan 1 miljoen waarvan 25% kwetsbaar zal zijn. Vermoed wordt dat het aantal kwetsbare ouderen na 2030 afneemt. Huisartsen zijn verantwoordelijk voor de zorg aan 80% van de kwetsbare ouderen (SCP, Van Campen 2011).

### 2.2 Circulatiestilstand en reanimatie in Nederland

Over circulatiestilstand en reanimatie bij kwetsbare ouderen zijn geen Nederlandse gegevens gevonden. Volgens de Hartstichting (Hartstichting, 2012) worden elke week 300 Nederlanders buiten het ziekenhuis getroffen door een circulatiestilstand. Dit zijn 15.000 à 16.000 patiënten per jaar. De gemiddelde leeftijd bij een circulatiestilstand ligt rond de 65 jaar.

Drie tot vier procent van de reanimaties vindt plaats in langere termijninstellingen (Beesems 2012, Koster 2009), helaas zijn daarover nog geen uitkomsten gepubliceerd.

In bijlage B worden Nederlandse gegevens vermeld over de incidentie van circulatiestilstand bij de algemene bevolking buiten het ziekenhuis (Beesems 2012; Koster 2009; Straus 2004; Gorgels 2003; Waalewijn 1998; De Vreede-Swagemakers 1997). Dit geeft een gemiddelde incidentie van 0,74 per 1.000 inwoners. Eén studie vermeldt een incidentie van 8,53 per 1.000 inwoners van 80 jaar of ouder (Straus 2004).

## 2.3 Uitkomsten van reanimatie na een circulatiestilstand

### 2.3.1 Methodologische overwegingen

Om een uitspraak te kunnen doen over de uitkomsten van reanimatie en beïnvloedende factoren bij kwetsbare ouderen heeft het kwaliteitsinstituut CBO een review opgesteld op basis van internationale studies die gepubliceerd zijn na 2000. Het CBO-evidencerapport met bijbehorende evidencetabellen is te vinden in deel 3.

In dit hoofdstuk worden de conclusies daaruit weergegeven aangevuld met een aantal relevante Nederlandse studies die veelal vóór 2000 werden gepubliceerd. In paragraaf 2.3.2 en paragraaf 2.3.3 worden respectievelijk de uitkomsten van reanimatie buiten het ziekenhuis (Out of Hospital Cardiac Arrest (OHCA)) en binnen het ziekenhuis (In Hospital Cardiac Arrest (IHCA)) besproken. Eerst worden de relevante gegevens uit reviews (meta-analyse van afzonderlijke studies) besproken en daarna de gegevens uit relevante primaire studies.

Het is niet mogelijk om op basis van de gevonden studies definitieve uitspraken te doen over uitkomsten van reanimatie en de factoren die daarop van invloed zijn. Dit heeft een aantal oorzaken.

1. De meeste studies baseren zich op het aantal mensen met een circulatiestilstand waarvoor de ambulancezorg wordt gebeld of het aantal mensen dat levend in het ziekenhuis wordt opgenomen na een reanimatie. Daardoor betreffen de gevonden overlevingscijfers meestal alleen mensen die na reanimatie levend zijn opgenomen in het ziekenhuis. In de praktijk overlijden 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 aanzienlijk lager is dan de gevonden overlevingscijfers weergeven.

2. Niet alle studies hanteren dezelfde exclusiecriteria. Sommige studies beperken zich tot reanimatie bij circulatiestilstanden met een cardiale oorzaak. Andere studies includeren ook circulatiestilstanden als gevolg van trauma, verdrinking, suicide of een respiratoire oorzaak.

3. De factoren die van invloed kunnen zijn op de overleving bestaan uit twee groepen:

- a) patiëntgebonden factoren zoals geslacht, leeftijd, voorafgaande comorbiditeit;
- b) factoren die tijdens/rondom de reanimatie optreden zoals de tijd tussen circulatiestilstand en de start van reanimatie.

De meeste studies zijn gebaseerd op gegevens van ziekenhuizen en soms ook van de ambulancezorg. Hieruit zijn veelal wel beïnvloedende factoren tijdens/rondom de reanimatie te destilleren, maar in de meeste studies is de voorafgaande comorbiditeit onbekend. Uit de studies waar wel naar voorafgaande comorbiditeit is gekeken, blijkt dat (specifieke) comorbiditeit van invloed kan zijn op de overleving.

4. Overleving wordt uitgedrukt in het percentage gereanimeerde patiënten dat na reanimatie levend het ziekenhuis verlaat. Niet alle studies rapporteren daarnaast hoeveel opgenomen patiënten na reanimatie het ziekenhuis verlaten zonder (neurologische) schade. Er zijn nauwelijks studies te vinden over langere termijnoverleving of kwaliteit van leven van ouderen na reanimatie.

5. De gevonden primaire studies waren overwegend retrospectief, waarbij achteraf uit de medische dossiers de benodigde gegevens werden gehaald. Vrijwel alle studies bleken van matige of lage methodologische kwaliteit door onduidelijkheid over uitval in de studie en over de wijze waarop prognostische factoren waren gemeten.

Bij de rapportage van de neurologische toestand na reanimatie werd in de meeste studies de CPC score (Cerebral Performance Categories) gebruikt, zie tabel 1.

**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 insulten, 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)*

Hoewel een CPC-score van 1-2 meestal gezien wordt als een relatief goede neurologische uitkomst, kunnen volgens Moulaert ea (2009) in deze groep toch geringe tot milde cognitieve beperkingen voorkomen zoals dysfasie, permanente geheugenproblemen of mentale veranderingen.

### 2.3.2 Uitkomsten na reanimatie buiten het ziekenhuis (OHCA)

Er zijn geen studies gevonden naar de specifieke uitkomsten na reanimatie buiten het ziekenhuis (OHCA) bij kwetsbare ouderen of bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen. Wel zijn studies beoordeeld waarin de uitkomsten voor (zeer) ouderen en/of chronisch zieken gegeven zijn (*zie deel 3 voor het CBO-evidence-rapport en bijbehorende evidencetabellen*).

Opgemerkt wordt dat er geen gegevens gevonden zijn over het aantal mensen met een hartstilstand voor wie geen ambulancezorg is gebeld omdat voor hen een niet-reanimerenbeleid gold of omdat hun lichaam lijkstijf werd aangetroffen.



## Overleving: levend ontslag uit het ziekenhuis na reanimatie bij OHCA

In een systematisch review van Sasson ea (2010) van goede kwaliteit over internationale studies naar uitkomsten van reanimatie na OHCA werd bij volwassenen een overleving van gemiddeld 7,6% met een spreiding van 6,7-8,4% gerapporteerd (gemiddelde leeftijd tussen 60 en 70 jaar). De spreiding in de primaire internationale studies die in het bijgevoegde evidencerapport wordt besproken was groter (2,4-17%). Voor ouderen van 70-plus was de spreiding 2,4-14%; voor ouderen van 80-plus was de spreiding 3,3-9,4%.

Over de uitkomsten van reanimatie bij de **algemene bevolking** vindt Berdowski (2010) in een review over studies in Europa een gemiddelde overleving van 9% na reanimatie bij OHCA. Negen publicaties over Nederlandse studies (Beesems 2012; Berdowski 2011; Koster 2009; Berdowski 2006; Van Alem 2004/2004; Kuilman 1999; Waalewijn 1998; De Vreede-Swagemakers 1997) vermelden voor de **algemene bevolking** over de overlevingskans na reanimatie bij OHCA een range van 6,3-31% waarbij Berdowski (2011) meldt dat bij gebruik van een AED on-site de overleving kan stijgen naar 51%. De oudere Nederlandse studie van Waalewijn (1998) noemt een overleving van 7% voor mensen ouder dan 60 jaar. *Zie bijlage B voor een overzicht van Nederlandse studies naar incidentie van circulatiestilstand en naar uitkomsten van reanimatie buiten het ziekenhuis (OHCA).*

Van de Glind (2012) vindt in een recent Cochrane Review dat een gemiddelde overleving van 4,1% voor ouderen van 70-plus. Zij ziet dat een hogere leeftijd een significant lagere overleving geeft.

## Na reanimatie bij OHCA: neurologische schade, overleving na 1 jaar en kwaliteit van leven

In de beschreven internationale studies in het CBO-evidencerapport varieert het percentage patiënten dat geen tot milde neurologische schade (CPC score 1-2) heeft na reanimatie bij OHCA tussen de 1,1% en 9,1%. Voor ouderen van 70-plus is daarvoor een spreiding van 1,2-5,7% terug te vinden in de internationale studies. Dit vormt de helft van het aantal gereanimeerde overlevenden.

Ook de oudere Nederlandse studie van Waalewijn (1998) toont dat 5,6% van gereanimeerde 60-plussers geen tot milde neurologische schade (CPC score 1-2) heeft.

Uit een systematisch review van Moulaert (2009) komt naar voren dat in drie prospectieve studies van hoge kwaliteit de helft van de overlevenden cognitieve problemen heeft. Hierbij komen geheugenproblemen het meest voor. Ook geeft Moulaert aan dat de CPC-schaal ongevoelig lijkt voor meer subtiele cognitieve beperkingen. Dit zou kunnen betekenen dat het aantal patiënten dat overleeft zonder daadwerkelijke cognitieve beperkingen in de realiteit kleiner is dan nu lijkt op basis van de CPC-score 1-2.

Wachelder (2009) vond dat na reanimatie bij OHCA veel patiënten en hun partners aanzienlijke beperkingen in hun dagelijks leven ervaren en een verminderde kwaliteit van leven. Circa driekwart van de overlevenden had een lager niveau van maatschappelijk functioneren vergeleken met de algemene bevolking. Meer dan de helft gaf aan ernstig vermoeid te zijn, ruim éénderde meldde angstige/depressieve gevoelens te hebben en een kwart een verminderde kwaliteit van leven. Ook hun naasten meldden meer last te hebben van stress, angstgevoelens en een verminderde kwaliteit van leven door de beperkingen in het functioneren van de patiënt. Ook Moulaert (2010) vond dat de kwaliteit van leven van mensen die een OHCA overleven sterk beïnvloed wordt door cognitieve beperkingen, vermoeidheid, angst/depressie, post-traumatische stress en moeilijkheden in dagelijks functioneren.

De overleving na 1 jaar was 1,6-1,8% in twee studies waarin de bestudeerde populatie 70 jaar of ouder was (Engdahl 2001; Iwami 2006). Alleen de studie van Iwami rapporteert de overleving van 70-plussers met verschillende hartritmen. De studie van Engdahl betreft alleen personen bij wie sprake was van polsloze elektrische activiteit (PEA). De werkgroep wil op basis van slechts één gevonden studie geen uitspraak doen over 1-jaarsoverleving bij 70-plussers.

### **Prognostische factoren bij OHCA**

Voor de richtlijn is gezocht naar zowel patiëntgebonden factoren als factoren die tijdens de reanimatie buiten het ziekenhuis de overleving van (kwetsbare oudere) patiënten beïnvloeden.

#### **Patiëntgebonden prognostische factoren bij OHCA**

##### *Leeftijd en geslacht*

Een hogere leeftijd geeft meestal een slechtere prognose in de meeste primaire internationale studies. Uit één studie (Chien 2008) komt een mogelijke verklaring: in de jongere leeftijdsgroep komt vaker ventrikelfibrilleren (VF) of ventrikeltachycardie (VT) voor wat een grotere overlevingskans geeft dan andere hartritmes. In één studie (Arrich 2006) bleek leeftijd een prognostische factor voor mannen, maar niet voor vrouwen met een circulatiestilstand. In één studie (Herlitz 2007) werd een betere prognose voor vrouwen (ongeacht leeftijd) gerapporteerd. Ook in het Cochrane review van Van de Glind (2012) vermelden een paar kleine studies dat hogere leeftijd een negatieve uitkomst heeft op kwaliteit van leven en neurologische uitkomsten.

##### *Comorbiditeit*

Er werden geen studies gevonden waarin voor specifieke patiëntengroepen na OHCA een overleving van minder dan 1% werd gerapporteerd. Comorbiditeit geeft een slechtere prognose na reanimatie, vooral bij levercirrose en kanker. Cardiovasculaire comorbiditeit zoals hartinfarct bleek juist een betere prognose te geven. De auteurs (Pleskot 2009) geven daarvoor als verklaring dat patiënten met een myocardinfarct - dat zich op een ECG uit met een ST-stijging - betere overlevingskansen lijken te hebben als er aanvullende intra-coronaire behandelingen worden geboden zoals percutane coronaire interventie (PCI) of chirurgische interventie (CABG).

##### *Beïnvloedende prognostische factoren tijdens de reanimatie na OHCA*

In twee internationale reviews (Sasson 2010; Frederiksson 2005) werd gevonden dat de kans op overleving groter is bij patiënten:

- wier circulatiestilstand plaatsvond in het bijzijn van omstanders: 6,4-13,5%;
- wier circulatiestilstand plaatsvond in het bijzijn van ambulancehulpverleners: 4,9-18,2%;
- die gereanimeerd werden door omstanders: 3,9-16,1%;
- die met ventrikelfibrilleren (VF) of ventrikeltachycardie (VT) gevonden werden: 14,8-23,0%;
- bij wie de spontane circulatie herstelde (ROSC = return of spontaneous circulation): 15,5-33,6%.

De grote variatie in uitkomsten bleek in het review van Frederiksson (2005) niet geheel te verklaren door de traditionele risicofactoren voor een ongunstige uitkomst. De primaire internationale studies bevestigen betere prognoses bij VF/VT, bij reanimatie van een circulatiestilstand die plaatsvond in aanwezigheid van omstanders en bij basale reanimatie die al werd opgestart door omstanders.

**Tabel 2 – Samenvatting uitkomst bij ouderen van reanimatie na OHCA in evidencerapport CBO**

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

### 2.3.3 Uitkomsten na reanimatie in het ziekenhuis (IHCA)

#### **Overleving: levend ontslag uit het ziekenhuis (IHCA)**

Eén systematisch review (Ebell 2011) rapporteert dat gemiddeld 17,5% van de gereanimeerden levend uit het ziekenhuis werd ontslagen, met een iets hogere overleving in meer recente studies. In een ander review (Sandroni 2007) werd een overleving van tussen de 0% en 42% gerapporteerd met 15-20% als de meest voorkomende range. De spreiding in de besproken primaire studies was groter (5,9-37%). Voor ouderen van 70-plus was de spreiding 5,9-32,7%; voor ouderen van 80-plus was de spreiding 11-17%.

#### **Na reanimatie bij IHCA: neurologische schade en overleving na 1 jaar**

Het percentage overlevenden zonder tot milde neurologische schade (CPC score 1-2) na reanimatie voor IHCA varieerde tussen de 9,1% en 34,7%. Voor ouderen van 70-plus is er slechts één studie (Elshove-Bolk 2007) waarin een goede CPC-score werd gerapporteerd van 17%.

De overleving na 1 jaar varieerde van 8% tot 11,3% gerapporteerd in twee studies (Elshove-Bolk 2007; Cooper 2006) waarin de bestudeerde populatie 70 jaar of ouder was.

#### **Prognostische factoren bij IHCA**

Voor de richtlijn is gezocht naar zowel patiëntgebonden factoren als factoren die tijdens de reanimatie in het ziekenhuis de overleving van (kwetsbare oudere) patiënten beïnvloeden.

#### **Patiëntgebonden prognostische factoren bij IHCA**

##### *Leeftijd en geslacht*

Een hogere leeftijd geeft een slechtere prognose volgens de beschreven reviews, hoewel dat in één review (Sandroni 2007) controversieel werd genoemd. In de primaire studies bleek hogere leeftijd in zes van de acht artikelen met een multivariate analyse samen te hangen met een slechtere prognose. In één van de twee studies die in multivariate analyse de invloed van het geslacht van de patiënt analyseerden, bleken mannen een slechtere prognose te hebben dan vrouwen (Ehlenbach 2009).

### Comorbiditeit

Er werden geen studies gevonden waarin voor specifieke patiëntengroepen na IHCA een overleving van minder dan 1% werd gerapporteerd. In de reviews (Ebell 2011; Sandroni 2007) bleken de volgende aandoeningen verband te houden met een slechtere prognose: (metastatische of hematologische) maligniteit, nierfalen, hypotensie bij opname, sepsis, opname voor pneumonie, trauma of andere niet-cardiale diagnose. Ook ADL-afhankelijkheid vóór opname in het ziekenhuis leidt tot een slechtere prognose. In de primaire studies bleken gastrointestinale comorbiditeit, leverinsufficiëntie, kanker en acute neurologische aandoeningen (een beroerte of beschadiging van het centraal zenuwstelsel) samen te hangen met een slechtere prognose. Ook de slechtere prognose bij ADL-afhankelijkheid werd bevestigd. Cardiovasculaire comorbiditeit bleek zowel in de reviews als primaire studies juist verband te houden met een betere prognose.

### Beïnvloedende prognostische factoren tijdens de reanimatie na IHCA

In zowel de reviews als primaire studies bleek een hartritme van VT/VF een betere prognose te bieden. In de primaire studies leidde een nachtelijke circulatiestilstand tot een ongunstiger uitkomst.

**Tabel 3 – Samenvatting uitkomst bij ouderen van reanimatie na 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 dissecans, 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

### 2.3.4 Directe schade door reanimatieproces

Bij reanimatie wordt stevige druk op de borstkas uitgeoefend. Daardoor kan reanimatie, zeker bij kwetsbare ouderen, directe schade opleveren zoals gebroken ribben en/of beschadigde organen resulterend in forse pijn. Reanimatie biedt weliswaar een (zeer) kleine kans op overleving, maar verstoort de kans op een rustig overlijden.

### 2.3.5 Uitkomsten van reanimatie in de langdurige zorg

Reanimatie in de langdurige zorg werd niet apart besproken in de reviews of primaire studies. Wel werd de prognostische waarde van verblijf in een verpleeghuis onderzocht. Slechts in twee (Deasy 2011; Ehlenbach 2009) van de vijf studies bleek er een significant lagere overleving te zijn voor patiënten uit een verpleeghuis. In de andere drie studies werd geen significant verschil gevonden. Mogelijk is dit afhankelijk van de onderliggende morbiditeit en van de samenstelling van de populatie in die specifieke setting. Wel is er beperkt bewijs dat ADL-afhankelijkheid verband houdt met een slechtere prognose.

## 2.4 Conclusies, overwegingen en aanbevelingen

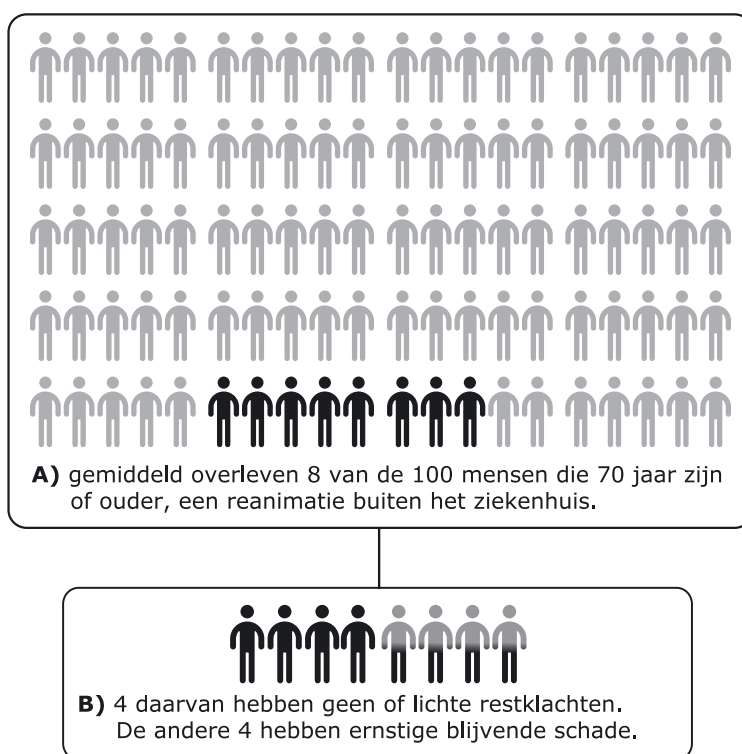
### Conclusies

Onderstaande conclusies moeten in het licht van de lage tot matige methodologische kwaliteit van de studies met de nodige voorzichtigheid in ogenschouw worden genomen.

### 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:

- 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:

- 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 kennisinstellingen

- 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).

# Ethisch en juridisch kader voor anticiperende besluitvorming

Kwetsbare ouderen hebben een (zeer) kleine kans op overleving zonder schade. Om de kans te vergroten op overleving zonder schade moet zo snel mogelijk met reanimatie gestart worden. Maar betekent dit ook dat iedere kwetsbare oudere gereanimeerd moet worden?

## 3.1 Ethische overwegingen over reanimatie bij kwetsbare ouderen

Het uitgangspunt bij de medische zorg aan kwetsbare ouderen is hen een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te bieden. Daarbij weegt de behandelend arts samen met de individuele kwetsbare oudere de meerwaarde en belasting van medische handelingen zorgvuldig tegen elkaar af. Dit is des te meer van belang bij kwetsbare ouderen met een beperkte levensverwachting. Kwetsbare - vaak hoogbejaarde - ouderen hebben immers veelal verschillende chronische aandoeningen tegelijk, die vaak gepaard gaan met lichamelijke, psychische, communicatieve en/of sociale beperkingen waardoor zij afhankelijk zijn van hulp bij het dagelijkse leven.

Zoals is vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO), mogen medische behandelingen alleen plaatsvinden met toestemming van de patiënt zodat deze, vanuit de eigen autonomie, de regie over zijn eigen leven houdt. In de WGBO is deze zeggenschap van de patiënt vastgelegd waarbij de arts de plicht heeft te zorgen dat de patiënt goed geïnformeerd toestemming kan geven of weigeren.

In een acute situatie zoals bij een circulatiestilstand – waarbij de patiënt buiten bewustzijn is - wordt van veronderstelde toestemming uitgegaan. Bij een circulatiestilstand kan de patiënt zich immers niet meer uiten en wordt deze gereanimeerd om de patiënt een kans op overleving te bieden. Zo lang er niet door patiënt en/of arts is gesproken over de wenselijkheid (en mogelijkheid) van reanimatie geldt in het algemeen de uitgangsregel 'Reanimeren, tenzij in gesprek met de patiënt besloten is tot niet-reanimeren (NR)'.

Bij een circulatiestilstand is de patiënt buiten bewustzijn en daarmee wilsonbekwaam. Dan kan de patiënt niet meer om toestemming gevraagd worden voor reanimatie terwijl deze alleen een kleine kans op overleving heeft als reanimatie binnen enkele minuten gestart wordt. Regelmatig hebben ouderen echter wel nagedacht over hun levenseinde en hebben zij opvattingen over de zorg die zij dan juist wel of juist niet willen ontvangen. Zo ook over reanimeren. Helaas hebben zij deze opvattingen niet altijd kenbaar gemaakt aan hun behandelend arts. Om te voorkomen dat een individuele patiënt tegen zijn wens gereanimeerd wordt of dat reanimatie plaatsvindt terwijl dat medisch zinloos is, kunnen arts en patiënt vooruitlopend op een eventuele circulatiestilstand beslissen of reanimatie mogelijk en gewenst is. Dit heet anticiperende besluitvorming over reanimatie.

Bij anticiperende besluitvorming over reanimatie geeft de arts aan de patiënt of zijn vertegenwoordiger medische informatie. Medische gegevens - zoals prognose, levensverwachting en verwachte kans op overleving na reanimatie zonder schade - zijn onmisbaar voor een geïnformeerde beslissing, maar ze zijn bijna nooit volledig bepalend voor de uitkomst van gespreksvoering over reanimatie.



Arts en patiënt hebben elkaar nodig in de anticiperende besluitvorming over reanimatie. Via shared decision making streven zij naar een gezamenlijk reanimatiebesluit. Van wezenlijk belang zijn de opvattingen van de patiënt, eventueel gebaseerd op zijn ervaringen, behoeften, normen en voorkeuren, religieuze of culturele achtergrond en op zijn eigen waardering van de kwaliteit van zijn leven. Zo kan een oudere vinden dat hij een voltooid leven heeft en geen levensreddende handeling meer wil zoals reanimatie.

De patiënt en behandelend arts moeten zorgvuldig afwegen of de kans op (schadevrije) overleving na een eventuele reanimatie voor de individuele patiënt een meerwaarde heeft die de belasting van een reanimatie en kans op schade overstijgt. Daarnaast moet de arts de patiënt informeren over omstandigheden die de overlevingskans van de individuele ouderen negatief beïnvloeden zoals de woonsituatie van de patiënt. Thuiswonende kwetsbare ouderen - worden bij een circulatiestilstand - immers vaak later gevonden wat hen een lagere overlevingskans geeft. Dit geldt zeker als zij alleen wonen.

*Voor meer informatie over gespreksvoering wordt verwezen naar hoofdstuk 4 en bijlage C.*

Wanneer een patiënt geen reanimatie wenst is zijn niet-reanimatiewens leidend. Voor een individuele patiënt kan de arts echter besluiten, rekening houdend met mogelijke uitkomstcijfers, dat reanimatie als levensreddende handeling medisch zinloos is gezien de gezondheidssituatie van die individuele patiënt (chronische comorbiditeit, specifieke belemmerende beperkingen en beperktere levensverwachting). Hoewel de evidence duidelijk maakt dat er geen patiëntengroepen aan te wijzen zijn voor wie reanimatie kansloos is, is het duidelijk dat kwetsbare ouderen een zeer kleine kans hebben 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. Hoewel het uitgangspunt is in samenspraak met de patiënt te komen tot goed geïnformeerde besluitvorming is het mogelijk dat in sommige situaties de behandelend arts reanimatie bij individuele kwetsbare ouderen als medisch zinloos beoordeelt. In dat geval besluit de arts de patiënt niet te reanimeren.

De commissie neemt aan dat de patiënten bij wie artsen tot het oordeel medisch zinloos komen vooral gevonden zullen worden in de volgende groepen. Zij merkt echter daarbij op dat reanimatie zeker niet altijd voor alle patiënten uit deze groepen zinloos genoemd kan worden:

- mensen met vergevorderde cognitieve aandoeningen;
- mensen die zich in een palliatieve of terminale fase bevinden;
- mensen met gemetastaseerde kanker;
- mensen met ernstige neurologische aandoeningen;
- mensen met ernstige cardiovasculaire aandoeningen;
- mensen met nierfalen in een vergevorderd stadium.

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, desondanks wel reanimatie wil terwijl de arts een niet-reanimatiebesluit heeft genomen kan voor second opinion naar een andere arts verwezen worden.

Als patiënt of zijn vertegenwoordiger aangeven geen informatie en geen betrokkenheid te willen hebben bij besluitvorming over reanimatie neemt de arts zelfstandig een reanimatiebesluit.

## 3.2. Juridisch kader voor individuele besluitvorming

In principe kan er volgens de WGBO geen medische handeling plaatsvinden zonder dat de individuele patiënt daarvoor toestemming geeft tenzij deze er expliciet voor kiest niet betrokken te willen zijn bij medische besluitvorming. Volgens de WGBO, art.7:448 lid 1 en 2 BW, zal er altijd met de individuele patiënt gesproken moeten worden over prognose, (on)mogelijke behandelingen en consequenties daarvan bij verdere achteruitgang, bij een nieuwe ernstige ziekte of bij levensbedreigende situaties. De patiënt heeft er recht op goed geïnformeerd te worden. Volgens de publicatie 'Van Wet naar Praktijk' (KNMG 2004) geldt dit ook bij terminale patiënten en bij patiënten met ernstig invaliderende ziekten zodat zij zich op het levenseinde kunnen voorbereiden, afscheid kunnen nemen van naasten en ook zakelijke maatregelen kunnen treffen.

In de Handreiking 'Tijdig praten over het overlijden' (KNMG 2011) wordt benadrukt dat de behandelend arts -medisch specialist of huisarts of specialist ouderengeneeskunde- dit gespreksonderwerp tijdig ter sprake brengt. Anticiperende besluitvorming over reanimatie vormt onderdeel van besluitvorming rond het levenseinde, voortvloeiend uit besluitvorming over het behandelbeleid. Dat artsen meer initiatief moeten nemen om op de mogelijkheid van het opstellen van een schriftelijke behandelweigering te wijzen, wordt volgens het Nederlandse KOPPEL-onderzoek (Van Delden 2011) gedeeld door 68% van de specialisten ouderengeneeskunde, 48% van de medisch specialisten en 38% van de huisartsen. Dit wordt ook beaamd door 68% van de verpleegkundigen en verzorgenden.

Het kan zijn dat de patiënt het initiatief neemt voor het bespreken van zijn wensen over reanimatie. Ook kan dit naar voren komen tijdens verpleegkundige anamnese en verpleegkundige begeleiding en zorg. Daarnaast zijn er specifieke aanleidingen waarbij de arts het initiatief moet nemen, zie het stroomdiagram op pagina 6. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op mogelijke aanleidingen voor en wijze van gespreksvoering over reanimatie.

Als een professionele standaard zou voorschrijven dat een bepaalde medische behandeling bij specifieke groepen patiënten niet medisch zinvol zou zijn, vereist de WGBO dat dit met individuele patiënten - en bij voorkeur zijn naasten - gecommuniceerd wordt. Dit is zeker van belang als de betreffende medische handeling bij andere patiëntgroepen wel wordt aangeboden en er geen ander levensreddend behandelalternatief is zoals bij reanimatie.

### 3.2.1 Anticiperend reanimatiebesluit

Er zijn twee manieren waarop een anticiperend besluit genomen kan worden over eventueel reanimeren van een individuele patiënt bij een circulatiestilstand:

- een reanimatiebesluit van de arts in samenspraak met de patiënt en/of zijn vertegenwoordiger;
- een eenzijdige niet-reanimerenverklaring van de patiënt zelf die twee vormen kan hebben: een schriftelijke wilsverklaring of een niet-reanimerenpenning.

Een niet-reanimatiebesluit, niet-reanimerenverklaring, of niet-reanimerenpenning betekent dat er niet gereanimeerd wordt bij een circulatiestilstand of dat een gestarte reanimatie wordt gestaakt wanneer alsnog een niet-reanimatiebesluit, niet-reanimerenverklaring, of niet-reanimerenpenning wordt gevonden. Anticiperende besluitvorming over reanimeren kan onderdeel zijn van overige anticiperende besluitvorming over medische zorg rond het levenseinde. Daarbij kunnen ook, in overleg met de individuele patiënt eventuele wensen over (het nalaten van) andere specifiek te benoemen medische behandelingen worden vastgelegd. Maar te allen tijde moet worden vermeden meer betekenis toe te kennen aan wel reanimeren (WR) dan aan niet reanimeren (NR). Indien alleen tot NR is besloten mag dat niet ook implicaties voor andere behandelingen krijgen. Natuurlijk kan de omstandigheid die aanleiding was voor NR ook aanleiding zijn voor andere behandelbeperkingen, maar die moeten dan wel expliciet en apart vermeld worden.

Als uitkomst van anticiperende besluitvorming wordt een reanimatiebesluit vastgelegd op basis waarvan (andere) zorgverleners dienen te handelen als de patiënt bij een circulatiestilstand buiten bewustzijn is. Zodra er voor de individuele patiënt een niet-reanimatiebesluit is afgesproken of deze een niet-reanimerenverklaring of niet-reanimerenpenning heeft, mag de patiënt niet gereanimeerd worden.

De WGBO vereist niet dat er een handtekening op het reanimatiebesluit wordt geplaatst door de arts. Dit wordt ook bij andere dossiernotities niet gehanteerd. In het protocol 'Niet starten/staken behandeling' (2011) van Ambulancezorg Nederland staat echter wel dat voor uitvoering van het niet-reanimatiebesluit door de ambulanceverpleegkundige er een schriftelijk door de arts ondertekende opdracht nodig is. Deze schriftelijke opdracht moet volgens dat protocol ten minste de volgende gegevens bevatten:

1. opdracht tot niet-reanimeren;
2. naam van de patiënt;
3. naam van de (behandelend) arts;
4. handtekening arts en datum.

Volgens het protocol van Ambulancezorg Nederland moet de ambulanceverpleegkundige als er geen schriftelijke opdracht is, reanimatie starten of continueren, ook als in het dossier een niet-reanimatiebeleid is afgesproken maar dit niet expliciet schriftelijk is overgedragen.

### 3.2.2 Besluitvorming over reanimatie bij wils(on-)bekwame patiënten

Individuele reanimeerbesluiten met **wilsbekwame** patiënten zijn gebaseerd op:

1. de verwachtingen/wensen van de patiënt over reanimatie, leven en dood (*zie hoofdstuk 4*);
2. de medische informatie over de kans op overleving en de gezondheidstoestand na reanimatie (*zie hoofdstuk 2*).

Individuele reanimeerbesluiten behoren bij **wilsonbekwame** patiënten gebaseerd te zijn op:

1. de wens van de patiënt, zoals blijkt uit:
  - zijn eventuele eerdere mondelinge uitspraak over reanimatie of behandeling;
  - of een plaatsvervangend oordeel indien mogelijk in de geest van de patiënt verwoord door de vertegenwoordiger.
2. de medische informatie over de kans op overleving en de gezondheidstoestand na reanimatie;
3. het belang van de patiënt zoals dit door arts en de vertegenwoordiger gezien wordt.

Bij besluitvorming over het behandelplan voor **wilsonbekwame** patiënten moet de behandelend arts de vertegenwoordiger van een wilsonbekwame patiënt betrekken. De vertegenwoordiger kan toestemming geven voor een behandeling of deze weigeren. Het behandelplan zal niet alleen actuele behandelafspraken bevatten, maar ook afspraken over hoe te handelen bij het voortschrijden van een ziekte of nieuwe bijkomende aandoeningen. Er wordt dan op basis van de gezondheidstoestand van de patiënt geanticipeerd op een toekomstige situatie; daarmee wordt vermeden, dat in acute situaties, waarbij geen tijd voor overleg is, gehandeld kan worden volgens de vermoedelijke wens van de patiënt. De arts moet instemming met het behandelplan vragen aan de vertegenwoordiger van de patiënt, de vertegenwoordiger mag ook het behandelbeleid aankaarten. Daarbij kunnen, zeker bij wilsonbekwame kwetsbare ouderen, ook gezamenlijk besluiten genomen worden over eventueel afzien van behandelingen al dan niet levensreddend of levensverlengend. 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.

In 2004 heeft de KNMG het standpunt geformuleerd dat de vertegenwoordiger, zoals de patiënt zelf wel mag, niet eenzijdig mag beslissen over hoogst persoonlijke beslissingen zoals het afzien van levensreddende behandelingen of opstellen van een schriftelijke niet-reanimerenverklaring. Bedoeld is te benadrukken dat de vertegenwoordiger gezamenlijk met de behandelend arts beslissingen neemt en niet eenzijdig. Hierbij zouden immers de eigen voorkeuren, geloofsovertuiging of eigen belangen van de vertegenwoordiger een rol kunnen spelen terwijl de vertegenwoordiger in de geest van de patiënt moet handelen. De behandelend arts kan zonder een gesprek met de vertegenwoordiger niet verifiëren of de vertegenwoordiger in het belang van de patiënt handelt.

De vertegenwoordiger behartigt de belangen van de patiënt. De zorgverlener informeert hem en vraagt hem om toestemming voor beslissingen rond behandeling, verzorging en onderzoek van de wilsonbekwame patiënt (art. 7:465 BW). Dit geldt ook voor besluiten over reanimatie. Bij een eerder door de patiënt opgestelde niet-reanimerenverklaring wordt niet gereanimeerd. In de WGBO is aangegeven wie als vertegenwoordiger kunnen optreden. Daarbij is ook de rangorde tussen de mogelijke vertegenwoordigers aangegeven. Als vertegenwoordiger kunnen optreden:

- de door de rechter benoemde vertegenwoordiger (curator of mentor)
- de door de patiënt zelf ten tijde van wilsbekwaamheid schriftelijk aangewezen vertegenwoordiger, te weten de schriftelijk gemachtigde
- een partner of echtgenoot van de patiënt
- een ouder, kind, broer of zus.

Bij sommige patiënten zoals bij mensen met dementie, is de overgang van wilsbekwaamheid naar wilsonbekwaamheid een geleidelijk proces en kan de mate van wilsbekwaamheid wisselen in de tijd en per beslissing.

Als er een schriftelijke niet-reanimerenverklaring of niet-reanimerenpenning bekend is van een **wilsonbekwame** patiënt is, mag er niet gereanimeerd worden.

### 3.2.3 Rechtsgeldigheid niet-reanimerenverklaring van de patiënt

Naast het reanimatiebesluit dat in samenspraak tussen de arts en de patiënt of zijn vertegenwoordiger is opgesteld, kan de patiënt ook zelf zijn wens hebben vastgelegd in een niet-reanimerenverklaring of via een niet-reanimerenpenning.

Een niet-reanimerenverklaring is een schriftelijke wilsverklaring waarin iemand zelf heeft vastgelegd dat hij -in geval van acuut falen van circulatie en ademhaling- niet gereanimeerd wil worden. De wet stelt geen vormvereisten aan schriftelijke wilsverklaringen. Volgens het KNMG-Vademecum Consult 'Arts en schriftelijke wilsverklaring' (2002) is het wel wenselijk dat de schriftelijke wilsverklaring helder, eenduidig en voorzien is van een dagtekening en identificeerbare handtekening van de patiënt zelf. Volgens de WGBO heeft elke duidelijke, door de patiënt opgestelde niet-reanimerenverklaring rechtskracht, en moet deze worden opgevolgd, tenzij er 'gegronde redenen' zijn dit niet te doen. De praktijk is echter anders. Uit het KOPPEL-onderzoek (Van Delden 2011) blijkt dat 43% van de onderzochte artsen en 46% van de onderzochte verpleegkundigen en verzorgenden ten onrechte dacht dat een schriftelijke behandelweigeringsverklaring volgens de WGBO meer een verzoek aan de arts is dan een dwingend voorschrift. Uit de interviews met verpleegkundigen en verzorgenden blijkt dat zij weinig kennis hebben over de zeggenschap van familie bij wilsverklaringen.

Er geldt geen verjaringstermijn voor wilsverklaringen. Het is de verantwoordelijkheid van de patiënt om ervoor te zorgen dat zijn meest recente schriftelijke wilsverklaring bij alle betrokkenen (huisarts, specialist ouderengeneeskunde, naasten en anderen) bekend is. Een schriftelijke wilsverklaring kan worden herroepen of ingetrokken, mits de opsteller daartoe nog in staat is. Uiteraard gaat dan zijn actuele wil voor, hoe gebrekkig geuit ook. Er moet moeite gedaan worden die actuele wil te achterhalen.

### 3.2.4 Rechtsgeldigheid van de niet-reanimerenpenning van de patiënt

Over de juridische status van de niet-reanimerenpenning heeft de toenmalige minister van VWS, Klink, op 21 september 2010 in een brief aan de Tweede Kamer het volgende gesteld:

- de niet-reanimerenpenning is te beschouwen als een schriftelijke wilsverklaring en daarmee is de juridische status van de niet-reanimerenpenning identiek aan die van de papieren wilsverklaring;
- als de niet-reanimerenpenning, zoals die van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillig Levens einde (NVVE), is voorzien van een naam, geboortedatum, handtekening en foto van de drager, voldoet deze in alle opzichten aan de eisen die ook aan een papieren schriftelijke verklaring kunnen worden gesteld.
- een hulpverlener die geconfronteerd wordt met de acute noodzaak van levensreddend handelen, zal bij de patiënt moeten nagaan of die een niet-reanimerenverklaring bij zich draagt. Deze verklaring moet worden opgevolgd. De brief noemt hierbij echter de volgende drie uitzonderingssituaties:
  1. als het levensreddend handelen zodanig acuut moet plaatsvinden dat er redelijkerwijs geen tijd is om na te gaan of de patiënt een wilsverklaring bij of op zich draagt. De persoonlijke, subjectieve opvatting van de hulpverlener ten aanzien van negatieve wilsverklaringen mag echter niet de reden zijn voor het nalaten van dit onderzoek;
  2. als de hulpverlener gegronde redenen heeft om te twijfelen of de penning wel bij deze persoon behoort;
  3. als de hulpverlener gegronde redenen heeft om aan te nemen dat desbetreffende persoon de wilsverklaring niet voor de gegeven situatie heeft bedoeld.
- de drager van een niet-reanimerenpenning of -verklaring accepteert met het dragen van die penning of verklaring een zeker risico dat het behandelverbod wordt opgevolgd in situaties die de drager bij het opstellen/aanvragen van zijn verklaring niet heeft voorzien, bijvoorbeeld een situatie waarin een goede kans bestaat dat hij na reanimatie zonder enig nadelig restverschijnsel kan doorleven.

Ambulancezorg Nederland heeft vervolgens in 2011 haar protocol aangepast en daarin aangegeven dat bij een niet-reanimerenpenning of schriftelijke niet-reanimerenverklaring niet (verder) gereanimeerd moet worden als deze de volgende gegevens vermeldt: naam, geboortedatum, handtekening en foto van de patiënt.

### 3.2.5 Vastleggen en overdracht van het reanimatiebesluit van de arts

Uit de WGBO is af te leiden dat de arts het bestaan van een reanimatiebesluit en als hij daarmee bekend is ook het bestaan van een niet-reanimerenverklaring of niet-reanimerenpenning dient te vermelden in het behandeldossier en eventuele individuele zorgplan. Volgens het KOPPEL-onderzoek is 92% van de specialisten ouderengeneeskunde, 81% van de medisch specialisten en 59% van de huisartsen hiermee bekend. Overigens is het de verantwoordelijkheid van de patiënt de arts te informeren over een eventuele niet-reanimerenwens, niet-reanimerenverklaring of niet-reanimerenpenning.

Conform de 'Handreiking Zorgvuldige zorg rond het levenseinde' (NVVA nu Verenso geheten, 2006) wordt geadviseerd dat de behandelend arts de aard van het reanimatiebesluit duidelijk en met datum in het medisch dossier vastlegt en indien aanwezig in het individuele zorgplan. Bij voorkeur met een kernachtige weergave van gegeven informatie, wensen en opvattingen van de patiënt, eventueel met relevante aanvullende gegevens van naasten en aanwezige gesprekspartners. Belangrijk is immers dat hij collega's informeert over gegevens

en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te verlenen. De reanimerende zorgverlener mag er van uitgaan dat de behandelend arts zorgt dat het reanimatiebesluit geldend is. In het algemeen is het van belang dat een reanimatiebesluit direct oproepbaar is en op een eenduidige wijze direct in elektronische patiëntendossier of in één oogopslag in het papieren dossier te vinden is.

Momenteel wordt dat in de praktijk op verschillende wijzen gerealiseerd:

- een duidelijke indicator in het elektronische dossier en indien aanwezig in het individuele zorgplan of
- plaatsing van het kenmerk Niet-Reanimeren op het voorblad van het papieren patiëntendossier/zorgleefplan, bijvoorbeeld met de aanduiding 'NR'.

Deze methodieken helpen echter niet om iemand met een niet-reanimerenwens te identificeren onder patiënten die zich regelmatig buitenshuis of buiten de afdeling of instelling bevinden. Bij een eventuele circulatiestilstand verloopt hulpverlening buiten de invloedssfeer van de zorgaanbieder. Mobiele patiënten die niet gereanimeerd willen worden, kunnen in dat geval geadviseerd worden zelf te zorgen voor een niet-reanimerenverklaring of -penning. Zij zijn hiertoe uiteraard niet verplicht.

Naast vastleggen van het reanimatiebesluit en een eventuele niet-reanimerenverklaring in en op het voorblad van het medisch dossier verzoeken sommige zorginstellingen patiënten voor wie een individueel niet-reanimerenbeleid geldt een direct herkenbaar uiterlijk kenmerk te dragen zoals rode polsbandjes of niet-reanimerenpenningen. Een lastig punt is dat psychogeriatrische patiënten vaak niet (langdurig) te motiveren zijn om dergelijke bandjes te dragen. Het is ook geen oplossing geriatrische patiënten - die wel gereanimeerd moeten worden - te vragen om een WR-polsbandje te dragen. Immers hun veelal oudere bezoeker zal geen polsbandje dragen waardoor zij dan bij een circulatiestilstand het risico lopen niet gereanimeerd te worden. De werkgroep is van mening dat de zorgaanbieder een methodiek moet kiezen die snelle herkenbaarheid van niet-reanimatiebesluiten mogelijk maakt, bijvoorbeeld door per afdeling één map te maken waarin twee kopieën zitten van niet-reanimerenverklaringen van patiënten zodat één daarvan eventueel meegegeven kan worden bij ziekenhuisopname en/of aan ambulancehulpverleners. De patiënt mag echter niet verplicht worden om uiterlijk herkenbare kenmerken te dragen omdat daarmee ook de privacy geschonden wordt. Bovendien geldt dat de incidentie van circulatiestilstanden laag is en het belastend kan zijn om langdurig direct zichtbare kenmerken te moeten dragen.

### **3.2.6 Evaluatie van het reanimatiebesluit**

Veranderingen in de gezondheidstoestand of wilsbekwaamheid van de patiënt, gewijzigde wensen over behandeling en reanimatie kunnen aanleiding zijn om besluitvorming over reanimatie te initiëren. Bij sterke wijziging van de gezondheidssituatie (verbetering of verslechtering), wijziging van de wens van de patiënt of zijn vertegenwoordiger moet de behandelend arts en de patiënt en/of zijn vertegenwoordiger opnieuw het gesprek initiëren over de zorg rond het levende c.q. het reanimatiebeleid. Wordt langdurige zorg op basis van de AWBZ verleend dan dient in ieder geval bij nieuwe patiënten en tijdens de jaarlijkse zorgplanbespreking door de betreffende zorgverlener nagegaan te worden of een reanimeerbesluit (opnieuw) besproken moet worden.

### 3.3 Verantwoordelijkheden van het management en individuele zorgverleners

De zorginstelling/-organisatie biedt verpleging en verzorging conform haar behandelovereenkomst met individuele patiënten. De basis daarvoor vormt het individuele behandelplan dat door de behandelend arts met de patiënt is afgesteld. Aangezien deze individuele beslissing althans in theorie zowel "wel-reanimeren" als "niet-reanimeren" kan luiden, dient een instelling/organisatie voorzieningen te treffen zodat er desgewenst daadwerkelijk gereanimeerd kan worden. In het geval er nog geen individueel besluit is genomen dient een instelling/organisatie tevens een uitgangregel te formuleren op grond waarvan individuele zorgverleners in acute situaties kunnen handelen. De werkgroep meent dat zonder individuele besluitvorming waaruit het tegendeel blijkt, een patiënt in principe wel gereanimeerd moet worden. Zij meent dat het niet te verdedigen valt om zonder individuele overwegingen af te zien van een behandeling. Als de gegevens van het CBO iets hebben duidelijk gemaakt, dan is het wel dat er geen groepen te formuleren zijn voor wie geldt dat een reanimatie altijd kansloos is. Voor individuele zorgverleners geldt dat zij in acute situaties niet op levensbeschouwelijke gronden de patiënt mogen reanimeren tegen zijn vastgelegde wil of tegen het individuele NR-besluit. Wel kunnen zij in dat geval andere -direct beschikbare- collega's vragen te handelen conform het vastgelegde reanimatiebesluit of de niet-reanimerenpenning of de niet-reanimerenverklaring. Uiteraard moet dit alles binnen een zeer kort tijdsbestek gebeuren omdat de kans op overleving het grootst is als reanimatie binnen zes minuten na een circulatiestilstand plaatsvindt.

#### 3.3.1 Bij bezoekers, medewerkers en passanten

Op basis van hun burgerplicht is iedereen verplicht om in geval van levensgevaar hulp te verlenen (conform art 450 WvS). Bij bezoekers, medewerkers en passanten moet reanimatie gestart worden, tenzij deze een niet-reanimerenpenning of niet-reanimerenverklaring bij zich dragen. Dit komt overeen met het algemene beleid bij circulatiestilstand in de openbare ruimte.

### 3.4 Samenvatting, overwegingen, aanbevelingen

#### Samenvatting

- De behandelend arts bespreekt het individuele reanimatiebeleid als de patiënt daarom vraagt of als zijn gezondheidstoestand daartoe (opnieuw) aanleiding geeft of als overige betrokken zorgverleners signalen geven dat er gegronde redenen zijn om dit gesprek aan te gaan. Wordt langdurige zorg op basis van de AWBZ verleend dan dient in ieder geval bij nieuwe patiënten en bij de jaarlijkse zorgplanbespreking door de betreffende zorgverlener nagegaan te worden of een reanimeerbesluit (opnieuw) besproken moet worden. *Zie verder het stroomdiagram op pagina 6.*
- Als de patiënt aangeeft niet gereanimeerd te willen worden, is deze wens doorslaggevend, ongeacht het medisch oordeel van de arts.
- Het oordeel van de arts is alleen bepalend als deze op grond van medische gegevens meent dat een reanimatie bij deze individuele patiënt te weinig kans op (schadevrije) overleving biedt, terwijl de patiënt wel gereanimeerd zou willen worden. Dan wordt een niet-reanimatie (NR) besluit genomen. In andere situaties prevaleert de wens van de patiënt.

- Een patiënt wordt bij een circulatiestilstand gereanimeerd tenzij er een niet-reanimatiebesluit, een niet-reanimerenverklaring of een niet-reanimerenpenning bekend is.
- Als tijdens de reanimatie alsnog een niet-reanimerenpenning of niet-reanimerenverklaring of niet-reanimatiebesluit wordt gevonden, moet de reanimatie gestaakt worden.
- De arts zorgt dat het reanimatiebesluit en eventuele niet-reanimerenverklaring op een heldere wijze in het (elektronisch) patiënten-dossier wordt vastgelegd en indien aanwezig in het individuele zorgplan. Deze informatie moet snel toegankelijk zijn in een acute situatie. De arts stimuleert ook dat andere zorgverleners dit vastleggen in een individuele eventuele zorgmap of zorgleefplan door hen te informeren over het bestaan van een reanimerenbesluit en eventuele niet-reanimerenverklaring. Binnen instellingen 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) zodat één daarvan eventueel meegegeven kan worden bij ziekenhuisopname en/of aan ambulancehulpverleners.

### Overwegingen

- De zorgverlener hoort op dezelfde manier om te gaan met de beslissing van de vertegenwoordiger als met die van de patiënt: hij respecteert die tenzij reanimatie medisch zinloos is of strijdig is met goed hulpverlenerschap conform de professionele standaard. Zoals ook verwoord in de Handreiking 'Zorgvuldige zorg rond het levenseinde' (NVVA 2006) is het van belang er naar te streven de (deels) wilsonbekwame patiënt te betrekken bij besluitvorming over reanimatie.
- Een praktisch knelpunt bij reanimatie is dat er kans bestaat dat een niet-reanimerenpenning niet wordt opgemerkt. Dit omdat bij basale reanimatie de borstkas van de patiënt niet ontbloot hoeft te worden waardoor de penning niet zichtbaar is. Ook als de borstkas wel ontbloot wordt, kan de penning onzichtbaar naar rug of nek schuiven. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op mogelijke manieren om mensen met een NR-besluit snel te identificeren.
- In de publieke ruimte is het regelmatig de politie of brandweer die voorafgaand aan de komst van de ambulance start met reanimeren zonder bekend te zijn met of te zoeken naar eventuele niet-reanimatiebesluiten, niet-reanimerenpenningen of niet-reanimerenverklaringen.
- Op dit moment zijn niet-reanimerenpenningen alleen verkrijgbaar voor leden van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillig Levenseinde (NVVE). Niet alle mensen die een niet-reanimerenpenning willen dragen, willen daarvan ook lid worden. De richtlijnwerkgroep vindt dat niet-reanimerenpenningen, die aan de geldende eisen voldoen, ook zonder het lidmaatschap van de NVVE verkrijgbaar moeten zijn. Daarom is een aantal patiënten- en ouderenorganisaties bezig met een initiatief om mogelijk te maken dat niet-reanimerenpenningen vrij verkrijgbaar worden. Op het moment van publicatie van deze richtlijn is nog niet bekend wanneer dit gerealiseerd kan zijn.
- De richtlijnwerkgroep vindt dat voorkomen moet worden dat tijdens een circulatiestilstand discussie ontstaat over de (tegenstrijdige) handelwijze van verschillende beroepsgroepen. Dit om te voorkomen dat situaties ontstaan waarin de patiënt wel gereanimeerd wordt tegen zijn eigen wens of tegen het reanimatiebesluit. De richtlijnwerkgroep ziet de volgende redenen om af te zien van de eis tot schriftelijke ondertekening door de arts:
  - de WGBO vereist niet dat de arts zijn behandelbeleid in het medisch dossier schriftelijk ondertekent;
  - de huidige elektronische dossiers zoals het huisartsen informatie systeem (HIS) en het individuele digitale zorgplan bieden geen mogelijkheid tot ondertekening.

De werkgroep meent, dat ook op andere wijze dan door een handtekening van de arts het (niet)reanimatiebesluit bevestigd kan worden, bijvoorbeeld binnen instellingen per afdeling één map te maken met twee kopieën van niet-reanimerenverklaringen van patiënten zodat één daarvan eventueel meegegeven kan worden bij ziekenhuisopname en/of aan ambulancehulpverleners.



## 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 6 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 IPCP-code 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.

# Gespreksvoering

## over anticiperende besluitvorming bij individuele ouderen

Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van wetenschappelijke literatuur over shared decision making bij reanimatie. Daarnaast wordt aangegeven op welk moment de arts met de kwetsbare oudere het gesprek kan aangaan over reanimatie.

### 4.1 Samenvatting van literatuur

*Paragraaf 4.1 beschrijft de samenvatting van gevonden studies. De onderbouwde literatuurbeschuwing is te vinden in bijlage D. Bijlage C geeft stapsgewijs aandachtspunten voor gespreksvoering over reanimatie. In de LESA bij de richtlijn wordt ingegaan op de taakverdeling bij anticiperende besluitvorming over reanimatie tussen de verschillende disciplines.*

- Oudere patiënten hebben vaak al nagedacht over hun wensen rond het levenseinde maar kunnen schroom ervaren om dit met hun arts te bespreken.
- Zonder realistische informatie over het proces en de uitkomsten van reanimatie schatten ouderen hun overlevingskans na een circulatiestilstand meestal te hoog in. Patiënten kiezen vaker voor niet-reanimeren na ontvangst van realistische informatie.
- Tijdige bespreking van wensen rond het levenseinde, inclusief reanimatie, maakt passende zorg en realistische verwachtingen daarover mogelijk en kan stress en angst bij de oudere en zijn familieleden voorkomen. Ook leidt dit veelal tot tevredenheid over de geboden zorg.
- De meeste patiënten willen betrokken worden in de besluitvorming over reanimatie en stellen een gesprek met hun arts hierover op prijs.
- Sommige patiënten/vertegenwoordigers willen niet betrokken zijn bij besluitvorming over reanimatie. In dat geval neemt de arts een reanimatiebesluit.
- Anticiperende besluitvorming over de zorg rond het levenseinde bevordert veelal de kwaliteit van zorg, omdat dat deze beter is afgestemd op de behoeften van de patiënt.
- Veel mensen denken dat een niet-reanimatiebesluit betekent dat zij daarmee geen andere zorg meer krijgen. Belangrijk is daarom duidelijk te maken dat niet-reanimatiebesluiten alleen betekenen dat er niet gereanimeerd wordt bij een circulatiestilstand. Ouderen behouden het recht op goede zorg.
- Artsen betrekken nog niet altijd relevante signalen van (mantel) zorgers over de vragen van patiënten en toename van kwetsbaarheid.
- Het moment waarop de behandelend arts met een oudere patiënt praat over reanimatie wordt vooral bepaald door vragen van de patiënt of veranderingen in de gezondheids- en leefsituatie van de patiënt.
- Arts en patiënt beslissen samen of overleving na reanimatie reëel is (inbreng realistische informatie door de arts) en wenselijk is (inbreng patiënt). De arts informeert de patiënt daarbij over het proces van reanimatie, de kans op korte- en langetermijn overleving, mogelijke complicaties en gevolgen van reanimatie en gevolgen van niet-reanimatie.
- Anticiperende besluitvorming over reanimatie vergt goede afstemming op de gezondheidssituatie maar ook op de waarden en voorkeuren van de individuele patiënt.

- Bij gespreksvoering is het van belang te realiseren dat het niet in alle culturen of religies gebruikelijk is om de patiënt direct met zijn diagnose en prognose te confronteren. Het is zinvol te starten met de vraag wat de patiënt weet en wil weten over zijn gezondheidssituatie en welke wensen hij/zij heeft over de zorg. Uiteraard hoeft de patiënt dit niet te bespreken als deze dat niet wil. Belangrijk is dat de patiënt en zijn familie gerustgesteld worden dat alle zorg geboden wordt die mogelijk is in zijn situatie.
- Belangrijk is, ongeacht de herkomst van patiënten, de eigen communicatiestijl af te stemmen op de wijze waarop de patiënt en zijn familie gewend is zelf te communiceren: juist direct of eerder behoedzaam.
- Als de patiënt geen Nederlands spreekt is het belangrijk te beseffen dat familieleden vaak het gesprek vertalen op basis van hun opvatting wat vanuit de onderlinge familieverhoudingen respectvol is om met de patiënt te communiceren. Zo kan een mannelijk familielid soms niet op de hoogte zijn van (als schaamtevol ervaren maar medisch relevante details) de gezondheidssituatie van een vrouwelijk familielid of andersom. Het kan waardevol zijn voor dit soort gesprekken een ervaren tolk in te schakelen die gespreksonderwerpen met respect voor de culturele opvattingen en familieverhoudingen vertaalt, zie ook de 'Veldnormen voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg' die te vinden is via [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) onder documenten-en-publicaties/brochures.

## 4.2 Timing gespreksvoering bij zelfstandig wonende kwetsbare ouderen

De huisarts kent en behandelt de kwetsbare ouderen met hulpvragen die in zijn praktijk staan ingeschreven. De huisarts kan, samen met de praktijkondersteuner en/of doktersassistente, ook een meer proactieve rol spelen in de zorg rond kwetsbare ouderen. Dit kan vorm krijgen door middel van actieve opsporing, analyse van kwetsbaarheid, het maken van een zorgbehandelplan en casemanagement. Als de huisarts van de patiënt, (mantel)zorgers of verpleegkundigen, verzorgenden of praktijkondersteuners signalen krijgt over toenemende kwetsbaarheid onderzoekt de huisarts op een gestructureerde manier eerst de aard, omvang en gevolgen, al of niet met verwijzing naar de specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist. Op basis van dit geriatric assessment kan met de patiënt, bij voorkeur in aanwezigheid van zijn naasten, verder gesproken worden over de benodigde (medische) zorg. Daarbij moet op een passend moment ook de zorg rondom het levenseinde, waaronder reanimatie, besproken worden. De huisarts maakt zowel bij het zorgplan als bij anticiperende besluitvorming over reanimatie van de kwetsbare oudere gebruik van zijn kennis van de voorgeschiedenis van de patiënt en zijn familie, de sociale omstandigheden van die patiënt en de manier waarop deze met ziekte en gezondheid omgaat.

Als gevolg van deze gang van zaken zullen er verschillende gesprekken tussen huisarts en patiënt moeten plaatsvinden voordat de zorg rondom het levenseinde, waaronder de mogelijkheid en wenselijkheid van reanimatie, aan bod kan komen. Overigens ligt het voor de hand dat de huisarts de zorg rondom het levenseinde inclusief reanimatie zo snel mogelijk bespreekt bij vragen van de patiënt of zijn naasten (of signalen daarover van verpleegkundigen, verzorgenden of praktijkondersteuners) en bij te voorzien overlijden op korte termijn. Als opname nodig wordt is het dan ook zinvol om aan de patiënt na te vragen welke persoon namens hem als vertegenwoordiger kan optreden bij eventuele wilsonbekwaamheid van de patiënt.

Omdat het traceren van kwetsbare ouderen waarvoor het zinvol is om een gesprek over de zorg rond het levenseinde of komende medische behandeling te voeren niet eenvoudig blijkt, kan gebruik gemaakt worden van de zogenoemde surprise question. Hierbij vraagt de arts (of een andere hulpverlener) zich af of hij verbaasd zou zijn wanneer een patiënt het komende jaar zal overlijden. Wanneer

de arts deze vraag met nee beantwoordt kan dit het signaal zijn om anticiperende besluitvorming te initiëren. De surprise question wordt in de palliatieve zorg gebruikt om gesprekken over de zorg van het levenseinde te plannen.

### **4.3 Timing gespreksvoering bij intramuraal wonende kwetsbare ouderen**

Verhuizing naar een zorginstelling is een aanleiding voor de behandelend arts om het behandelbeleid, waaronder anticiperende besluitvorming rond het levenseinde, met de patiënt te bespreken. Volgens het Besluit Zorgleefplanbespreking AWBZ-zorg zou er bij langdurige AWBZ-zorg hierover binnen de eerste zes weken van de zorgverlening met de patiënt gesproken moeten worden door de behandelend arts. Specialisten ouderengeneeskunde hebben te maken met kwetsbare ouderen die meestal al langere tijd bekend zijn met kwetsbaarheid, zich bewust zijn van (de gevolgen van) hun kwetsbaarheid en daarop toegesneden medische zorg krijgen. Bij deze patiëntengroep is het bespreken van zorg rond het levenseinde, inclusief het onderwerp reanimatie, een logische stap.

### **4.4 Overwegingen en aanbevelingen**

#### **Overwegingen**

Een reanimatiebesluit is een onderdeel van de afspraken die gemaakt worden over de geneeskundige behandeling. De behandelend arts is daarom verantwoordelijk voor anticiperende besluitvorming over zorg rond het levenseinde, zoals reanimatie. De patiënt dient daarbij goed geïnformeerd te worden op basis van evidence. Gespreksvoering over reanimatie kan alleen aan verpleegkundigen, verzorgenden of praktijkondersteuners gedelegeerd worden als deze beschikken over de benodigde gespreksvaardigheden en de evidence over uitkomsten van reanimatie uit de bijbehorende richtlijn. Ook zou voorbereidende gespreksvoering kunnen plaats vinden door een geschoolde palliatief verpleegkundige. De arts blijft eindverantwoordelijk voor het reanimatiebesluit.

Wanneer bij kwetsbare ouderen een andere arts hoofdbehandelaar wordt (bijvoorbeeld bij opname in een zorginstelling) dan is deze nieuwe hoofdbehandelaar er verantwoordelijk voor dat door andere zorgverleners alleen navraag gedaan naar eventueel bestaande wils- of niet-reanimerenverklaringen en dat deze aan het medisch dossier wordt toegevoegd en indien aanwezig aan het individuele zorgplan. De nieuwe hoofdbehandelaar zal dan bij het bespreken van het medisch behandelplan ook een reanimatiebesluit kunnen bespreken.

Als andere zorgverleners, zoals de thuiszorg of verzorging in een verzorginghuis, navraag doen naar het bestaan van een eventuele wilsverklaring, niet-reanimerenverklaring en niet-reanimerenwens is het van belang, dat – met toestemming van de wilsbekwame patiënt – een bestaande (niet-)reanimatiewens of niet-reanimatieverklaring doorgegeven wordt aan de verantwoordelijk arts. Van belang is dat duidelijk gemaakt wordt aan de andere zorgverleners dat de arts desgewenst met de patiënt bespreekt wat de kans is op overleving en schade in zijn gezondheidssituatie, zodat een reanimatiebesluit op basis van realistische verwachtingen genomen kan worden. Voor een goede gespreksvoering kan de arts informatie benutten van verpleegkundigen, verzorgenden of praktijkondersteuners over de opvattingen en communicatiestijl van de patiënt. Advies is om hierover lokale afspraken te maken zoals ook beschreven in de bijbehorende LESA 'Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare 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 6. 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 op pagina 6 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.



# Randvoorwaarden

## voor uitvoering van anticiperende reanimatiebesluiten

Dit hoofdstuk beschrijft de randvoorwaarden om in acute situaties anticiperende reanimatiebesluiten uit te kunnen voeren. Voor meer informatie over de techniek van reanimatie wordt verwezen naar de meest recente Europese richtlijnen op [www.reanimatieraad.nl](http://www.reanimatieraad.nl). Die richtlijnen beschrijven ook wanneer het zinvol is reanimatie te starten en wanneer deze gestaakt moet worden. Uiteraard vormen heldere samenwerkingsafspraken tussen disciplines ook belangrijke randvoorwaarden. Deze zijn, op basis van deze richtlijn geformuleerd in de bijbehorende Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) 'Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen'.

### 5.1 Communicatie over het reanimatiebeleid van de zorgaanbieder

De zorginstelling/-organisatie moet zorg bieden conform het individuele behandelplan dat door de behandelend arts met de patiënt is afgestemd. Voor de algemene communicatie van de zorgaanbieder naar ouderen en hun naasten betekent dit dat oudere patiënten worden uitgenodigd om met hun behandelend arts de zorg rond het levenseinde te bespreken waaronder de wenselijkheid en mogelijkheid van reanimatie. Op basis daarvan komen arts en patiënt tot een individueel reanimatiebesluit. Bij de totstandkoming van deze richtlijn wordt voorlichtingsmateriaal ontwikkeld waarmee patiënten en hun naasten uitgenodigd kunnen worden voor een dergelijk gesprek.

In het algemene communicatiebeleid van de zorgaanbieder is het belangrijk te benadrukken dat de instelling zorg biedt die gericht is op behoud van autonomie en kwaliteit van leven bij elke individuele patiënt. Tussen behandelend arts en patiënt worden afspraken gemaakt over de mogelijke en wenselijke medische zorg passend bij de individuele gezondheids- en leefsituatie van de kwetsbare oudere. Daarbij passen ook anticiperende afspraken over zorg rond het levenseinde en over beslissingen bij wilsonbekwaamheid zoals in geval van een circulatiestilstand.

### 5.2 Heldere handelwijze van zorgverleners bij een patiënt met een circulatiestilstand

Als een zorgverlener aanwezig is bij een patiënt die een circulatiestilstand krijgt of informatie krijgt van iemand die aanwezig was toen de patiënt een circulatiestilstand kreeg, moeten de volgende stappen gevolgd worden:

- De zorgverlener die de patiënt met een circulatiestilstand aantreft, roept zo mogelijk meteen een collega om assistentie te verlenen.
- Snel wordt gezocht of voor de patiënt een niet-reanimatiebesluit, of niet-reanimerenpenning bekend is. Als er een wel-reanimerenbesluit geldt of als er geen reanimatiebesluit bekend is, wordt direct gestart met basale reanimatie conform de recentste richtlijnen van de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR). Tenzij duidelijk is dat reanimatie zinloos is omdat iemand al langere tijd geleden is overleden (bijvoorbeeld als sprake is van lijkstijfheid) of als het leven van de hulpverlener in gevaar is of kan komen.
- Zo mogelijk wordt een AED ingezet. Daarnaast wordt zo snel mogelijk 112 gebeld voor specialistische reanimatie. De betrokken zorgverleners gaan door met reanimeren totdat de ambulancezorgverleners het overnemen.

- Wordt tijdens een reanimatie alsnog een niet-reanimatiebesluit, niet-reanimerenverklaring of niet-reanimerenpenning gevonden, dan wordt reanimatie gestaakt.
- Bij een niet-reanimatiebesluit, niet-reanimerenverklaring of niet-reanimerenpenning, wordt de patiënt bijgestaan tijdens het sterven en wordt na zijn dood het gebruikelijke protocol gevolgd.

## 5.3 Zorgverleners, BHV-ers, scholing en middelen

### 5.3.1 Mensen met voldoende reanimatievaardigheden

Zoals eerder aangegeven is de overlevingskans van patiënten groter als binnen zes minuten na een circulatiestilstand met basale reanimatie wordt gestart, waarbij bij voorkeur een AED wordt ingezet. Binnen zorginstellingen is de incidentie van circulatiestilstanden laag. Vermoedelijk zullen er vaker wel-reanimerenbesluiten gelden voor patiënten op een afdeling geriatrische revalidatie dan op een afdeling psychogeriatric. Hoe dan ook zal het af en toe voorkomen dat een patiënt moet worden gereanimeerd. Dit vraagt om voldoende beschikbaarheid van personeel met reanimatievaardigheden.

Anders dan patiënten en het algemene publiek vaak verwachten beschikken zorgverleners niet vanzelfsprekend over voldoende reanimatiebekwaamheid. De mate waarin artsen, verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners reanimatievaardigheden in het curriculum van hun basisopleiding aanleren verschilt per opleidingsinstituut. Helpenden (niveau 1 en 2) hebben deze vaardigheden niet standaard meegekregen in de opleiding. In ieder geval geldt dat jaarlijkse herscholing volgens de Nederlandse Reanimatie Raad/Hartstichting/OSG-VvAA nodig is voor iedereen die basale reanimatie (Basic Life Support) met een AED moet toepassen, omdat anders de reanimatievaardigheden snel afnemen. Sommige zorgorganisaties verplichten alle werknemers met patiëntencontact jaarlijkse (her)scholing te volgen om hun reanimatievaardigheden op peil te houden.

### 5.3.2 Bedrijfshulpverleners

Voor de hulpverlening aan medewerkers zijn op basis van de Arbowet bedrijfshulpverleners (BHV-ers) aangesteld die bekwaam moeten zijn om eerste levensreddende handelingen uit te voeren. Volgens deze wet moet binnen een organisatie een op maat gemaakt Bedrijfshulpverleningsplan worden opgesteld. Daaronder vallen afspraken rond reanimatie en AED. Zo moeten er tijdens de bedrijfstijd voldoende bedrijfshulpverleners beschikbaar zijn voor een effectieve inzet bij eerste hulp, brandbestrijding en het alarmeren en evacueren van de aanwezige werknemers. Op basis van een risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) worden het aantal, de opleiding en uitrusting van de bedrijfshulpverleners vastgesteld. Voor wat de bedrijfshulpverleners exact moet beheersen als eerstehulpverlening bestaat geen norm. Er worden daar in de organisatie op maat gemaakte afspraken over gemaakt.

Hoewel de ARBO-wetgeving het niet verplicht stelt, vormt basale reanimatie en het inzetten van een AED vrijwel altijd een integraal onderdeel van de scholing en daarmee vaardigheden van bedrijfshulpverleners. De bedrijfshulpverlening is bedoeld voor het bedrijf, de werknemers en andere aanwezigen in het gebouw zoals bezoekers en passanten. Eerstehulpverlening aan patiënten in de instelling zal in de meeste gevallen niet onder bedrijfshulpverlening gerekend worden. Werkgevers kunnen, in overleg met de BHV-organisatie, bepalen of deze ook ingezet worden voor de reanimatie van patiënten. Overigens vormt dit geen oplossing voor de reanimatie van patiënten in de thuissituatie aangezien de meeste bedrijfshulpverleners werkzaam zijn in zorginstellingen en niet in de thuissituatie van de patiënt.

### 5.3.3 Scholing over reanimatie

Scholing in de basale reanimatie met AED hoort thuis in het scholingsaanbod van de huisartspraktijk, de thuiszorgorganisatie, het verzorgingshuis en het verpleeghuis. Van belang is dat degene die als instructeur optreedt in het bezit is van een certificaat van de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR). De instructeur kan anderen leren reanimeren en defibrilleren op een oefenpop met een AED-trainer. Degenen die door hun werkgever aangewezen worden om reanimatie uit te voeren kunnen een erkende reanimatiecursus volgen, zie [www.reanimatiepartner.nl](http://www.reanimatiepartner.nl)

### 5.3.4 Middelen

Om bij kwetsbare ouderen basale reanimatie met AED toe te kunnen passen zijn de volgende middelen nodig:

- een eigen reanimatieprotocol gebaseerd op deze richtlijn "Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen" en de richtlijnen van de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR) over de techniek van reanimatie;
- een programma voor (bij)scholing gericht op de eigen setting;
- een overzicht van namen, contact- en aanwezigheidsgegevens van in reanimatie geschoold personeel dat actueel en beschikbaar is;
- een alarmeringslogistiek met inbegrip van een medische urgentie pieper;
- één goed toegankelijke AED op een centrale plek per (hoofd) gebouw onafhankelijk van de (grootte en diversiteit van de) patiëntenpopulatie. Er bestaan overigens geen (wettelijke) normen over aanschaf en inzet van AED's. Het is bij de aanschaf van een AED zinvol om rekening te houden met de afstanden binnen het gebouw of op het terrein, omdat snelle toepassing van een AED de overlevingskans kan verhogen. Er zijn geen eenduidige publicaties gevonden over de kosteneffectiviteit van AED's. Het bedienen van een AED is toegestaan voor een ieder die bij een reanimatie betrokken wordt: daar is een AED op gemaakt. Hier is ook de wetgeving BIG (toepassing voorbehouden handelingen) op aangepast via een Algemene Maatregel Van Bestuur. Zie onder andere [www.aedvergelijk.nl](http://www.aedvergelijk.nl) en [www.aedwinkel.nl](http://www.aedwinkel.nl);
- afspraken over de eventuele inzet van de bedrijfshulpverleners bij reanimatie van patiënten.

In situaties dat kwetsbare ouderen verblijven in kleinschalige woonvoorzieningen zijn mogelijk op lokaal niveau constructies te bedenken voor een snelle beschikbaarheid van een persoon die basale reanimatie kan toepassen en voor een snelle beschikbaarheid van een AED. Zo kunnen hierover bijvoorbeeld afspraken gemaakt worden met omliggende (publieke) instellingen of bedrijven.

## 5.4 Overwegingen en aanbevelingen

### Overwegingen

Op basis van de gevonden evidence kan **niet** over specifieke groepen kwetsbare ouderen gesteld worden dat reanimatie bij voorbaat kansloos is. Wel is duidelijk dat overlevenden waarschijnlijk blijvende neurologische schade zullen overhouden waardoor zij meestal (sterker) afhankelijk worden van zorg.

Een individuele kwetsbare oudere moet bij een circulatiestilstand gereanimeerd worden tenzij een niet-reanimatiebesluit geldt en/of deze een niet-reanimerenverklaring of niet-reanimerenpenning draagt of tenzij een arts ter plaatse constateert dat reanimatie medisch zinloos is. Om reanimatie mogelijk te maken is aanwezigheid noodzakelijk van voldoende personeel dat geschoold is in reanimatievaardigheden. De richtlijnwerkgroep beseft dat daarmee inspanning gevraagd wordt van de zorgaanbieder terwijl circulatiestilstanden relatief weinig voorkomen en de overlevingskans klein is. Een mogelijkheid is de in reanimatievaardigheden geschoolde werknemers tevens beschikbaar te houden voor eventuele reanimatie van personeel en bezoekers.

Voor de zorgverleners in de thuiszorg geldt dat het de voorkeur verdient om alle zorgverleners een jaarlijkse reanimatiescholing te geven om zo voldoende reanimatievaardigheden te bezitten. In de thuiszorg is een AED niet voor iedereen direct toegankelijk. Wel zijn er op veel openbare plaatsen AED's beschikbaar en breidt het aantal locaties met AED uit. Het is dan ook wenselijk dat zorgverleners in de thuiszorg zowel basale reanimatie kunnen uitvoeren als een AED kunnen hanteren.

#### **Aanbevelingen aan de zorgaanbieder**

- 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 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. 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.

# Verantwoording en werkwijze

## juridische consequenties en herziening

### 6.1 Verantwoording werkwijze richtlijnwerkgroep en focusgroep

In 2010 startte de richtlijnwerkgroep door samen met de focusgroep de taakopdracht, het afbakenen van het onderwerp en de patiëntendoelgroep te bespreken. Daarvoor werden de resultaten van een voorafgaande knelpuntinventarisatie besproken. Deze knelpuntinventarisatie is verricht onder verschillende partijen, die te maken hebben met anticiperende besluitvorming over (niet) reanimatie bij kwetsbare ouderen. Nadat de werkgroepleden een toelichting kregen op de EBRO-methodiek van richtlijnontwikkeling formuleerden zij initiële uitgangsvragen, zie bijlage A. Ook werd een planning van werkzaamheden afgesproken. Vanaf 2010 hebben in totaal twaalf bijeenkomsten plaatsgevonden waarin door de richtlijnwerkgroep teksten zijn beoordeeld en aanbevelingen zijn geformuleerd op basis van de uitgangsvragen. Vanuit het CBO is een literatuursearch verricht op basis van de uitgangsvragen. CBO heeft, na stagnatie door haar tussentijds faillissement en doorstart, begin 2012 een evidencerapport opgesteld voor deze richtlijn. Hierin zijn 42 studies naar de uitkomsten van reanimatie bij ouderen beoordeeld op hun kwaliteit. Gegevens zijn geanalyseerd en conclusies geformuleerd. Verder heeft de richtlijnwerkgroep, ondersteund door de betrokken Verenso-beleidsmedewerkers, overige hoofdstukken geformuleerd over anticiperende besluitvorming en over randvoorwaarden voor uitvoering van reanimatiebesluiten. Ook werd de tekst voor de Landelijke Eerstelijns Afspraak (LESA) ontwikkeld. De teksten van de richtlijn en LESA werd in de zomer van 2012 voor commentaar voorgelegd aan de referenten van de lidorganisaties. Hierna werd gestart met het ontwikkelen van een patiëntenbrief.

### 6.2 Verantwoording werkwijze stuurgroep en projectteam

Het ministerie van VWS heeft op 14 januari 2010 besloten subsidie te verstrekken voor de ontwikkeling van deze richtlijn. Er hebben drie bijeenkomsten van de stuurgroep plaatsgevonden waarin Verenso, het NHG en V&VN participeerden. De stuurgroep heeft gesproken over de samenstelling van de richtlijnwerkgroep en de focusgroep, samenwerkingsovereenkomsten, (benodigde bijstelling van) planning, de knelpuntanalyse, communicatie met de achterban van elke partij en over de commentaar- en autorisatiefase. Tussentijds is de stuurgroep geïnformeerd over (de oorzaken van) de stagnatie door CBO en hervatting van het ontwikkelingstraject.

Het projectteam heeft bijeenkomsten van de stuurgroep, richtlijnwerkgroep en focusgroep georganiseerd. Daarnaast inventariseerde en analyseerde zij knelpunten en formuleerde zij uitgangsvragen. Vervolgens heeft de projectleider relevante medisch wetenschappelijke en sociaal wetenschappelijke publicaties en relevante juridisch-ethische literatuur gezocht en beoordeeld, zie paragraaf 6.4 voor de aanpak daarvan. Op basis daarvan heeft zij literatuur samengevat en conceptconclusies en aanbevelingen geformuleerd. Tussentijds zijn de juridische en ethische tekstpassages geverifieerd door juristen en beleidsmedewerkers van Verenso en de KNMG.

### 6.3 CBO-zoekstrategieën voor paragrafen 2.3 en 2.4, hoofdstuk 4 en het evidencerapport in deel 3

Het CBO werd gecontracteerd voor het zoeken van relevante wetenschappelijke literatuur voor verschillende hoofdstukken, het beoordelen, samenvatten en graderen van bewijs en het formuleren van conclusies voor hoofdstuk 2. Voor de hoofdstukken 2 en 4 verrichtte CBO driemaal een literatuursearch. Het CBO heeft begin 2012 een evidencerapport opgeleverd dat door de projectleider in samenwerking met voorzitter en de overige leden van de richtlijnwerkgroep is verwerkt in hoofdstuk 2. CBO heeft daarvoor gezocht in de volgende databases: Medline, Embase en CINAHL. De gehanteerde zoekstrategie staat beschreven in het evidencerapport in deel 3.

In totaal zijn 1538 abstracts onafhankelijk beoordeeld door prof. dr. Hans van Delden, voorzitter van de richtlijnwerkgroep en drs. Corinne de Rooter, projectleider. Daarbij werden de volgende in- en exclusiecriteria gehanteerd:

- *Inclusiecriteria*: studies over reanimatie bij circulatiestilstand buiten het ziekenhuis (OHCA) en/of in het ziekenhuis (IHCA) met gegevens over 65-plussers en/of patiëntgebonden factoren, morbiditeit en/of Quality of Life of Cerebral Performance Categories.
- *Exclusiecriteria*: geen gegevens over 65-plussers; publicatie voor 2000; dierproeven; andere levensreddende technieken (beademingsapparatuur, hypothermie, medicatie); reanimatie bij andere levensbedreigende situaties (verdrinking, verkeersongeval); niet relevante neveneffecten; niet-geïndustrialiseerde landen, ervaring omstanders, vergelijking naar ras/regio of tijdsframe, te specifiek/te algemeen, effect training.

Na vijf selectieronden heeft CBO 42 artikelen beoordeeld op hun kwaliteit en verwerkt in het evidencerapport. Daarnaast werden bij CBO 52 artikelen aangevraagd voor de sociaal wetenschappelijke onderbouwing van de uitgangsvragen in hoofdstuk 4.

### 6.4 Zoekstrategieën Verenso voor hoofdstukken 1, 2, 3, 4, 5

De projectleider heeft in PubMed en in de digitale archieven van de vakbladen Bioethics, NtvG en Medisch Contact gezocht vanaf 2000 naar juridische/ethische en eventueel medische en sociaal wetenschappelijke publicaties over anticiperende besluitvorming over reanimatie. Daarbij zijn de volgende Nederlandstalige zoektermen gehanteerd: [reanimatie or niet-reanimatie] and [ouderen or verpleeghuizen or verzorgingshuizen or thuiszorg] of de volgende Engelstalige zoektermen in PubMed gehanteerd: [resuscitation or Cardiopulmonary Resuscitation or CPR or Out of Hospital Cardiovascular Arrest or OHCA or Basic Life support] and [Elderly or Fragile or Nursing-homes or Aged or Residential Facilities]. Ook is gezocht op de termen [Advanced Care Planning or Advanced Directives]. Verder is gezocht naar relevante uitspraken van regionale tuchtcolleges en centraal medisch tuchtcollege via [www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl](http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl) en [www.tucht-recht.nl](http://www.tucht-recht.nl) en zijn ruim 100 publicaties geraadpleegd in de KNMG-bibliotheek.

Verder geraadpleegde brondocumenten:

- Handreiking Reanimatie NVVA (nu Verenso genoemd), 2000
- 'Niet-reanimeerbeleid in de zorg voor mensen met ernstige lichamelijke handicaps' VGN, 2007
- Handboek Gezondheidsrecht van prof. dr. Leenen ea, Deel 1, BSL 2007
- Handboek Gezondheidsrecht van prof. mr. dr. Engberts ea, BSL 2009

Na deze literatuursearch is op basis van referenties in gevonden artikelen aanvullend naar literatuur gezocht en zijn tussentijds verschenen publicaties over anticiperende gespreksvoering over zorg rond het levenseinde beoordeeld.

Voor paragrafen 2.1 en 2.2 heeft de projectleider van Verenso gezocht naar relevante Nederlandse wetenschappelijke publicaties. De verwerkte publicaties staan vermeld in de literatuurlijst. Ook zijn voor hoofdstuk 2 artikelen aangedragen door de leden van de werkgroep en experts waaronder de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR). Deze artikelen zijn op vergelijkbare wijze als de andere artikelen beoordeeld op hun relevantie en kwaliteit.

## **6.5 Juridische aspecten**

De juridische betekenis van richtlijnen ligt op het verlenen van kwalitatief verantwoorde zorg. Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar vormen een samenstelling van algemeen aanvaarde aanwijzingen voor het handelen van artsen op een bepaald onderdeel van hun vakgebied. Richtlijnen worden opgesteld op basis van deskundigheid binnen de beroepsgroep en de stand van de wetenschap (evidence). Een zorgverlener dient aan deze standaard te voldoen om verantwoorde zorg te verlenen. De aanbevelingen zijn hoofdzakelijk gebaseerd op een 'gemiddelde kwetsbare oudere' en daardoor kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie afwijken van de richtlijn. Soms is afwijken van de richtlijn zelfs noodzakelijk als de situatie van de patiënt dat vereist. Afwijkingen komen minder vaak voor dan door de beroepsgroep wordt ingeschat. Afwijken van in richtlijnen opgenomen normen dienen beargumenteerd te worden. Het is daarom sterk aan te raden deze argumentatie ook kort en duidelijk in het dossier aan te tekenen.

# Afkortingenlijst

**ADL**

Algemene dagelijkse levensverrichtingen

**AD**

Advance Directive = wilsverklaring

**AED**

Automatische Externe Defibrillator

**CI**

Confidence interval = betrouwbaarheidsinterval

**COPD**

Chronic Obstructive Pulmonary Disease = chronisch obstructieve longziekte

**CPC**

Cerebral Performance Categories = schaal voor beoordeling mate van hersenletsel

**ELT**

End of life treatment = zorg rond het levenseinde

**ELTP**

End of life treatment preferences = voorkeuren over de zorg rond het levenseinde

**EMS**

Emergency Medical Service = ambulancehulpverlening

**IHCA**

Inhospital cardiac arrest = circulatiestilstand in het ziekenhuis

**OHCA**

Out of hospital cardiac arrest = circulatiestilstand buiten ziekenhuis

**QoL**

Quality of Life = kwaliteit van leven

**OR**

Odds ratio = risicomaat voor de associatie van een risicofactor met een ziekte-toestand

**PEA**

Pulseless electrical activity = polsloze elektrische activiteit

**QUIPS-tool**

Quality in prognosis studies = instrument om kwaliteit prognostische studies te beoordelen

**ROSC**

Return of spontaneous circulation = herstel spontane circulatie

**Utstein template**

Eisen aan de uniforme rapportage van gegevens over circulatie-stilstanden besproken tijdens een internationale conferentie in 1991 gehouden in het Noorse Utstein-klooster (Cummins 1991)

**VF**

Ventrikelfibrilleren

**VT**

Ventrikeltachycardie



# Literatuurlijst

Op alfabetische volgorde per hoofdstuk

## Hoofdstuk 1 Inleiding

- KNMG. Van wet naar praktijk: implementatie van de WGBO. Deel 3. Dossier en bewaartermijnen. KNMG, 2004.
- Verenso. Nota Medische Verslaglegging, 2009.

## Hoofdstuk 2 Medische aspecten bij anticiperende besluitvorming over reanimatie

- Ahn KO, Shin SD, Suh GJ, Cha WC, Song KJ, Kim SJ, Lee EJ, Ong ME. Epidemiology and outcomes from non-traumatic out-of-hospital cardiac arrest in Korea: A nationwide observational study. *Resuscitation*. 2010 Aug;81(8):974-81.
- Van Alem AP, Waalewijn RA, Koster RW, De Vos R. Assessment of Quality of Life and Cognitive Function After Out-of-Hospital Cardiac Arrest With Successful Resuscitation. *The American Journal of Cardiology* 2004 Jan 15;93(2):131-5.
- Van Alem AP, De Vos R, Schmand B, Koster RW. Cognitive impairment in survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *American Heart Journal* 2004 Sep;148(3):416-21.
- Arrich J, Sterz F, Fleischhackl R, Uray T, Losert H, Kliegel A, Wandaller C, Köhler K, Laggner AN. Gender modifies the influence of age on outcome after successfully resuscitated cardiac arrest: a retrospective cohort study. *Medicine (Baltimore)*. 2006 Sep;85(5):288-94.
- Beesems SG\*, Zijlstra JA\*, Stieglis R, Koster RW. Reanimatie buiten het ziekenhuis in Noord-Holland en Twente: resultaten ARREST onderzoek over 2006-2011. In: Hart- en vaatziekten in Nederland 2012, cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Nederlandse Hartstichting, 2012.
- Berdowski J, Waalewijn RA, Koster RW. Overleving na reanimatie buiten het ziekenhuis is sterk toegenomen: een vergelijkend onderzoek tussen eind 20ste en begin 21ste eeuw. In: Hart- en vaatziekten in Nederland 2006, cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Nederlandse Hartstichting, 2006.
- Berdowski J, Berg RA, Tijssen JPG, Koster RW. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation*. 2010 Nov;81(11):1479-87.
- Berdowski J, Blom MT, Bardai A, Tan HL, Tijssen JPG, Koster RW. Impact of Onsite or Dispatched Automated External Defibrillator Use on Survival After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation* 2011 Nov 15;124(20):2225-32.
- Brindley PG, Markland DM, Mayers I, Kutsogiannis DJ. Predictors of survival following in-hospital adult cardiopulmonary resuscitation. *CMAJ*. 2002 Aug 20;167(4):343-8.
- Bunch TJ, White RD, Khan AH, Packer DL. Impact of age on long-term survival and quality of life following out-of-hospital cardiac arrest. *Crit Care Med*. 2004 Apr;32(4):963-7.
- Van Campen C. Kwetsbare ouderen, Landelijk beeld van de groeiende groep ouderen met meervoudige gezondheidsproblemen. SCP, 2011. Centraal Bureau voor de Statistiek, Statline, Den Haag/Heerlen 2012
- Chang Wen-Han, HuangChien-Hsuan, Chien Ding-Kuo, Su Yu-Jang, Lin Po-Chen, Tsai Cheng-Ho. Factors analysis of cardiopulmonary resuscitation outcomes in the elderly in Taiwan. *International Journal of Gerontology*. March 2009; 3(1): 16-25.
- Chien Ding-Kuo , Chang Wen-Han, Tsai Shin-Han, Chang Kuo-Song, Chen-Chang-Chih, SuYu-Jang. Outcome of non-traumatic out-of-hospital cardiac arrest in the elderly. *International Journal of Gerontology*. June 2008;2(2):60-66.
- Cooper S, Janghorbani M, Cooper G. A decade of in-hospital resuscitation: outcomes and prediction of survival? *Resuscitation*. 2006 Feb;68(2):231-7.

- Cummins RO, Chamberlain DA, Abramson NS, et al. Recommended guidelines for uniform reporting of data from out-of-hospital cardiac arrest: the Utstein Style. A statement for health professionals from a task force of the American Heart Association, the European Resuscitation Council, the Heart and Stroke Foundation of Canada, and the Australian Resuscitation Council. *Circulation* 1991;84:960-75.
- Danciu SC, Klein L, Hosseini MM, Ibrahim L, Coyle BW, Kehoe RF. A predictive model for survival after in-hospital cardiopulmonary arrest. *Resuscitation*. 2004 Jul;62(1):35-42.
- Deasy C, Bray JE, Smith K, Harriss LR, Bernard SA, Cameron P; VACAR Steering Committee. Out-of-hospital cardiac arrests in the older age groups in Melbourne, Australia. *Resuscitation*. 2011 Apr;82(4):398-403.
- Di Bari M, Chiarlone M, Fumagalli S, Boncinelli L, Tarantini F, Ungar A, Marini M, Masotti G, Marchionni N. Cardiopulmonary resuscitation of older in-hospital patients: immediate efficacy and long-term outcome. *Crit Care Med*. 2000 Jul;28(7):2320-5.
- Dosh K, Dhoble A, Evonich R, Gupta A, Shah I, Gardiner J, Dwamena FC. Analysis of limited resuscitations in patients suffering in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2009 Sep;80(9):985-9.
- Ebell MH, Afonso AM. Pre-arrest predictors of failure to survive after in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. *Fam Pract*. 2011 Oct;28(5):505-15.
- Ehlenbach WJ, Barnato AE, Curtis JR, Kreuter W, Koepsell TD, Deyo RA, Stapleton RD. Epidemiologic study of in-hospital cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *N Engl J Med*. 2009 Jul 2;361(1):22-31.
- Elshove-Bolk J, Guttormsen AB, Austlid I. In-hospital resuscitation of the elderly: characteristics and outcome. *Resuscitation*. 2007 Aug;74(2):372-6.
- Engdahl J, Bång A, Lindqvist J, Herlitz J. Factors affecting short- and long-term prognosis among 1069 patients with out-of-hospital cardiac arrest and pulseless electrical activity. *Resuscitation*. 2001 Oct;51(1):17-25.
- Fredriksson M, Herlitz J, Nichol G. Variation in outcome in studies of out-of-hospital cardiac arrest: a review of studies conforming to the Utstein guidelines. *Am J Emerg Med*. 2005 Jul;21(4):276-81.
- Fredriksson M, Aune S, Thorén AB, Herlitz J. In-hospital cardiac arrest—an Utstein style report of seven years experience from the Sahlgrenska University Hospital. *Resuscitation*. 2006 Mar;68(3):351-8.
- van de Glind EMM, van Munster BC, van de Wetering FT, van Delden JJM, Scholten RJPM, Hooft L. Pre-arrest predictors of survival after resuscitation from out-of-hospital cardiac arrest in the elderly - a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association* Submitted 26 april 2012.
- Gorgels AP, Gijsbers C, de Vreede-Swagemakers J, Lousberg A, Wellens HJ. Out-of-hospital cardiac arrest -the relevance of heart failure. The Maastricht Circulatory Arrest Registry. *Eur Heart J*. 2003 Jul;24(13):1204-9.
- Gwinnutt CL, Columb M, Harris R. Outcome after cardiac arrest in adults in UK hospitals: effect of the 1997 guidelines. *Resuscitation*. 2000 Oct; 47(2): 125-35.
- Hartstichting 2012: [http://www.hartstichting.nl/hart\\_en\\_vaten/hartstilstand\\_en\\_reanimatie/hartstilstand/](http://www.hartstichting.nl/hart_en_vaten/hartstilstand_en_reanimatie/hartstilstand/)
- Hayden JA, Côté P, Bombardier C. Evaluation of the quality of prognosis studies in systematic reviews. *Ann Intern Med*. 2006 Mar 21;144(6):427-37.
- Herlitz J, Bahr J, Fischer M, Kuisma M, Lexow K, Thorgeirsson G. Resuscitation in Europe: a tale of five European regions. *Resuscitation*. 1999 Jul;41(2): 121-31.
- Herlitz J, Eek M, Engdahl J, Holmberg M, Holmberg S. Factors at resuscitation and outcome among patients suffering from out of hospital cardiac arrest in relation to age. *Resuscitation*. 2003 Sep;58(3):309-17.
- Herlitz J, Svensson L, Engdahl J, Gelberg J, Silfverstolpe J, Wisten A, Angquist KA, Holmberg S. Characteristics of cardiac arrest and resuscitation by age group: an analysis from the Swedish Cardiac Arrest Registry. *Am J Emerg Med*. 2007 Nov;25(9):1025-31.
- Hwang JP, Patlan J, de Achaval S, Escalante CP. Survival in cancer patients after out-of-hospital cardiac arrest. *Support Care Cancer*. 2010; 18:51-55.

- Iwami T, Hiraide A, Nakanishi N, Hayashi Y, Nishiuchi T, Uejima T, Morita H, Shigemoto T, Ikeuchi H, Matsusaka M, Shinya H, Yukioka H, Sugimoto H. Outcome and characteristics of out-of-hospital cardiac arrest according to location of arrest: A report from a large-scale, population-based study in Osaka, Japan. *Resuscitation*. 2006 May;69(2):221-8.
- Jacobs I, Nadkarni V, Bahr J, et al. Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update and simplification of the Utstein templates for resuscitation registries. A statement for healthcare professionals from a task force of the international liaison committee on resuscitation (American Heart Association, European Resuscitation Council, Australian Resuscitation Council, New Zealand Resuscitation Council, Heart and Stroke Foundation of Canada, InterAmerican Heart Foundation, Resuscitation Council of Southern Africa). *Resuscitation*. 2004 Dec;63(3):233-49.
- Josseume J, Duchateau FX, Burnod A, Pariente D, Beaune S, Leroy C, Judde de la Rivière E, Huot-Maire V, Ricard-Hibon A, Juvin P, Mantz J. Observatory of the elderly over 80 years supported by the mobile emergency and resuscitation service. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2011 Jul-Aug;30(7-8):553-8.
- Kim C, Becker L, Eisenberg MS. Out-of-hospital cardiac arrest in octogenarians and nonagenarians. *Arch Intern Med*. 2000 Dec 11-25;160(22):3439-43.
- Kirschner KL, Hwang CS, Bode RK, Heinemann AW. Outcomes of cardiopulmonary arrest in an acute rehabilitation setting. *Am J Phys Med Rehabil*. 2001 Feb;80(2):92-9.
- Koster RW, Berdowski J. Overleving na reanimatie buiten het ziekenhuis in Noord-Holland: resultaten Arrest 7 over 2006-2008. Betere overleving dankzij de Automatische Externe Defibrillator? In: Hart- en vaatziekten in Nederland 2009, cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Nederlandse Hartstichting, 2009.
- Langhelle A, Tyvold SS, Lexow K, Hapnes SA, Sunde K, Steen PA. In-hospital factors associated with improved outcome after out-of-hospital cardiac arrest. A comparison between four regions in Norway. *Resuscitation*. 2003 Mar;56(3):247-63.
- Larkin GL, Copes WS, Nathanson BH, Kaye W. Pre-resuscitation factors associated with mortality in 49,130 cases of in-hospital cardiac arrest: a report from the National Registry for Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation*. 2010 Mar;81(3):302-11.
- Lee CC, Tsai MS, Fang CC, Chen YJ, Hui-Ming M, Huang CH, Chen WJ, Chen SC. Effects of pre-arrest comorbidities on 90-day survival of patients resuscitated from out-of-hospital cardiac arrest. *Emerg Med J*. 2011 May;28(5):432-6.
- Levy PD, Ye H, Compton S, Chan PS, Larkin GL, Welch RD; American Heart Association National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators. Factors associated with neurologically intact survival for patients with acute heart failure and in-hospital cardiac arrest. *Circ Heart Fail*. 2009 Nov;2(6):572-81.
- Lindner TW, Søreide E, Nilsen OB, Torunn MW, Lossius HM. Good outcome in every fourth resuscitation attempt is achievable—An Utstein template report from the Stavanger region. *Resuscitation*. 2011 Dec;82(12):1508-13
- Mohler MJ, Wendel CS, Mosier J, Itty A, Fain M, Clark L, Bobrow B, Sanders AB. Cardiocerebral resuscitation improves out-of-hospital survival in older adults. *JAm Geriatr Soc*. 2011 May;59(5):822-6.
- Morrison LJ, Visentin LM, Kiss A, Theriault R, Eby D, Vermeulen M, Sherbino J, Verbeek PR for the TOR Investigators Validation of a Rule for Termination of Resuscitation in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *New England Journal of Medicine* 2006; 355:478-487.
- Mosier J, Itty A, Sanders A, Mohler J, Wendel C, Poulsen J, Shellenberger J, Clark L, Bobrow B. Cardiocerebral resuscitation is associated with improved survival and neurologic outcome from out-of-hospital cardiac arrest in elders. *Acad Emerg Med*. 2010 Mar;17(3):269-75.
- Mout P, Dijkstra R, in 't Veld K. Een AED in de huisartsenpraktijk: nuttig en noodzakelijk? *Huisarts&Wetenschap* 52(8) juli 2009: 404-405.

- Moulaert VRMP, Verbunt JA, van Heugten CM, Wade DT. Cognitive impairments in survivors of out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review. *Resuscitation* 80 (2009) 297–305.
- Moulaert VRMP, Wachelder EW, Verbunt JA, Wade DT, van Heugten CM. Determinants of quality of life in survivors of cardiac arrest. *J Rehabil Med* 2010; 42: 553–558.
- Paniagua D, Lopez-Jimenez F, Londoño JC, Mangione CM, Fleischmann K, Lamas GA. Outcome and cost-effectiveness of cardiopulmonary resuscitation after in-hospital cardiac arrest in octogenarians. *Cardiology*. 2002;97(1):6-11.
- Peery CA, Galanos AN. Home automated external defibrillators in a geriatric population: a brief discussion of the evidence. *J Am Geriatr Soc*. 2006 Jan;54(1):133-7.
- Perdok JM, van der Starre PJ, Ottervanger JP, Jager AR, Snellen FT, Siemons WA, Pasma FH. Age and survival after in-hospital cardiopulmonary resuscitation. *Eur J Anaesthesiol*. 2005 Nov;22(11):892-4.
- Pleskot M, Hazukova R, Stritecka H, Cermakova E, Pudil R. Long-term prognosis after out-of-hospital cardiac arrest with/without ST elevation myocardial infarction. *Resuscitation*. 2009 Jul;80(7):795-804.
- Pleskot M, Hazukova R, Stritecka H, Cermakova E. Five-year survival of patients after out-of-hospital cardiac arrest depending on age. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011 Sep-Oct;53(2):e88-92.
- Roth A, Golovner M, Gavish D, Shapira I, Malov N, Sender J, Alroy I, Kaplinski E, Laniado S. Medical history of hypercholesterolaemia adversely affects the outcome of out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation; the 'Shahal' experience in Israel. *Eur Heart J*. 2000 May;21(9):778-81.
- Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med*. 2007 Feb;33(2):237-45.
- Sasson C, Rogers MA, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010 Jan;3(1):63-81.
- Snyder JE, Loschner AL, Kepley HO. The effect of patient age on perceived resuscitation outcomes by practitioners. *N C Med J*. 2010 May-Jun;71(3): 199-205.
- Straus SM, Bleumink GS, Dieleman JP, van der Lei J, Stricker BH, Sturkenboom MC. The incidence of sudden cardiac death in the general population. *J Clin Epidemiol*. 2004 Jan;57(1):98-102.
- Swor RA, Jackson RE, Tintinalli JE, Pirrallo RG. Does advanced age matter in outcomes after out-of-hospital cardiac arrest in community-dwelling adults? *Acad Emerg Med*. 2000 Jul;7(7):762-8.
- de Vreede-Swagemakers JJ, Gorgels AP, Dubois-Arbouw WI, van Ree JW, Daemen MJ, Houben LG, Wellens HJ. Out-of-hospital cardiac arrest in the 1990's: a population-based study in the Maastricht area on incidence, characteristics and survival. *J Am Coll Cardiol*. 1997 Nov 15;30(6):1500-5.
- Wachelder EM, Moulaert VRMP, van Heugten C, Verbunt JA, Bekkers SCAM, Wade DT. Life after survival: Long-term daily functioning and quality of life after an out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 80 (2009) 517–522.
- Waalewijn RA, de Vos R, Koster RW. Out-of-hospital cardiac arrests in Amsterdam and its surrounding areas: results from the Amsterdam resuscitation study (ARREST) in 'Utstein' style. *Resuscitation*. 1998 Sep;38(3):157-67.
- Zoch TW, Desbiens NA, DeStefano F, Stueland DT, Layde PM. Short- and long-term survival after cardiopulmonary resuscitation. *Arch Intern Med*. 2000 Jul 10;160(13):1969-73.

### **Hoofdstuk 3 Ethisch en juridisch kader voor anticiperende besluitvorming over reanimatie**

- Ambulance Zorg Nederland. Niet starten/staken behandeling. LPA-protocol 7.2. Zwolle 2011.
- van Delden JJM, van der Heide A, van de Vathorst S, Weyers H, van Tol DG. Het KOPPEL-onderzoek. Kennis en opvattingen van publiek en professionals over medische besluitvorming en behandeling rond het einde van het leven. Den Haag, ZonMw, 2011.

- Klink A. Brief aan de Tweede Kamer op 21/9/10 nav de wet ambulancezorg over status van de niet- reanimeerpenning. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 29 835, nr. 66 3.
- KNMG. Arts en schriftelijke wilsverklaring. 2002: 6-7.
- KNMG. Tijdig praten over het levenseinde. KNMG, 2011.
- KNMG. Van Wet naar Praktijk, Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming: 40. KNMG 2004.
- NVVA. Zorgvuldige zorg rond het levenseinde. NVVA (nu Verenso geheten), V&VN (toen AVVV en STING geheten), Utrecht, 2006.
- Verenso. Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde. Verenso 2012.

#### **Hoofdstuk 4 Gespreksvoering over anticiperende besluitvorming met individuele ouderen**

- Agard A, Hermeren G, Herlitz J. Should cardiopulmonary resuscitation be performed on patiënts with heart failure? The role of the patiënt in the decision-making process. *Journal of Internal Medicine* 2000 248[4], 279-286.
- Almoosa KF, Goldenhar LM, Panos RJ. Characteristics of discussions on cardiopulmonary resuscitation between physicians and surrogates of critically ill patiënts. *Journal of Critical Care* 2009 24[2], 280-287.
- Baarsen B van. Arts-patiëntcommunicatie in de besluitvorming over reanimeren: een medisch-ethische beschouwing. *Tijdschrift voor Gezondheidsethiek* 2010 1(20): 13-19.
- Besluit Zorgleefplanbespreking AWBZ-zorg. *Staatsblad* (131) 2 maart 2009: artikel 2 lid 1 en lid 2.
- Biola H, Sloane PD, Williams CS, Daaleman TP, Zimmernan S. Preferences versus practice: life-sustaining treatments in last months of life in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association* 2010 11[1], 42-51.
- Bressers JP, Algra A, Dautzenberg PL, van Delden JJ. Discussing the resuscitation policy at a geriatric ward: the experience of patiënts or their representatives. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 2011 Dec;42(6):256-62.
- Broekman BFP, Vos R de en Waalewijn RA. Belemmeringen om in ziekenhuizen eventuele reanimatie altijd met patiënten te bespreken. *NTvG* 2002;146 (49) 2374-2377.
- Cadogan MP. CPR Decision making and Older adults, clinical implications. *Journal of Gerontological Nursing*, 2010 (36) 12, 10-15.
- Cooper-Kazaz R, Friedlander Y, Steinberg A, Sonnenblick M. Longitudinal changes in attitudes of offspring concerning life-sustaining measures for their terminally ill parents. *Journal of the American Geriatrics Society* 1999 47[11], 1337-1341.
- Cotter PE, Simon M, Quinn C, O'Keeffe ST. Changing attitudes to cardiopulmonary resuscitation in older people: a 15-year follow-up study. *Age & Ageing* 2009 38[2], 200-205.
- Deep KS, Griffith CH, Wilson JF. Communication and decision making about life-sustaining treatment: examining the experiences of resident physicians and seriously-ill hospitalized patiënts. *Journal of General Internal Medicine* 2008a 23[11], 1877-1882.
- Deep KS, Griffith CH, Wilson JF. Discussing preferences for cardiopulmonary resuscitation: what do resident physicians and their hospitalized patiënts think was decided? *Patiënt Education & Counseling* 2008b 72[1], 20-25.
- van Delden JJ, van der Maas PJ, Pijnenborg L, Looman CW. Deciding not to resuscitate in Dutch hospitals. *J Med Ethics.* 1993 Dec;19(4):200-5.
- van Delden JJ, Löfmark R, Deliëns L, Bosshard G, Norup M, Cecioni R, van der Heide A; EURELD Consortium. Do-not-resuscitate decisions in six European countries. *Crit Care Med.* 2006 Jun;34(6):1686-90
- van Delden JJM, van der Heide A, van de Vathorst S, Weyers H, van Tol DG. Het KOPPEL-onderzoek. Kennis en opvattingen van publiek en professionals over medische besluitvorming en behandeling rond het einde van het leven. Den Haag, ZonMw, 2011.

- Eggar R, Spencer A, Anderson D, Hiller L. Views of elderly patients on cardiopulmonary resuscitation before and after treatment for depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2002 17[2], 170-174.
- Fairchild A, Kelly K-L, Balogh A. In pursuit of an artful death: Discussion of resuscitation status on an inpatient radiation oncology service. *Supportive Care in Cancer* 2005 13[10], 842-849.
- Formiga F, Chivite D, Ortega C, Casas S, Ramon JM, Pujol R. End-of-life preferences in elderly patients admitted for heart failure. *Qjm* 2004 97[12], 803-808.
- Frank C, Heyland DK, Chen B, Farquhar D, Myers K, Iwaasa K. Determining resuscitation preferences of elderly inpatients: a review of the literature. [Review] *CMAJ Canadian Medical Association Journal* 2003 169[8], 795-799.
- Gaber KA, Barnett M, Planchant Y, McGavin CR. Attitudes of 100 patients with chronic obstructive pulmonary disease to artificial ventilation and cardiopulmonary resuscitation. *Palliative Medicine* 2004 18[7], 626-629.
- Golin CE, Wenger NS, Liu H, Dawson NV, Teno JM, Desbiens NA, et al. A prospective study of patient-physician communication about resuscitation. *Journal of the American Geriatrics Society* 2000 48[5 Suppl], S52-S60.
- Godkin MD, Toth EL. Cardiopulmonary resuscitation decision making in long-term care: a role for the nurse? *Journal of Advanced Nursing* 1994 19[1], 97-104.
- de Graaff FM, Partners in palliative care? Perspectives of Turkish and Moroccan immigrants and Dutch professionals. Proefschrift de Graaff FM 2012.
- Grudzen CR, Koenig WJ, Hoffman JR, Boscardin WJ, Lorenz KA, Asch SM. Potential impact of a verbal prehospital DNR policy. *Prehospital Emergency Care* 2009 13[2], 169-172.
- Gunten CF von, Ferris FD, Emanuel LL. Ensuring Competency in End of Life Care, Communication and Relational skills. *JAMA* 2000 284 (23) 3051-3057.
- Happ MB, Capezuti E, Strumpf NE, Wagner L, Cunningham S, Evans L, et al. Advance care planning and end-of-life care for hospitalized nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002 50[5], 829-835.
- Harkness M, Wanklyn P. Cardiopulmonary resuscitation: capacity, discussion and documentation. *Qjm* 2006 99[10], 683-690.
- ten Have HAMJ, Meulen RHJ ter en Leeuwen E van. *Medische Ethiek*. Houten BSL, 2009 3e druk.
- Heyland DK, Frank C, Groll D, Pichora D, Dodek P, Rocker G, et al. Understanding cardiopulmonary resuscitation decision making: perspectives of seriously ill hospitalized patients and family members. *Chest* 2006 130[2], 419-428.
- Hubbard G. The 'surprise question' in end-of-life care. *Br J Community Nurs*. 2011 Mar;16(3):109.
- Janssen DJ, Spruit MA, Schols JM, Cox B, Nawrot TS, Curtis JR, Wouters EF. Predicting changes in preferences for life-sustaining treatment among patients with advanced chronic organ failure. *Chest*. 2011 Oct 20.
- Johnson HM, Nelson A. The acceptability of an information leaflet explaining cardiopulmonary resuscitation policy in the hospice setting: a qualitative study exploring patients' views. *Palliative Medicine* 2008 22[5], 647-652.
- Kim SH, Kjervik D. Deferred decision making: patients' reliance on family and physicians for CPR decisions in critical care. *Nursing Ethics* 2005 12[5], 493-506.
- KNMG. Handreiking Tijdig praten over het levenseinde. KNMG, 2011.
- Krediet CTP, Hoekstra JBL, Gevers JKM, Geerlings SE. Reanimeren of niet? Bespreek dit tijdig met iedere chronisch zieke patiënt. *NTvG* 2009; 153: A534.
- Laakkonen ML, Pitkala KH, Strandberg TE, Berglind S, Tilvis RS. Older people's reasoning for resuscitation preferences and their role in the decision-making process. *Resuscitation* 2005 65[2], 165-171.
- Lacey D. End-of-life decision making for nursing home residents with dementia: a survey of nursing home social services staff. *Health & Social Work* 2006 31[3], 189-199.
- Levin JR, Wenger NS, Ouslander JG, Zellman G, Schnelle JF, Buchanan JL, et al. Life-sustaining treatment decisions for nursing home residents: who discusses, who decides and what is decided? *Journal of the American Geriatrics Society* 1999 47[1], 82-87.

- LHV, NHG, Verenso (toen NVVA geheten), KNMP. Handreiking Complexe ouderenzorg in het verzorgingshuis en thuis. Utrecht, 2009.
- Manisty C en Waxman J. For and against: Doctors should not discuss resuscitation with terminally ill patients. *BMJ* 2003 32:614-616.
- Marco CA, Schears RM. Societal opinions regarding CPR. *American Journal of Emergency Medicine* 2002 20[3], 207-211.
- van Mil AH, van Klink RC, Huntjens C, Westendorp RG, Stiggelbout AM, Meinders AE, et al. Cardiopulmonary resuscitation preferences in Dutch community-dwelling and hospitalized elderly people: an interaction between gender and quality of life. *Medical Decision Making* 2000 20[4], 423-429.
- Moody LE, Small BJ, Jones CB. Advance directives preferences of functionally and cognitively impaired nursing home residents in the United States. *Journal of Applied Gerontology* 2002 21[1], 103-118.
- Moss AH, Ganjoo J, Sharma S, Gansor J, Senft S, Weaner B, Dalton C, MacKay K, Pellegrino B, Anantharaman P, Schmidt R. Utility of the "surprise" question to identify dialysis patients with high mortality. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2008 Sep;3(5):1379-84.
- Moss AH, Lunney JR, Culp S, Auber M, Kurian S, Rogers J, Dower J, Abraham J. J. Prognostic significance of the "surprise" question in cancer patients. *Palliat Med.* 2010 Jul;13(7):837-40.
- Murray S, Boyd K. Using the 'surprise question' can identify people with advanced heart failure and COPD who would benefit from a palliative care approach. *Palliat Med.* 2011 Jun;25(4):382.
- Nahm E, Resnick B. End-of-life treatment preferences among older adults. *Nursing Ethics* 2001 8[6], 533-543.
- NVVA (nu Verenso genoemd), Sting, V&VN. Begrippen en Zorgvuldigheidseisen met betrekking tot de besluitvorming rond het levenseinde. Utrecht, 2007: 29.
- O'Brien LA, Grisso JA, Maislin G, LaPann K, Krotki KP, Greco PJ, et al. Nursing home residents' preferences for life-sustaining treatments. *JAMA* 1995 274[22], 1775-1779.
- O'Donnell H, Phillips RS, Wenger N, Teno J, Davis RB, Hamel MB. Preferences for cardiopulmonary resuscitation among patients 80 years or older: the views of patients and their physicians. *Journal of the American Medical Directors Association* 2003 4[3], 139-144.
- Phillips K, Woodward V. The decision to resuscitate: older people's views. *Journal of Clinical Nursing* 1999 8[6], 753-761.
- Phillips RS, Wenger NS, Teno J, Oye RK, Youngner S, Califf R, et al. Choices of seriously ill patients about cardiopulmonary resuscitation: correlates and outcomes. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *American Journal of Medicine* 1996 100[2], 128-137.
- Richter J, Eisemann MR. Attitudinal patterns determining decision-making in severely ill elderly patients: a cross-cultural comparison between nurses from Sweden and Germany. *International Journal of Nursing Studies* 2001 38[4], 381-388.
- de Rooij SEJA, Abu-Hanna A, Levi M en Jonge E. Opname van oudere patiënten op de Intensive Care. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2005 149 (40 ):2215-2220.
- Rose JH, O'Toole EE, Dawson NV, Lawrence R, Gurley D, Thomas C, et al. Perspectives, preferences, care practices, and outcomes among older and middle-aged patients with late-stage cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2004 22[24], 4907-4917.
- Schamp R, Tenkku L. Managed death in a PACE: pathways in present and advance directives. *Journal of the American Medical Directors Association* 2006 7[6], 339-344.
- Schonwetter RS, Walker RM, Solomon M, Indurkha A, Robinson BE. Life values, resuscitation preferences, and the applicability of living wills in an older population. *Journal of the American Geriatrics Society* 1996 44[8], 954-958.

- Schonwetter RS, Walker RM, Kramer DR, Robinson BE. Resuscitation decision making in the elderly: The value of outcome data. *Journal of General Internal Medicine* 1993 8[6], 295-300.
- Somogyi-Zalud E, Zhong Z, Hamel MB, Lynn J. The use of life-sustaining treatments in hospitalized persons aged 80 and older. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002 50[5], 930-934.
- Snyder JE, Loschner AL, Kepley HO. The effect of patient age on perceived resuscitation outcomes by practitioners. *N C Med J.* 2010 May-Jun;71(3): 199-205.
- Stalmeier PFM, Tol-Geerdink JJ van, Lin ENJTh van, Schimmel E, Huizinga H, Daal WAJ en Leer JW. De patiënt kiest: werkbaar en effectief. *NTvG* 2009;153: B74.
- Thomas R, Wilson DM, Justice C, Birch S, Sheps S. A literature review of preferences for end-of-life care in developed countries by individuals with different cultural affiliations and ethnicity. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2008 10[3], 142-163.
- Thoren AB, Axelsson A, Herlitz J. The attitude of cardiac care patients towards CPR and CPR education. *Resuscitation* 2004 61[2], 163-171.
- Thorevska N, Tilluckdharry L, Tickoo S, Havasi A, Amoateng-Adjepong Y, Manthous CA. Patients' understanding of advance directives and cardiopulmonary resuscitation. *Journal of Critical Care* 2005 20[1], 26-34.
- Vandrevalla T, Hampson SE, Daly T, Arber S, Thomas H. Dilemmas in decision-making about resuscitation-a focus group study of older people. *Social Science & Medicine* 2006 62[7], 1579-1593.
- Vandrevalla T, Hampson SE, Chrysanthaki T. Breaking the death taboo - older people's perspectives on end-of-life decisions. *Quality in Ageing* 2002 3[3], 36-47.
- Van der Wedden H. Reanimatie, een sociologische analyse van een modern ritueel rondom de dood, 2008.



# Initiële uitgangsvragen

## Hoofdstuk 2

### Medische aspecten bij de besluitvorming over reanimatie

- a. Hoe kunnen (huis)artsen op een praktische wijze toename van kwetsbaarheid vaststellen in verband met anticiperende gespreksvoering over het levens-einde waaronder reanimatie? *Zie stroomdiagram en H4.*
- b. Hoe vaak (% , absoluut) doen zich jaarlijks reanimatiesituaties voor bij kwetsbare ouderen in de thuissituatie of in verpleeg- of verzorgingshuizen in Nederland? *Geen gegevens gevonden.*
- c. Verschilt deze prevalentie voor de verschillende zorgsettings van de verpleeg-, verzorgingshuizen en thuissituatie in Nederland? *Geen gegevens gevonden.*
- d. Welke uitkomsten van reanimatie komen, in welke mate, voor bij kwetsbare ouderen (dood, overleving zonder schade, overleving met schade)? *Zie H2.*
- e. Welke (positieve en negatieve) factoren beïnvloeden, in welke mate, significant de uitkomst van reanimatie bij (kwetsbare) ouderen? *Zie H2.*
- f. Zijn er specifieke patiëntengroepen aan te merken bij wie de kans na reanimatie op overleving (zonder schade) zeer beperkt (<1%) is? *Zie H2.*
- g. Zijn er buitenlandse richtlijnen over reanimatie bij kwetsbare ouderen in de thuissituatie of in verpleeg- verzorgingshuizen? *Geen gegevens gevonden.*

## Hoofdstuk 3

### Ethisch en juridisch kader voor besluitvorming

- a. Hoe moeten zorgprofessionals omgaan met de regievoering over leven en dood? *Zie H3.*
- b. Wat is daarbij de rol van de arts (specialist ouderengeneeskunde of huisarts), de verpleegkundige, de verzorgende, praktijkondersteuner en de ambulancezorg? *Zie H3 en H4 en de LESA.*
- c. Hoe kunnen zorgprofessionals bij anticiperende besluitvorming met betrekking tot reanimatie voldoende rekening houden met het recht van de patiënt zelf beslissingen te nemen over zijn levenseinde op zijn eigen wijze en moment? *Zie H4, bijlage C en D.*
- d. In hoeverre mag levensverwachting, bijvoorbeeld in de palliatieve zorg, een rol spelen in de besluitvorming over reanimatie? *Zie H3.*
- e. Hoe autonoom kunnen patiënten kiezen en de gevolgen daarvan overzien als zij kwetsbaar zijn en zich afhankelijk voelen? *Zie H3.*
- f. Hoe moeten zorgprofessionals omgaan met afwijkende verwachtingen van patiënten en hun naasten met betrekking tot uitkomsten en (on)mogelijkheden van reanimatie? *Zie H4, bijlage C en D.*
- g. Hoe moeten zorgprofessionals (en zorgaanbieders) omgaan met afwijkende verwachtingen van de maatschappij met betrekking tot uitkomsten en (on)mogelijkheden van reanimatie? *Zie H4, bijlage C en D.*
- h. Wanneer mag een arts bij welke specifieke patiëntengroepen besluiten dat reanimatie überhaupt zinloos is (bijvoorbeeld bij patiënten met vergevorderde Alzheimer)? *Zie H2.*
- i. Wat is de rechtsgeldigheid van een niet-reanimerenverklaring en dat van een reanimatiebesluit en hoe moeten deze worden vastgelegd? *Zie H3.*
- j. Hoe moeten reanimatiebesluiten tot stand komen? *Zie H3.*
- k. Moet het reanimatiebesluit expliciet met de patiënt of zijn vertegenwoordiger besproken worden? *Zie H3.*
- l. Welke zeggenschap hebben de patiënt, zijn vertegenwoordiger of naasten? *Zie H3.*
- m. Hoe verhoudt een individueel reanimatiebesluit zich tot protocollair handelen van bijvoorbeeld de ambulancezorg? *Zie H3.*
- n. In hoeverre moet de reanimerende zorgprofessional het individuele reanimatiebesluit verifiëren voorafgaand aan reanimatie bij acute situaties? *Zie H3.*
- o. Is de zorgaanbieder verplicht uitvoering van individuele reanimatiebesluiten van patiënten te garanderen? *Zie H3.*

- p. In hoeverre is collectief reanimatiebeleid van de zorgaanbieder voor groepen patiënten toegestaan? *Zie H3.*
- q. Is een onderscheidend reanimatiebeleid naar groepen toegestaan: patiënten, bezoekers, medewerkers, passanten? *Zie H3.*
- r. Mogen bedrijfshulpverleners (BHV-ers) ingezet worden voor reanimatie van patiënten, bezoekers en passanten? *Zie H5.*

#### **Hoofdstuk 4**

##### **Gespreksvoering over anticiperende besluitvorming bij individuele ouderen**

- a. Wat vinden kwetsbare ouderen en hun naasten van de gespreksvoering over reanimatie? *Zie H4.*
- b. Op welk moment moet welke discipline met de patiënt zijn reanimatiewens en reanimatiemogelijkheden bespreken? *Zie H4, bijlage C.*
- c. Wat zou de inhoud en het verloop van dit gesprek kunnen zijn? *Zie H4, bijlage C en D.*
- d. Welke discipline heeft welke rol bij de besluitvorming en communicatie over reanimatie in de thuissituatie, het verzorgingshuis en het verpleeghuis? *Zie H3 en LESA.*
- e. Hoe kan bij besluitvorming worden omgegaan met verschil van mening tussen 1) arts en patiënt/ vertegenwoordiger, tussen 2) patiënt en familie, tussen 3) professionals onderling en tussen 4) professionals en zorgaanbieder? *Zie H3, H4 en bijlage C en D.*

#### **Hoofdstuk 5**

##### **Randvoorwaarden voor uitvoering van reanimeren**

- a. Welke algemene communicatie (doelgroep, timing, inhoud, wijze) is nodig voortvloeiend uit het mogelijk reanimatiebeleid van de zorgaanbieder (per zorgsetting)? *Zie H5.*
- b. Hoe kan omgegaan worden met een eventueel spanningsveld tussen het individuele reanimatiebesluit, professionals en instellingsbeleid: gevolgen voor communicatie? *Zie H5.*
- c. Op welke wijze zou idealiter na een reanimatiesituatie gecommuniceerd kunnen worden met betrokkenen (patiënten), vertegenwoordigers, naasten, medebewoners, zorgprofessionals? *Zie H5.*
- d. Welke disciplines zijn bevoegd en bekwaam om reanimatie te starten of te staken per zorgsetting? *Zie meest recente richtlijn Nederlandse Reanimatie Raad (NRR).*
- e. Hoe kan de zorgprofessional handelen als er (nog) geen reanimatiebesluit of verklaring bekend is? *Zie H3.*
- f. Hoe kan een zorgprofessional vaststellen of het zinvol is reanimatie te starten? *Zie meest recente richtlijn Nederlandse Reanimatie Raad (NRR).*
- g. Wanneer mag de reanimerende zorgprofessional reanimatie stoppen? *Zie H3 en meest recente richtlijn Nederlandse Reanimatie Raad (NRR).*
- h. Welke disciplines (met welke opleidings- en functieniveaus) zijn in welke zorgsetting betrokken bij de besluitvorming, communicatie en uitvoering van reanimatie? *Zie H3 en LESA.*
- i. Welke taken en bevoegdheden hebben de verschillende disciplines per zorgsetting met betrekking tot het bespreken en vastleggen van een reanimatiebesluit, met betrekking tot het uitvoeren van een reanimatiebesluit, met betrekking tot het uitvoeren van reanimatie? *Zie H3 en LESA.*
- j. Hoe kan het management het reanimatiebeleid optimaal faciliteren en communiceren? *Zie H5.*
- k. Hoe kan het reanimatiebesluit het meest optimaal overgedragen worden aan (op)volgende zorgprofessionals, huisartsenpost en ambulancezorg en met welke middelen (wie verantwoordelijk)? *Zie H3 en LESA.*
- l. Welke reanimatiekennis en -vaardigheden zijn minimaal vereist voor diegenen die bij de zorgverlening betrokken zijn? *Zie vereisten Nederlandse Reanimatie Raad (NRR).*

- m. Is aan te geven hoeveel zorgverleners minimaal Basic Life Support (BLS) competent moeten zijn? En hoe (vaak) moeten zij daarvoor scholing volgen om competent te blijven? *Zie H5 en vereisten Nederlandse Reanimatie Raad (NRR).*
- n. Welke middelen moeten in welke mate op welke wijze beschikbaar zijn (AED, mondmasker etc.)? *Zie H5.*
- o. Hoe kunnen reanimatiebesluiten optimaal toegankelijk zijn (per zorgsetting)? *Zie H3 en LESA.*
- p. Welke mogelijke oplossingen zijn er te vinden voor lastige situaties: toegankelijkheid reanimatiebesluit als bewoner buiten vaste zorgsetting is, consequenties reanimatiebeleid voor bezoekers en medewerkers zelf? *Zie H3.*

# Incidentie circulatiestilstand

## en uitkomsten van reanimatie buiten het ziekenhuis (OHCA) bij Nederlandse volwassenen

Het CBO-evidencerapport dat voor de onderbouwing van deze richtlijn is opgesteld betreft alleen wetenschappelijke studies over uitkomsten van reanimatie bij ouderen of bij mensen met comorbiditeit die gepubliceerd zijn in (inter-)nationale wetenschappelijke tijdschriften tussen 2000 en oktober 2011. Nederlandse studies zijn daardoor niet meegenomen in het CBO-evidencerapport, omdat deze voor óf na genoemde tijdsperiode gepubliceerd zijn óf omdat deze op andere wijze dan in een wetenschappelijk tijdschrift gepubliceerd zijn waarbij de achterliggende gegevens niet vermeld worden. Achteraf is besloten ook relevante uitkomsten over OHCA uit die missende Nederlandse studies te benoemen. Overigens bevatten die Nederlandse studies meestal alleen uitkomsten bij de algemene bevolking en nauwelijks over uitkomsten bij ouderen en/of comorbiditeit.

**Tabel B.1** – Incidentie circulatiestilstand buiten het ziekenhuis (OHCA) in Nederland

Auteurs	Tijdperiode / gebied	Incidentie circulatiestilstand per 1000 inwoners	Locatie circulatiestilstand in thuissituatie of langere termijninstelling	Bijzonderheden
Beesems (Hartstichting 2012)	2006-2011 Noord Holland, Twente 2010-2011	NH 0.72-0.77 Tw 0.56-0.52	Thuis (NH 66%, Tw 70%) of in een instelling voor langdurige zorg (NH 4%, Tw 3%)	Geen info comorbiditeit, onderzoekers twijfel representatie voor heel NL
Koster (Hartstichting 2009)	2006-2008 in Noord Holland	0.69	Thuis (66%) of in een instelling voor langdurige zorg (4%)	-
Straus (2004)	1996-2000 huisartsendatabase (IPCI) NL	0.92	Thuis (75,9 %), geen data instellingen voor langdurige zorg in deze database	> 80 jaar 8.53 per 1000
Gorgels (2003)	1997-2000 in Maastricht en omgeving uit huisartsendatabase	0.92	Geen gegevens	75+ geëxcludeerd
Waalewijn (1998)	1995-1997 in Amsterdam en omgeving	0.6	Thuis (54%) of in een instelling voor langdurige zorg (1%)	-
De Vreede-Swagemakers (1997)	1991-1994 in Maastricht en omgeving uit huisartsendatabase	0.97	Thuis (80%), geen data instellingen voor langdurige zorg in deze database	Hogere incidentie in leeftijdsgroep vrouwen 65-74 (75+ geëxcludeerd)

**Tabel B.2 – Uitkomsten reanimatie buiten het ziekenhuis (OHCA) in Nederland**

1e auteur	Tijdperiode / gebied	Leeftijd	Incidentie circulatiestilstand per 1000 inwoners	Overleving (% levend het ziekenhuis verlaten)	Geen tot milde neurologische schade: CPC 1-2	Bijzonderheden na reanimatie
Beesems (Hartstichting 2012)	2006-2011 Noord Holland, Twente 2010-2011	>18 (gem 65.6)	NH 0.72-0.77 Tw 0.56-0.52	20,2% [18-23%]	-	Geen info comorbiditeit, onderzoekers twijfel representatie voor heel NL
Berdowski (2011)	2006-2009 in Noord Holland	Alle - onsite AED gem. 61 - dispatch AED gem. 65 - no AED gem. 66		AED gebruik: Onsite 51% Dispatched 18% no AED 16%	CPC ≤2 Onsite 50% Dispatched 17% No AED 14%	AED-gebruik: Onsite 5% Dispatched 17% no AED 79%
Koster (Hartstichting 2009)	2006-2008 in Noord Holland	Alle	0.69	6,3% zonder ooggetuige	-	NB
Berdowski (Hartstichting 2006)	2005-2006 in Noord Holland	Alle, gem. 65,8		gem. 16,6% met ooggetuige 19,6%, zonder ooggetuige 6,1%	89% CPC ≤2	
Van Alem (AJC jan 2004)	1995-1997/ 2000-2002 Amsterdam eo	Alle, gem. 62 70% comorbiditeit		12%		77% onafhankelijk 85% fysiek normaal 87% psychosoc normaal 84% cognitief normaal Trend bij 70+ en vrouwen slechtere uitkomst fysiek functioneren tov bevolking
Van Alem (AHJ sept 2004)	2000-2002 Amsterdam eo	Alle, gem. 63		23,4% met ooggetuige	58% cogn unimpaired	81% ADL onafhankelijk
Kuilman (1999)	1988-1994 Rotterdam	Alle		31%	-	88% van 31% levend na 1 jaar
Waalwijk (1998)	1995-1997 in Amsterdam en omgeving	Alle	0.6	1% zonder ooggetuige 11% met ooggetuige	4,5%	Ouderen > 60 hebben een kleinere overlevingskans namelijk 7% en 1,2% CPC >2
De Vreede-Swagemakers (1997)	1991-1994 in Maastricht eo uit huisartsen-database	20-75	0.97	6,2%	-	75+ geëxcludeerd

# Aandachtspunten

## voor shared decision making bij reanimatie

De volgende aandachtspunten vormen een samenvatting van de gespreksthema's van Frank (2003), het gespreksmodel van Von Gunten (2000), de handreiking 'Tijdig praten over het levenseinde' (KNMG 2011), de Handreiking Begrippen en Zorgvuldigheidseisen met betrekking tot de besluitvorming rond het levenseinde (NVVA 2007) en constatering van de auteurs van de artikelen die in de literatuurlijst voor hoofdstuk 4 beschreven worden.

### *Uitgangspunten*

- Hanteer een flexibele benadering bij besluitvorming en streef naar gezamenlijke besluitvorming.
- Wees er op alert of patiëntvoorkeuren negatief beïnvloed kunnen zijn door een huidig (goed behandelbare) depressie, psychologische crisis of gezondheidsprobleem.

### *Vorbereiding*

- Stel de patiënt/vertegenwoordiger voor dat u met hem en zo mogelijk zijn naasten een gesprek voert over de door hen gewenste en mogelijke zorg rond het levenseinde om de patiënt de best mogelijke en passende zorg te kunnen bieden tot en met zijn overlijden.
- Leid dit gesprek goed in door doelen en beoogde resultaten te benoemen.
- Lees het medisch dossier van de patiënt en zorg voor voldoende ruimte (tijd en plaats) en een geschikt tijdstip (geschikt moment op de dag voor de patiënt en de naasten die de patiënt bij het gesprek wil betrekken).
- Bepaal van te voren welke punten u wilt bespreken met de patiënt en betrek bij voorkeur informatie van andere relevante betrokken collega's/zorgverleners die de patiënt goed kennen.
- Beoordeel het besluitvormingsvermogen van de patiënt en betrek bij zijn verminderde wilsonbekwaamheid zowel de vertegenwoordiger als zo mogelijk de patiënt zelf.

### *Inhoud van gesprekken over reanimatie*

- Stel met de patiënt vast wat deze wel of niet wil weten. Conform de WGBO heeft de patiënt recht op informatie maar ook het recht bepaalde informatie te weigeren.
- Ga met open vragen na wat de patiënt en zijn naasten weten over de situatie van de patiënt (huidige gezondheid, prognose etc.). Ga ook na welke doelen de patiënt bij de zorg heeft. Start met open vragen naar de behoeftes en verwachtingen van de patiënt en zijn naasten zoals 'Wat is nu het belangrijkste voor u?' en 'Waar hoopt u op?'
- Vraag de patiënt in eigen woorden het volgende te omschrijven: de kans op overleving, mogelijke complicaties en gevolgen van reanimatie en gevolgen van niet-reanimatie.
- Geef heldere en concrete informatie met begrip voor mogelijke emoties. Structureer en faseer deze informatie. Bespreek daarbij:
  - a) huidige gezondheidssituatie en prognose voor de patiënt
  - b) behandel(on)mogelijkheden in de huidige situatie
  - c) kansen op circulatiestilstand
  - d) het proces van reanimatie
  - e) kans op overleving na reanimatie: *zie informatie over overlevingskansen in hoofdstuk 2*
  - f) mogelijke complicaties: rib- en borstbeenfracturen, kneuzingen aan de borstkas, brandwonden van de defibrillator, neurologische schade, schade aan buik, longen, lippen en tanden
  - g) mogelijke schade na reanimatie: CVA, hersenletsel, fracturen, coma
  - h) gevolgen van overlijden door niet-reanimeren (in eigen omgeving) en de gang van zaken daarna.

- Benoem haalbare behandeldoelen. Vermeld ook welke zorg de patiënt krijgt ook als besloten wordt niet te reanimeren.
- Pas de uitleg van de informatie aan het begripsvermogen en taalgebruik van de patiënt en zijn naasten aan. Vat regelmatig samen en las pauzes in om de aanwezige(n) in staat te stellen informatie te verwerken. Doseer informatie in het gesprek en eventueel over een aantal gesprekken. Benut de vertrouwensrol van naasten.
- Reageer op emoties: gesprekken over de zorg en de eindigheid van het bestaan roepen verschillende reacties op bij de patiënt en naasten. Luister hier rustig en met aandacht naar.
- Geef de patiënt en zijn naasten de ruimte om wensen, opvattingen, persoonlijke waarden, eerdere ervaringen, religieuze overtuigingen, angsten en zorgen over het levenseinde te uiten. Meestal kan het gesprek weer verder opgepakt worden zodra de patiënt en/of zijn naasten hun emotie hebben kunnen uitdrukken. Als de arts hierop met respect en steun reageert, verstevigt dit meestal de arts-patiëntrelatie. Als mensen vasthouden aan onrealistische doelen en verwachtingen kan de arts bij medisch zinloos handelen de grenzen van de zorgverlening aangeven en wijzen op de consequenties van de denktrant van de patiënt en/of familie. Hij kan de discussie afronden met een zin als 'we hopen op een zo goed mogelijk leven en daarom moeten we ook nadenken over de situatie waarin de gezondheid van de patiënt sterk verslechtert'. Om te voorkomen dat de patiënt onbedoeld toch angstig wordt, kan de arts aangeven dat hij voor de patiënt 'de beste zorg wil geven tot en met de dag dat hij sterft'.
- Stel samen opnieuw de doelen en prioriteiten voor behandeling en zorg vast. Normaliter is de medische behandeling gericht op levensverlenging. Bij zorg rond het levenseinde is het doel eerder kwaliteit van leven. Dat kan ook betekenen dat besloten wordt tot behandelbeperkingen die het leven bekorten. Als de eerdere emoties en eventuele vragen verhinderen dat deze tegenstrijdig lijkende doelen en prioriteiten besproken worden, maak dan een afspraak voor een vervolgesprek.
- Laat patiënt aangeven of hij voorkeur heeft voor niet of wel reanimeren.
- Verifieer of patiënt/vertegenwoordiger de gegeven feitelijke informatie begrijpt, consequenties van een wel of niet-reanimatiebesluit kan overzien en beseft dat de keuze om niet te reanimeren de dood als gevolg heeft en dat deze vrijwillig instemt met het voorgenomen anticiperend besluit.
- Herhaal het reanimatiebesluit en verifieer of dit strookt met de opvattingen van de patiënt.
- Bepaal het behandelplan, leg dit vast op een goed herkenbare en toegankelijke wijze in het dossier en eventuele zorgmap en informeer andere betrokken zorgverleners hierover. De arts zorgt ook voor goed herkenbare vastlegging in het dossier van de patiënt. Deze arts is daarbij verantwoordelijk voor actualisatie en moet overdracht van het reanimatiebesluit mogelijk maken. Bij vervoer per ambulance of overplaatsing naar een andere zorgsetting moet het reanimatiebesluit expliciet in de overdracht vermeld worden.

Er kunnen verschillende *belemmeringen* optreden bij het bespreken van reanimatie. Broekman (2002) reikt daarvoor de volgende oplossingen aan:

- Het onvermogen van patiënten om te communiceren door beperkingen in hun neurologische, communicatieve, emotionele of intellectuele functioneren. In dat geval kan de arts hierover met de vertegenwoordiger van de patiënt spreken waarbij de arts duidelijk maakt dat de vertegenwoordiger de mening van de patiënt moet proberen te verwoorden en niet de mening van de vertegenwoordiger zelf. De werkgroep merkt op dat het zinvol is daar toch de patiënt zelf zoveel mogelijk bij te betrekken.
- Gebrek aan ziekte-inzicht bij patiënten. Van belang is dat de arts hen informeert over diagnose en prognose. Vervolgens kan hij - eventueel in een volgend gesprek - de patiënt informeren over de kans op een circulatiestilstand en over de mogelijke kans op overleving en kwaliteit van leven na reanimatie.

- Onwil van patiënt om te streven naar overleg. Dit kan veroorzaakt worden door zijn wijze van omgaan met problemen ('coping-stijl'), zijn gemoedstoestand (bijvoorbeeld bij depressie), een passieve levenshouding ('de arts moet beslissen'), zijn religieuze overtuiging ('alleen God beslist over leven en dood') of hun etnische achtergrond (in veel culturen blijven zaken van leven en dood onbesproken). Belangrijk is dat de arts wel de weerstand van de patiënt bespreekbaar maakt en kijkt of de patiënt toch een partner in de besluitvorming kan worden.
- Onvermogen van artsen om te communiceren. Gesprekken over reanimatie vragen om goede communicatieve en empathische vaardigheden. Hiervoor kan het eerder besproken gespreksmodel van Von Gunten gebruikt worden en/of een communicatietraining gevolgd worden.
- Gebrek aan kennis bij artsen over kans op circulatiestilstand, kans op overleving bij reanimatie en kwaliteit van leven na reanimatie. *Hierover is in hoofdstuk 2 meer informatie te vinden.*
- Onwil van artsen om reanimatie te bespreken, bijvoorbeeld uit onzekerheid over het verloop van de ziekte. Hoewel dit voorstelbaar is, vloeit uit de WGBO voort dat reanimatie met iedere patiënt wordt besproken. In ieder geval als er sprake is van een verhoogde kans op een circulatiestilstand. Dit is bij kwetsbare ouderen vaak het geval.

#### *Interculturele communicatie over zorg rond het levenseinde en reanimatie*

De Graaff (2012) stelt dat het bij gespreksvoering met mensen van niet-Nederlandse herkomst belangrijk is te realiseren dat het niet in alle culturen of religies gebruikelijk is om de patiënt direct met zijn diagnose en prognose te confronteren. Daarom adviseert zij te starten met de vraag wat de patiënt weet en wat deze wil weten over zijn gezondheidssituatie en welke wensen hij/zij heeft over de zorg. Belangrijk is dat de patiënt en zijn familie gerustgesteld worden dat alle zorg geboden wordt die mogelijk is in zijn situatie. Uiteraard mag de patiënt informatie of betrokkenheid weigeren bij besluitvorming over reanimatie. Het is dan wel zinvol te vermelden dat het niet bespreken van verwachte (ernstige) gebeurtenissen, problemen kan geven als zich toch een incident voordoet.

Als de patiënt zelf geen Nederlands spreekt is het belangrijk te beseffen dat familieleden vaak het gesprek vertalen op basis van hun opvatting wat vanuit de onderlinge familieverhoudingen respectvol is om met de patiënt te communiceren. Zo kan een mannelijk familielid soms niet op de hoogte zijn van (als schaamtevol ervaren maar medisch relevante details) de gezondheidssituatie van een vrouwelijk familielid of andersom. Het kan waardevol zijn voor dit soort gesprekken een ervaren tolk in te schakelen die gespreksonderwerpen met respect voor de culturele opvattingen en familieverhoudingen vertaalt. Overigens blijft het volgens De Graaff altijd nodig om bij zowel patiënten van Nederlandse herkomst als bij mensen van niet-Nederlandse herkomst de eigen communicatiestijl af te stemmen op de wijze waarop de patiënt en zijn familie gewend is zelf te communiceren: juist direct of eerder behoedzaam.

In de KNMG-handreiking 'Tijdig praten over het levenseinde' bespreekt medisch psycholoog Mart Calff daarnaast nog een aantal valkuilen en tips voor artsen bij de gespreksvoering over zorg rond het levenseinde. Deze worden hieronder beschreven.

#### *Overladen met informatie*

Artsen kunnen, vaak uit ongemak, niet op emoties reageren en blijven maar doorpraten. De balans moet echter doorslaan naar de patiënt, die moet het meest aan het woord zijn. Het gaat ten slotte om het krijgen van een zo duidelijk mogelijk beeld van wat de patiënt zou willen over zijn levenseinde.

#### *Uitstelgedrag*

Stel dit gesprek liever niet uit. Gun uzelf en de patiënt de tijd om samen de behandelopties in deze nieuwe situatie door te nemen en te kijken wat goede zorg is.



*Hang yourself*

Een bekende valkuil om de harde boodschap uit de weg te gaan is de hang yourself-methode. Door bijvoorbeeld de patiënt eerst maar eens te vragen of hij nog is afgefallen en nog steeds zoveel hoest. Calff: "Patiënten voelen de dreiging onbewust aan en zullen eerder geneigd zijn te vertellen hoe goed het met ze gaat waardoor het voor de slecht-nieuws-brenger alleen nog maar moeilijker wordt om het nieuws te brengen. Zeg liever direct wat er aan de hand is."

*Te snel 'ja' accepteren*

Houd in de gaten of de patiënt een weloverwogen antwoord geeft. Niet opgelucht het gesprek afronden als de patiënt direct 'ja' zegt op je vraag of je verhaal duidelijk is, maar checken wát de patiënt heeft begrepen. Juist in emotionele gesprekken.

*Omgaan met ontkenning*

Noem iets niet te snel ontkennen. Het feit dat iemand aangeeft niet met u over het naderend einde te willen spreken, hoeft niet te betekenen dat hij het bericht ontkent. Als er wél sprake is van ontkenning is, adviseert Mart Calff om dat uiteindelijk te accepteren en te respecteren. Mart Calff geeft aan dat zijn ervaring is dat mensen tot zich door laten dringen wat ze aankunnen. Het is wel verstandig in zo'n situatie hardop te benoemen dat de patiënt, die maar herhaalt dat hij blijft vertrouwen in een goede afloop, u als het ware een volmacht geeft om te handelen zoals het u goeddunkt.

*Te veel meeleven?*

Meeleven is onlosmakelijk verbonden aan goede patiëntenzorg. Zolang u maar meent wat u zegt. En, ook belangrijk, probeer af te stemmen op de copingstijl van de patiënt. Sommigen zijn heel direct in het uiten van hun emoties, anderen kiezen meer voor een zakelijke, rationele houding. Het is vaak goed om daarop aan te sluiten.

Ook *meningsverschillen* kunnen optreden. Onderstaande beschrijving is een mogelijke aanpak.

*Meningsverschil tussen arts en patiënt/vertegenwoordiger*

Deze verschillende opvattingen over de zin(loosheid) van medisch handelen zijn vaak gebaseerd op misverstanden, beperkte aandacht voor de emotionele reactie van de familie of de arts over het (mogelijke) sterven van de patiënt of een conflict over de waarden/overtuigingen in plaats van een meningsverschil over de medische feiten (Von Gunten, 2000). Vaak helpt het samen te richten op wat de patiënt nodig heeft en welke zorg wordt geboden. Ook kan geadviseerd worden een andere arts te raadplegen voor second opinion over de medische beoordeling van de proportionaliteit van een eventuele reanimatie. Daarmee kan een patstelling voorkomen worden en wordt verdere besluitvorming, hoe deze ook uitvalt, zorgvuldiger voorbereid.

*Meningsverschil tussen de wilsbekwame patiënt en zijn familie*

Als er verschil van mening is tussen de wilsbekwame patiënt en zijn familie over de (niet-)reanimatiewens is de mening van de patiënt doorslaggevend. In het rapport over het Nederlandse KOPPEL-onderzoek wordt een uitspraak van een arts geciteerd die geconfronteerd wordt met verschil van mening van de familie over de wilsverklaring van de patiënt: "Luister eens, jullie vader heeft het eigenlijk heel gemakkelijk gemaakt en heeft de last van het moeten nemen van een beslissing al van jullie schouders gehaald. Met alle respect voor wat jullie vinden als familie, wat je voelt als familie dat je van hem houdt en hem niet kwijt wil. Daar heb ik allemaal respect voor, maar het spijt mij erg, ik moet mij aan de wens van meneer houden".

*Meningsverschil tussen professionals onderling*

Het streven is in een open discussie argumenten uit te wisselen over medisch zinvol handelen die niet tegen de wil van de patiënt ingaan. Als het niet lukt om tot overeenstemming te komen, prevaleert de mening van de behandelend arts. Bij verschil van mening tussen betrokken behandelaars prevaleert de mening van de hoofdbehandelaar.

# Literatuurbeschoouwing

## over gespreksvoering over reanimatie

### D1. Patiënten en hun vertegenwoordigers over anticiperende besluitvorming

Er zijn veel internationale studies naar de opvattingen en voorkeuren van patiënten en hun vertegenwoordigers over reanimatie en hun ervaring met gesprekken over reanimatie. Hun opvattingen blijken beïnvloed door verschillende factoren en door de inhoud en wijze van gespreksvoering over reanimatie. Deze paragraaf beschrijft deze factoren en ervaringen met besluitvorming.

#### *Eigen initiatief patiënt*

Uit verschillende (inter)nationale onderzoeken blijkt dat chronisch zieke patiënten aangeven eerder te hebben nagedacht over hun wensen rond reanimatie (Heyland 2006) en circa eenderde heeft daarover een wilsverklaring opgesteld (Golin 2000; Thorevska, 2005).

In een Nederlands onderzoek zegt 48% van de volwassenen over de wenselijkheid van reanimatie te hebben nagedacht en 4% een wilsverklaring te hebben opgesteld (Van Delden 2011). Toch blijkt slechts een deel van de oudere patiënten zelf deze voorkeur te bespreken met hun eigen arts. Circa 6-9% thuiswonende zieke ouderen (van Mill 2000; Laakkonen 2005) besprak hun reanimatievoorkeur of wilsverklaring met de arts. Dit geldt voor 12-45% van de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen (O'Brien 1995; Schonwetter 1993) en 2,5-50% van de (oudere) chronische zieken die opgenomen worden in ziekenhuizen (Formiga 2004; Thorevska, 2005; Phillips 1996; Heyland 2006; Bressers 2011; Golin 2000). In het onderzoek van Formiga geeft 70% van de oudere ziekenhuispatiënten aan de relatie met de arts als goed te ervaren terwijl slechts 2,5% zelf hun reanimatievoorkeur met de arts besprak. Mogelijk is een verklaring hiervoor te vinden in de onderzoeken van Vandrevela (2002; 2006), waarin gezonde ouderen aangeven dat zij ambivalent zijn om met hun arts over een gevoelig onderwerp als reanimatie te spreken. Zij geven aan bang te zijn dat artsen - door hun medische opleiding en professionele standaarden - eerder gericht zijn op levensverlenging dan kwaliteit van leven voor de patiënt zelf. Ook denken zij dat artsen moeite hebben met gesprekken over het levenseinde uit angst de patiënt psychisch te beschadigen. Ouderen benoemen in deze onderzoeken als belangrijke issues bij het bespreken van reanimatie de waardigheid van het sterven, de kwaliteit van leven, behoud van autonomie en angst voor ageism (angst om vanwege ouderdom als last gezien te worden wat tot onderbehandeling zou kunnen leiden).

#### *Gewenste timing gesprek*

Uit onderzoek naar gespreksvoering over reanimatie bij ernstig zieke ziekenhuispatiënten vond Deep (2008) dat driekwart van de gesprekken over reanimatievoorkeuren plaatsvond tijdens de anamnese en het lichamelijk onderzoek na opname. Daarbij ervoeren ondervraagde patiënten het standaard vragen naar reanimatievoorkeuren als onpersoonlijk en procedurematig. Happ (2002) benadrukt dat ouderen en hun familie het gevoel moeten krijgen dat behandelbeperkingen niet leiden tot verwaarlozing, maar tegemoet komt aan hun fysieke, psychische, emotionele en spirituele comfort. Tijdige bespreking van zorg rond het levenseinde, inclusief reanimatie, moet plaatsvinden voordat ouderen ernstig ziek en/of opgenomen worden of door cognitieve beperkingen wilsonbekwaam worden (Lacey 2006). Daarom is het relevant dat gespreksvoering over reanimatie start als ouderen nog relatief gezond en wilsbekwaam zijn, voorafgaand aan opname in ziekenhuis, verzorgingshuis of verpleeghuis (Nahm 2001; Broekman 2002; Krediet 2009). Janssen (2011) en Von Gunten (2000) stellen dat bespreking van de zorg rond het levenseinde, inclusief reanimatie, het mogelijk maakt

dat deze zorg beter past bij de behoeften van de patiënt en daarnaast stress, angst en depressie bij patiënten en familieleden voorkomt. Tegelijkertijd draagt het bij aan tevredenheid van patiënten en familie over de zorg, omdat dit beter is afgestemd op de behoeften van patiënten. Mogelijk voorkomt dit ook de door Cadogan (2010) genoemde schuldgevoelens van familieleden die kunnen optreden als deze beslissingen moeten nemen voor de wilsonbekwame patiënt, waarbij zij moeten oordelen over zijn kwaliteit van het leven.

Frank (2003) schetst in zijn review onderstaande aangrijpingspunten voor een gesprek over reanimatie:

#### *Directe aanleidingen*

- naderende dood;
- geuite wens te sterven;
- vragen over terminale of palliatieve zorg;
- recente ziekenhuisopname voor een ernstige progressieve ziekte;
- ernstig lijden met een slechte prognose.

#### *Aanleidingen binnen de reguliere behandeling*

- gesprekken over prognose;
- gesprekken over behandeling met lage kans van slagen;
- gesprekken over wensen of angsten rondom het levenseinde;
- de inschatting van de arts dat de patiënt binnen 6-12 maanden kan overlijden.

In de palliatieve zorg wordt de zogenoemde surprise question gebruikt om gesprekken over de zorg van het levenseinde te plannen. Hierbij vraagt de arts (of een andere hulpverlener) zich af of hij verbaasd zou zijn wanneer een patiënt het komende jaar zal overlijden. Wanneer de arts deze vraag met nee beantwoordt kan dit het signaal zijn om anticiperende besluitvorming te initiëren (Hubbard 2011; Murray 2011; Moss 2008 en 2010).

#### *Voorkeuren en kennis over reanimatie*

Er is veel onderzoek gedaan naar de reanimatievoorkeuren van oudere patiënten. In een review van Frank (2003) blijkt 55-92% van de oudere ziekenhuispatiënten wel gereanimeerd te willen worden. Slechts 38% wil dit echter onder alle omstandigheden. Dit geldt voor 60% voor de verpleeghuisbewoners (O'Brien 1995) en 52% van de thuiswonende ouderen met een chronische aandoening (Laakkonen 2005).

In andere onderzoeken meldt 48% van de thuiswonende ouderen met een chronische aandoening (Laakkonen 2005), 28-80% van de oudere ziekenhuispatiënten (Phillips 1996; Formiga 2004; O'Donnell 2003; Somogyi-Zalud 2002) en 53% voor de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen (Nahm 2001) juist niet gereanimeerd te willen worden. De meeste ouderen en hun familieleden hebben echter beperkte kennis over de wijze waarop reanimatie verloopt (Agard 2000; Thorevska 2005; Almoosa 2009) en overschatten het succes daarvan (Agard 2000; van Mill 2000; Heyland 2006). Overigens overschatten ook gezonde volwassenen de succeskans van reanimatie (Marco 2002; Thoren 2004). Niet alle patiënten krijgen (evenveel) informatie over het proces en de uitkomst van reanimatie (Frank 2003; Gaber 2004; Bressers 2011). Zodra ouderen realistische informatie krijgen over het proces en de succeskans van reanimatie kiezen zij vaker voor niet-reanimeren. O'Brien (1995) rapporteert dat het percentage verpleeghuisbewoners dat kiest voor niet-reanimeren na realistische informatie steeg van 40% naar 55%. Bij thuiswonende en ziekenhuispatiënten constateerden van Mill (2000) dat 65% van hen na realistische informatie over de succeskans niet gereanimeerd wil worden. Ook 29% van de thuiswonende COPD-patiënten (Gaber 2004) en 44% van de ziekenhuispatiënten (Thorevska 2005) kozen na ontvangst van realistisch informatie voor niet-reanimeren.

Niet alleen realistische informatie maar ook andere factoren bepalen de reanimatievoorkeur. Dat verklaart ook waarom de voorkeur kan veranderen. Janssen (2011) vond dat 38,3% van de reanimatievoorkeuren van de chronisch zieke patiënten binnen het jaar verandert vanwege wijziging in de eigen gezondheids- of leefsituatie. Ook de tijdsgeest lijkt reanimatievoorkeuren te kunnen beïnvloeden. Iers onderzoek toont aan dat ouderen vaker voor reanimatie kiezen dan 15 jaar eerder (Cotter 2009). Anderen zoals Cooper-Kazaz (1999) spreken over stabiele reanimatievoorkeuren van vertegenwoordigers van inmiddels overleden terminaal zieke patiënten als over dezelfde uitgangssituatie geoordeeld wordt. Uiteraard kunnen voorkeuren wijzigen door veranderingen in gezondheids- en leefsituatie. Dat vraagt om regelmatige- zo mogelijk jaarlijkse- heroverweging (Nahm 2001; Janssen 2011). Hierna beschrijven we welke factoren reanimatievoorkeuren kunnen beïnvloeden.

*Factoren bij ouderen en chronische ziekten die leiden tot de voorkeur*

*WEL-reanimeren:*

- wens te willen leven (Phillips 1999)
- eigen inschatting goede fysieke toestand (O'Brien 1995)
- waardering kwaliteit van leven (Phillips 1999; Schonwetter 1996; Laakkonen 2005)
- zinvolle relaties en gevoel nodig te zijn (Schonwetter 1996; Laakkonen 2005)
- (te) hoge inschatting overlevingskansen (Rose 2004)
- problemen in besluitvaardigheden en de opvatting dat de arts moet beslissen (O'Brien 1995)
- Afro-Amerikaanse herkomst (O'Brien 1995; Thomas 2008)

*Factoren bij ouderen en chronische ziekten die leiden tot de voorkeur*

*NIET-reanimeren:*

- eigen inschatting slechte prognose, verslechtering gezondheidstoestand (Phillips 1999; Cooper-Kazaz 1999; Janssen 2011)
- afname mobiliteit, sociale activiteiten en toename afhankelijkheid of angst daarvoor (Phillips 1999; Janssen 2011) met name bij vrouwen (van Mill 2000)
- negatieve waardering kwaliteit van leven (Laakkonen 2005)
- risico's op ernstige cognitieve beperkingen (Frank 2003; Phillips 1999)
- risico's op ernstige fysieke beperkingen (Frank 2003) en met name bij mannen de angst voor pijn (van Mill 2000)
- een terminale ziekte (Phillips 1999)
- angstige of depressieve gevoelens (Eggar 2001; Laakkonen 2005; Janssen 2011)
- het gevoel een voltooid leven te hebben (Laakkonen 2005)
- religieuze of culturele opvattingen die medisch ingrijpen in de natuurlijke levensloop afwijzen (Laakkonen 2005; Thomas 2008)
- alleenstaand of recent verlies van een partner (Laakkonen 2005; Janssen 2011)
- het gevoel geen waarde te hebben of een last te vormen voor belangrijke anderen (Vandrevela 2002)
- hoger opgeleid (Moody 2002; Thorevska 2005)
- Kaukasische herkomst (Phillips 1999; Thorevska 2005)
- vrouw met laag inkomen of uitkering (Phillips 1999)
- kosten gezondheidszorg (Phillips 1999)

Over sommige factoren zijn er tegenstrijdige bevindingen. Zo stellen Moody (2002), Laakkonen (2005) en Cotter (2009) dat hogere leeftijd wel een significante factor is terwijl Kim (2005) stelt dat niet de leeftijd, maar de eigen waardering van het leven - inclusief gezondheidstoestand en relaties- bepalend is. Ook stelt Laakkonen (2005) dat religie geen significante factor is terwijl Thorevska (2005) meldt dat protestanten eerder kiezen voor niet-reanimeren dan andere religies. Duidelijk wordt dat goede afstemming nodig is van informatie over inhoud en uitkomsten van reanimatie op de gezondheidssituatie maar ook op de doelen, waarden en voorkeuren van de individuele oudere patiënt (Rose 2004; Ten Have 2009; Janssen 2011).

### *Rol patiënt bij gespreksvoering en besluitvorming*

Hoewel artsen wettelijk verplicht zijn om patiënten en hun naasten te informeren en te betrekken bij besluitvorming over reanimatie, blijkt dat dit overleg nog niet altijd plaatsvindt. Er zijn vier studies gevonden over de **feitelijke betrokkenheid van patiënten** of hun vertegenwoordigers. Onderzoek van Van Delden (2006) maakt duidelijk dat in Nederland de betrokkenheid van patiënten bij deze besluitvorming steeg van 53% in 1990 naar 84% in 2001. Bij wilsonbekwame patiënten werd 5-37% van de familieleden door hun arts niet betrokken bij het nemen van niet-reanimatiebesluiten. Het aantal niet-reanimatiebesluiten waarbij noch de patiënt noch zijn familie betrokken werd, daalde van 28% naar 1%. Nederlandse artsen betrekken daarmee hun patiënten of zijn vertegenwoordigers vaker dan in 5 andere Europese landen. In internationaal onderzoek noemt Harkness (2006) dat maar 25% van de patiënten opgenomen op de afdeling geriatrie van een ziekenhuis, betrokken wordt bij anticiperende besluiten over reanimeren. Fairchild (2005) noemt een feitelijke betrokkenheid van 41,4% van de mensen met kanker en Almoosa (2009) noemt dat 50% van de vertegenwoordigers van ernstig zieke patiënten op een ICU betrokken is bij anticiperende besluitvorming over reanimatie.

Er zijn meer studies naar de **gewenste betrokkenheid van patiënten**. Het merendeel (45-94%) van de oudere patiënten wil betrokken zijn bij anticiperende besluitvorming over reanimatie (Agard 2000; van Mill 2000; Frank 2003; Laakkonen 2005; Heyland 2006; Cotter 2009; Baarssen 2010; Stalmeier 2009; Manisty 2003; Bressers 2011). In recentere studies lijkt deze behoefte sterker te worden; 80-94% wenst namelijk betrokken te worden. Oudere en chronisch zieke patiënten geven de voorkeur aan gedeelde besluitvorming (shared decision making). Arts en patiënt beslissen dan samen of overleving na reanimatie mogelijk is (inbreng arts) en wenselijk is (inbreng patiënt). Dat geldt ook voor de vertegenwoordigers van patiënten (Heyland 2006; Almoosa 2009; Bressers 2011). Alleen Kim (2005) vindt dat slechts 23% van de ernstig zieke ziekenhuispatiënten met pijn betrokken wil zijn bij besluitvorming. Zij ziet dat de volgende factoren daarin niet significant verschillen: ervaren kwaliteit van leven; mate van angst of depressie; ernst van de pijn; dagelijkse activiteiten; leeftijd of bestaan van vertegenwoordigers. Cotter (2009) benoemt het effect van de tijdgeest: nu wil 94% van de patiënten betrokken zijn terwijl dat 15 jaar eerder nog slechts 39% was.

Het merendeel (70-98%) van de patiënten is net zoals hun vertegenwoordigers positief over het initiatief van de arts om reanimatie te bespreken (Agard 2000; Gaber 2004; Almoosa 2009; Bressers 2011). Ook uit het review van Frank (2003) blijkt dat de meeste patiënten zich hier niet ongemakkelijk over voelen. Alleen Heyland (2006) rapporteert dat ruim eenderde (37%) van de opgenomen ziekenhuispatiënten met een gevorderde ziekte niet met de arts over hun reanimatievoorkeur wil praten. Dit geldt vooral voor ouderen met ernstige functionele beperkingen. Johnson (2008) adviseert geen gesprek te forceren bij patiënten die - al of niet uit copingsmechanisme- niet over hun prognose of reanimatie willen praten.

### *Tevredenheid over gespreksvoering*

Gaber (2004) noemt dat alle oudere en chronisch zieke patiënten die met hun arts spraken over reanimatie hierover tevreden waren. Almoosa (2009) noemt dat 84% van de vertegenwoordigers van ernstig zieke patiënten op de ICU tevreden zijn over het reanimatiegesprek. Bressers (2011) noemt dat de onderzochte geriatrische patiënten het gesprek met de arts waardeerden met het rapportcijfer 8,2. In datzelfde onderzoek waardeerden de vertegenwoordigers van patiënten dergelijke gesprekken met het rapportcijfer 7,5. De gesprekken over reanimatie duurden gemiddeld 4,5 minuten wat door een aantal van de patiënten en vertegenwoordigers als te kort werd beschouwd. Verschillende onderzoeken noemen dat patiënten en artsen verschillende interpretaties kunnen hebben over de inhoud van verstrekte informatie (Frank 2003; Bressers 2011) en over de aard van het genomen reanimatiebesluit (Deep 2008).

## D2. Artsen, verpleegkundigen en verzorgenden over anticiperende besluitvorming

### *Ervaring met reanimatievoorkeuren van patiënten*

In het Nederlandse KOPPEL-onderzoek (Van Delden, 2011) noemt ruim 70% van de artsen dat zij van één of meer patiënten een wilsverklaring had gekregen. Van deze verklaringen betrof 72% een niet-reanimerenverklaring.

### *Betrekken van informatie van verpleegkundigen en verzorgenden*

Godkin (2004) stelt dat artsen nog nauwelijks informatie van verpleegkundigen betrekken bij besluitvorming over reanimatie. In Nederland stelt Van Delden (1993) vast dat bij 70% van de reanimatiebesluiten voor ziekenhuispatiënten informatie betrokken was vanuit de verpleging.

### *Ervaring met gespreksvoering over reanimatie*

In het KOPPEL-onderzoek had 93% van de artsen die een wilsverklaring kregen, hierover een gesprek gehad met de patiënt en de wilsverklaring in het archief opgeborgen, 73% had de patiënt geadviseerd naasten hierover te informeren. Bijna de helft (48%) van de geënquêteerde verpleegkundigen en verzorgenden had met één of meer patiënten gesproken over een niet-reanimerenverklaring. Bijna alle (96%) verpleegkundigen en verzorgenden namen in dit geval contact op met de arts. Verder luisterden zij vooral naar de patiënt (93%), adviseerden zij de patiënt de wilsverklaring met de arts te bespreken (90%) en schreven zij hierover in het zorgdossier (85%). Ook nam 59-60% hierover contact op met een collega of leidinggevenden en of gaf uitleg over de procedure, 34% moedigde de patiënt aan om een schriftelijke wilsverklaring op te stellen en 1% ontraadde dat.

### *Gegeven informatie en reanimatievoorkeuren*

Eerder werd duidelijk dat reanimatievoorkeuren van patiënten sterk beïnvloed worden door gegeven informatie over de inhoud van reanimatie en de succeskans daarvan. Weinig studies hebben gekeken welke informatie hierover feitelijk is gegeven. Ook het review van Frank (2003) noemt dat gegeven informatie vaak inconsequent is. In het onderzoek van Bressers (2011) melden de ondervraagde artsen aan 35% van de patiënten informatie te hebben gegeven over de inhoud van reanimatie en aan 38% over het proces van reanimatie. De ondervraagde patiënten in datzelfde onderzoek meldden overigens dat zij vaker informatie over de inhoud (47%) en succeskans (42%) zouden hebben gekregen.

### *Factoren bij zorgverleners die gespreksvoering en reanimeren beïnvloeden*

Persoonlijke opvattingen, communicatie- en empathische vaardigheden van artsen blijken van invloed te zijn op de mate waarin zij patiënten betrekken bij besluitvorming over reanimatie en op de aard van de reanimatiebesluiten (Almoosa 2009; Snyder 2010). Van belang is dat de arts laat zien dat hij de waarden, verwachtingen, overwegingen en emoties van zijn patiënt begrijpt, respecteert en daarover in gesprek wil gaan. Een zorgvuldige communicatie is belangrijk, want nooit mag de indruk ontstaan dat een patiënt niet de moeite waard is om te reanimeren. Artsen moeten kunnen uitleggen op welke medische gronden reanimatie kansloos is, wat de slaagkans is en wat de consequenties zijn van een mislukte en van een gelukte reanimatie. Uit onderzoek van O'Donell (2003) komt naar voren dat de ondervraagde artsen voor zich zelf reanimatie vaker onwenselijk achten. Ook zouden zij reanimatie voor de meeste 80-plussers onwenselijk achten op basis van de beperkte succesansen van reanimatie bij deze groep. Van der Wedden (2008) stelt dat reanimatie meer is dan een medische, levensreddende handeling en daardoor ook bij patiënten, publiek en zorgverleners sterke gevoelens oproept. Reanimatie vormt naar zijn mening een ritueel rondom de plotselinge dood dat naadloos aansluiting vindt bij de wijze waarop in onze samenleving omgegaan wordt met sterven. Door te reanimeren kan de dood een plaats krijgen. Dat verklaart misschien, naast de levensreddende kwaliteiten, het brede draagvlak voor de hedendaagse reanimatiepraktijk.

Het zeer positieve imago is van belang om reanimatie als zinvol ritueel rondom de dood te laten functioneren. Wanneer het geloof in de reanimatie als levensreddende handeling wegvalt, vallen ook de latente functies weg. Dan verandert de reanimatie in een zinloos, zelfs gewelddadig ritueel. Volgens Van der Wedden (2008) komt het in de praktijk voor dat gekozen wordt toch te reanimeren ook al is de kans op succes te verwaarlozen uit angst voor juridische consequenties en om de familie tevreden te stellen.

#### *Aantal patiënten waarvoor (niet)reanimatiebesluiten genomen zijn*

In Nederland steeg het aantal patiënten waarvoor een individueel niet-reanimatiebesluit was genomen voorafgegaan door een andere levenseinde beslissing van 56% in 1990 naar 70% in 2001 (Van Delden 2006). In het zelfde tijdsbestek daalde het aantal institutionele niet-reanimatiebesluiten van 11% naar 9% en het aantal personen waarvoor geen niet-reanimatiebesluit genomen was van 32% naar 21%. In buitenlands onderzoek vond Grudzen (2009) dat voor 6% van de volwassenen een niet-reanimatiebesluit was opgesteld. Bij zieke ouderen worden vaker niet-reanimatiebesluiten opgesteld. Voor patiënten van een geriatri-sche ziekenhuisafdeling varieert dit van 36% (Harkness 2006) tot 70% (Bressers 2011). Voor bewoners van verzorgings- of verpleeghuizen varieert dit van 74% (Levin 1999) tot 83% (Biola 2010). Schamp (2006) vond dat voor thuiswonende ouderen het aantal niet-reanimatiebesluiten steeg van 22% naar 66%, nadat een systematische methode was geïmplementeerd om wensen van ouderen over de zorg tegen het levenseinde vast te leggen.

#### *Vastlegging en overdracht wilsverklaring en/of reanimatiebesluit*

Niet alleen is het van belang om zorgvuldig met de patiënten en hun vertegenwoordigers tot reanimatiebesluiten te komen. Ook is het belangrijk deze besluiten net zoals wilsverklaringen over te dragen aan andere zorgverleners. In het Nederlandse KOPPEL-onderzoek stelt 26% van de medisch specialisten, 22% van de specialisten ouderengeneeskunde en 5% van de huisartsen de wilsverklaring te vermelden bij (terug)verwijzing van of naar het ziekenhuis of een andere zorginstelling (Van Delden 2011).

Biola (2010) vond dat bij 81% van de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen die geen reanimatie wensten dit ook in hun dossier was vastgelegd. In onderzoek van Harkness (2006) wordt 33% van de familieleden van de oudere geriatri-sche ziekenhuispatiënten geïnformeerd over een genomen niet-reanimatiebesluit.

#### *Opvolgen wilsverklaring en reanimeren*

Biola (2010) vond dat bij vijf van de zeven verpleeghuisbewoners bij wie reanimatie was opgestart dit tegen de wens van de patiënt inging. Bij drie patiënten stond deze wens ook als niet-reanimatiebesluit in hun dossier. Ook Schamp (2006) vermeldt dat 4% van de reanimaties tegen de wens of het reanimatiebesluit van de patiënt ingaat. Schamp noemt als mogelijke oorzaken dat:

- 1) er geen besluiten opgesteld zijn,
- 2) er wel besluiten opgesteld zijn, maar het door de medische/ambtelijke taal onduidelijk is in welke situaties deze gelden,
- 3) de besluiten niet de waarden en doelen van de patiënt aangeven die overigens kunnen veranderen in de tijd,
- 4) zorgverleners passief of actief anticiperende besluiten negeren zelfs als deze helder zijn opgesteld,
- 5) er geen monitoring plaatsvindt van de uitvoering van anticiperende besluiten zodat de consequenties verdwijnen met de overleden patiënten.



In het Nederlandse KOPPEL-onderzoek stelt circa 70% van de ondervraagde specialisten ouderengeneeskunde en 11% van de huisartsen in de afgelopen vijf jaar een situatie meegemaakt te hebben waarin een beslissing genomen moest worden bij een wilsonbekwame patiënt die in het bezit was van een schriftelijke wilsverklaring. In 77% van de gevallen werd daarbij een niet-reanimerenverklaring opgevolgd. Circa 26% van de ondervraagde verpleegkundigen en verzorgenden had de afgelopen vijf jaar een situatie meegemaakt waarin een beslissing genomen moest worden bij een wilsonbekwame patiënt die in het bezit was van een schriftelijke wilsverklaring. In 53% van de gevallen werd daarbij een niet-reanimerenverklaring opgevolgd. Meer dan 90% van de verpleegkundigen en verzorgenden die hiermee te maken hadden gehad vond dat een schriftelijke wilsverklaring opgevolgd moet worden.

Toch was circa 27% van de verpleegkundigen en verzorgenden die meegemaakt had dat de schriftelijke wilsverklaring niet was opgevolgd, het eens met die beslissing. De volgende redenen werden genoemd om een schriftelijke niet-reanimerenverklaring niet op te volgen: onduidelijkheid of patiënt nog achter de verklaring stond (63%), arts was niet overtuigd (44%), onduidelijk of de verklaring van toepassing was (29%), familie oneens (22%) of verklaring was niet te vinden (14%). Richter (2001) noemt dat verpleegkundigen minder geneigd zijn om de patiënt tegen zijn wens te reanimeren als zij betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van het niet-reanimatiebesluit.

#### *Aandachtspunten gespreksvoering door artsen*

Volgens Deep (2008) en (De Rooij 2005) maken in verschillende onderzoeken duidelijk dat artsen niet accuraat de voorkeuren van patiënten kunnen voorspellen. Ook concluderen zij dat het belangrijk is dat artsen getraind worden om de zorg rond het levenseinde te bespreken, om patiënten helderheid te geven over reanimatie en de consequenties daarvan.

### **D3. (Para) medische beroepsorganisaties over anticiperende besluitvorming**

#### *Anticiperende besluitvorming reanimatie onderdeel van zorg levenseinde*

De LHV-Handreiking Complexe ouderenzorg in het verzorgingshuis en thuis (LHV 2009) stelt dat het zinvol is om met kwetsbare ouderen afspraken te maken over de zorg rond het levenseinde, waaronder reanimatie.

De handreiking 'Tijdig praten over het levenseinde' (KNMG 2011) stelt dat het de professionele verantwoordelijkheid van artsen is om tijdig, open en eerlijk met de patiënt te spreken over zijn vragen, verwachtingen en wensen over de zorg bij het levenseinde. Dit is cruciaal voor passende zorg in de laatste levensfase. Hierdoor krijgen patiënten de kans om desgewenst de regie zoveel mogelijk in eigen hand te houden en weloverwogen keuzes te maken. Dit vermindert angst en onzekerheid en vergroot de kans dat de patiënt passende zorg krijgt die aan zijn eigen verwachtingen voldoet. Patiënten en hun naasten kunnen rustig over hun reanimatiewens nadenken en deze met anderen bespreken. Behandelaars kunnen eventueel tussentijds collegiaal advies inwinnen, eventueel in een overleg tussen een specialist (ouderengeneeskunde) en een huisarts. De arts kan daardoor tijdig eventuele grenzen aangeven. Dit voorkomt misverstanden over (on)mogelijkheden van de hulpverlening.



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