



'Wijs ouderen op risico's reanimatie'

■ Specialisten: Huisarts moet realistische informatie geven ■ Advies niet-reanimatiepenning te dragen

4 van de **8** overlevenden hebben ernstige blijvende schade.

De vaak vergeten vraag: Wilt u nog gereanimeerd worden?

'Ook sterf je niet rustig in de armen van je geliefde'

ting laten mensen na verder lopen. Onrea schrijft voor dat men goede informatie eer nemen. Dat wordt c pjes geweld aangeda

Aanleiding

- handreiking reanimatie vp-huizen: Nee, tenzij
- sommige vz-huizen ook collectief Nee tenzij
- onrust ouderen/naasten over beleid Nee tenzij
- mediaberichten en Kamervragen
- subsidie VWS nieuwe MDR/LESA
- product MDR: onderbouwde aanbevelingen
- product LESA: samenwerkingsafspraken
- product voorlichtingstekst: spreek met arts

Doel

- zorgvuldige evidencebased anticiperende besluitvorming over reanimatie
- onderdeel van advance care planning (ACP)

Doelgroep

- kwetsbare ouderen
- thuis, verzorgingshuis en verpleeghuis
- rol huisarts, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundigen & verzorgenden



Enkele termen

basale reanimatie (BLS)

specialistische reanimatie (ALS)

advance care planning (ACP)

shared decision making (SDM)

Waarom aandacht hiervoor

- WGBO: Informed consent
- bij circulatiestilstand geen gesprek mogelijk
- reanimatie enige kans op overleving
- dan veronderstelde toestemming, tenzij
- echter kleine kans op overleving, kans schade
- dus tijdig zorgvuldig evidencebased besluit

GOEDE ACP (incl gesprek reanimatie)

-> passender zorg

-> meer tevreden patiënten & naasten!

Opbouw MDR

- H1 inleiding
- H2 evidence: uitkomsten reanimatie 70+
- H3 juridisch/ethisch kader: wie beslist, NR-penning en wilsverklaring
- H4 gespreksvoering: ACP, voorkomen conflict
- H5 randvoorwaarden: vastlegging & overdracht, vaardigheden
- H6 verantwoording

Opbouw LESA

- begrippen
- uitkomsten van reanimatie bij kwetsbare ouderen
- shared decisionmaking over reanimatie
- rollen van betrokken disciplines
- taakverdeling bij samenwerking
- periodieke beoordeling
- aandachtspunten bij samenwerking

Kanttekeningen bij onderzoek reanimatie

cijfers ‘topje vd ijsberg’ : nog hogere sterfte?

- uitkomsten reanimatie vanaf bellen 112 (nauwelijks over reanimatie daarvoor)
- niet alle studies dezelfde exclusiecriteria
- vooral gericht op systeemfactoren
- weinig gegevens over pre-arrest morbidity
- overleving = levend het ziekenhuis verlaten
- weinig studies over schade, nauwelijks QoL
- vooral retrospectief dossieronderzoek

Uitkomsten reanimatie bij kwetsbare ouderen in ziekenhuis (IHCA)

- circa 5.9-32.7% van de 70+ers verlaat levend het ziekenhuis, van de 80-plussers verlaat 11-17% levend het ziekenhuis
- circa de helft van de overlevende 70+ers houdt geen tot milde neurologische schade over (CPC ≤ 2)
- de andere helft van de overlevenden 70+ers heeft blijvende ernstige neurologische schade



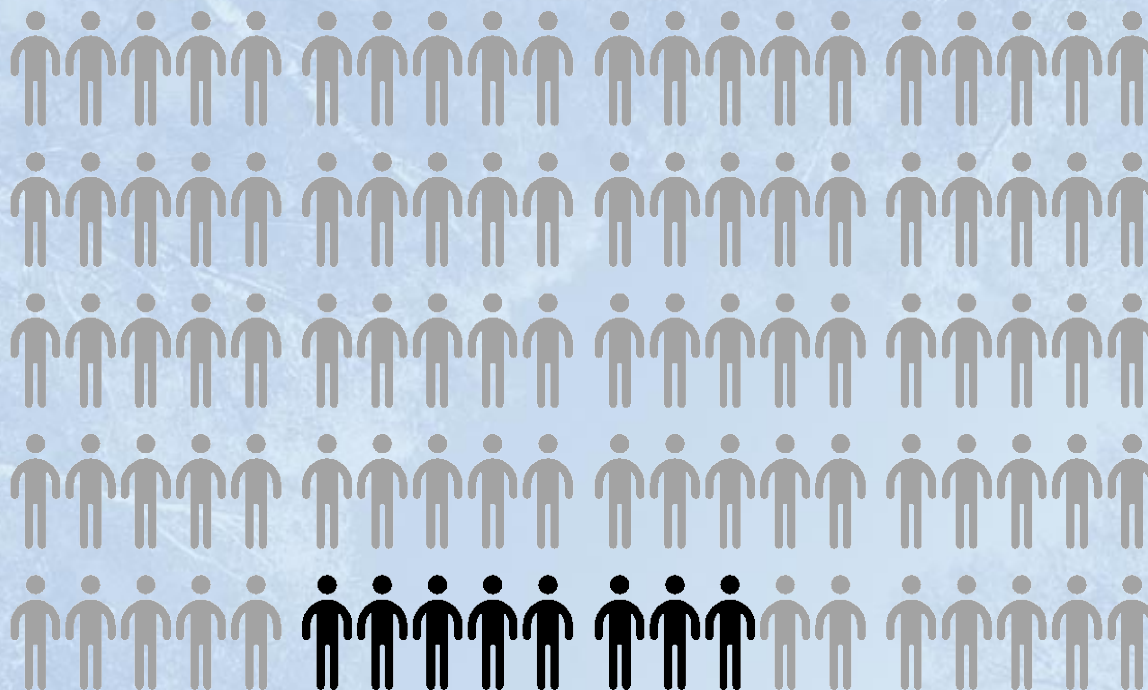
Uitkomsten reanimatie bij kwetsbare ouderen buiten ziekenhuis (OHCA)

- 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) ≤ 2).
- de andere helft van de overlevenden heeft blijvende ernstige neurologische schade.
- vermoedelijk OHCA getallen meest relevant

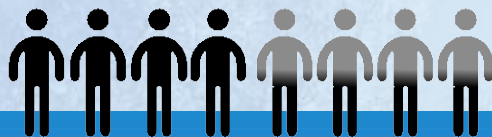
Overleving OHCA samengevat

- gem. 8% 70+ers overleeft*
- gem. 6,4% 80+ers overleeft*
- circa helft overlevenden geen tot milde, de andere helft ernstige neurologische schade

* overleving = levend het ziekenhuis verlaten



A) gemiddeld overleven 8 van de 100 mensen die 70 jaar zijn of ouder, een reanimatie buiten het ziekenhuis.

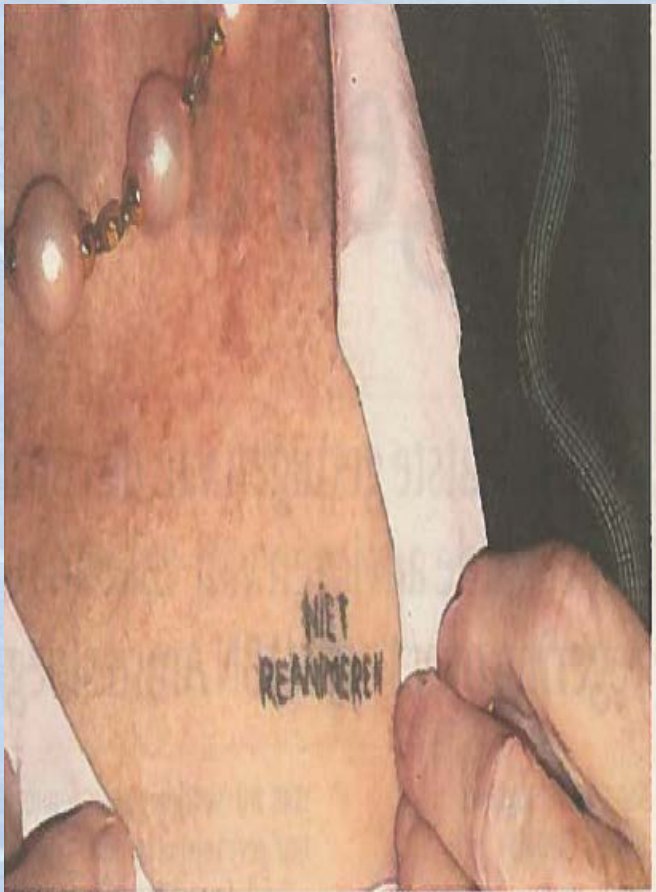


B) 4 daarvan hebben geen of lichte restklachten.
De andere 4 hebben ernstige blijvende schade.

Slechtere prognose

- hogere leeftijd (ongeacht comorbiditeit)
- niet-cardiovasculaire comorbiditeit, vooral maligniteit, levercirrose, sepsis, pneumonie, nierfalen, leverinsufficiëntie, acute neurologische aandoeningen, gastro-intestinale comorbiditeit, hypotensie, aneurysma dissecans, uremie en pulmonaire embolie; hypercholesterolemie
- opname verpleeghuis of ADL-afhankelijk

* overleving = levend het ziekenhuis verlaten



De tattoo: "Niet reanimeren" op de elleboog van een 82-jarige mannaar



Wat te doen op individueel niveau?

- geen groepen bij wie CPR altijd medisch zinloos is
- oordeel medisch zinloos wel mogelijk op individueel niveau
- doe aan Advance Care Planning!
 - gesprek over doelen van de zorg met patiënt
 - op verzoek van de patiënt of op medische indicatie zie aanleidingen in stroomdiagram
 - meer dan kruisjes zetten op formulier
 - niet per se arts kan ook taakdelegatie VS
 - bij patiënten thuis, in vzhuis of vphuis

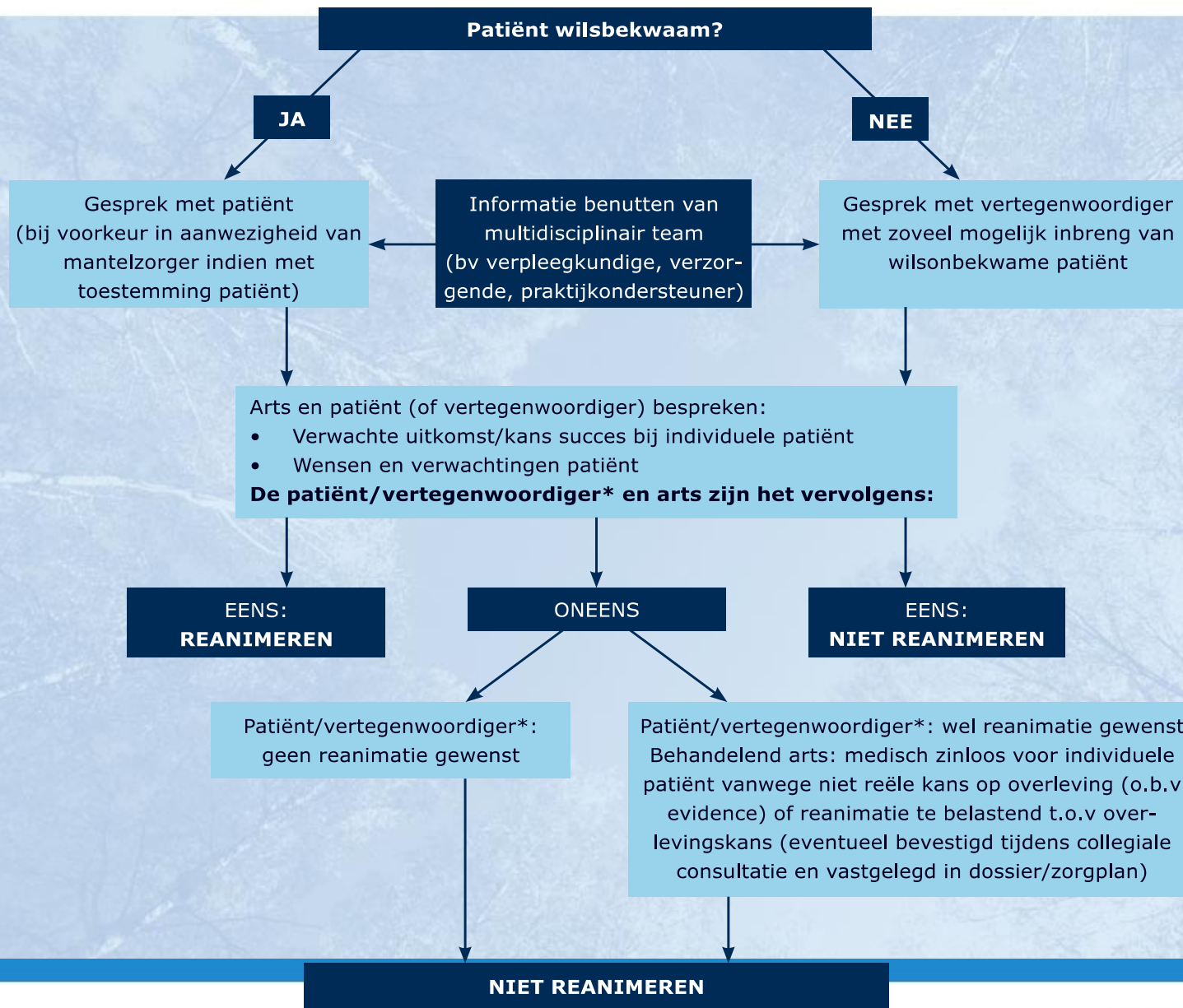
Wat te doen: uitgangsregel?

- individuele besluitvorming gewenst
- niet altijd meteen volwaardige ACP mogelijk
- daarom uitgangsregel toch noodzakelijk
- ook al moet toepassing gering zijn
- keuze richtlijn: Wel reanimeren tenzij

Hoe besluitvorming?

- individuele besluitvorming via shared decisionmaking met focus op levensdoelen, gezondheid en levensverwachting
- patiënt NEE (ook in NR-verklaring of penning) = VETO -> NR
- arts bij medisch zinloos = VETO -> NR
- soms reanimatie medisch zinloos obv gezondheid & levensverwachting individu, zoz
- patiënt mag besluit aan arts over laten
- geen individuele besluit = wel reanimatie
- dus individueel ipv collectief beleid

gezondheid bepalend, geen verjaring



* 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.

Bij wie reanimatie mogelijk med. zinloos?

- soms bij individuen obv gezondheid & levensverwachting & beperkingen
- vaker bij kwetsbare ouderen
 - met vergevorderde cognitieve aandoeningen
 - in een palliatieve of terminale fase
 - met gemetastaseerde kanker
 - met ernstige neurologische aandoeningen
 - met ernstige cardiovasculaire aandoeningen
 - met nierfalen in een vergevorderd stadium

Aanleiding gesprek vanuit patiënt

Op initiatief patiënt/vertegenwoordiger bij*

- vragen over zorg rond levenseinde
- melding van NR-verklaring, NR-penning, NR-wens of een wils- of euthanasieverklaring
- vragen over (succeskans) reanimatie

Aanleiding gesprek vanuit arts

- als gezondheid patiënt sterk verandert
- iemand als kwetsbaar is geïdentificeerd
- verwachting is dat patiënt < 1jr overlijdt
- verhuizing/opname in woon/zorginstelling, zhs
- bij signalering ≥ 1 onderstaande punten:
 - ongeneeslijke maligne of progressieve ziekte;
 - 70+ & comorbiditeit & sterke afname vitaliteit
 - hogere kans op circulatiestilstand;
 - cognitieve beperkingen;
 - hogere kans op ernstige blijvende invaliditeit

NB patiënt mag afzien van info & betrokkenheid

Hoe gespreksvoering (1)?

- uitnodigen voor gesprek
- stel: recht op zorg die bij situatie patiënt past
- vraag naar inschatting gezondheid & doelen
- deel uw inschatting gezondheid patiënt
- info kansen reanimatie bij die patiënt
- vraag naar wensen over reanimatie/zorg
- uitleg over (on-)mogelijkheden zorg

Hoe gespreksvoering (2)?

- WR tenzij patiënt NR wil of arts NR-besluit neemt omdat reanimatie medisch zinloos wordt gezien co-morbiditeit & prognose
- vraag patiënt naasten op NR-besluit te wijzen
- stimuleer evt NR-penning te dragen
- geef patiëntentekst (op thuisarts.nl)



Hoe vastlegging (1)?

TOEGANKELIJK in dossier en zorgleefplan:

- aard reanimatiebesluit (WR of NR)
- datum besluit
- kern gegeven info & wens patiënt
- evt relevante info naasten/aanwezigen
- naam van de arts die reanimatiebesluit nam



Hoe vastlegging (2)?

- in centrale map 2 kopieën NR-besluit
- mee bij ziekenhuisopname of ambulancevervoer van indiv. patiënt met NR
- in verwijfsbrieven aan andere behandelaars, zorginstelling, thuiszorg, HAP, ambulance, ziekenhuis

Rol elke zorgverlener

- signaleert toename kwetsbaarheid en vragen over gezondheid, reanimatie of zorg aan verantwoordelijk arts
- stimuleert patiënt deze vragen aan arts te stellen
- start reanimatie en/of belt 112 daarvoor tenzij NR-verklaring/NR-penning/NR-besluit

Rol arts of VS*

- benut signalen over kwetsbaarheid, voorkeuren & communicatiestijl patiënt
- geeft EBM-info reanimatie
- arts verantwoordelijk voor besluit ism patiënt
- zorgt voor goed toegankelijke vastlegging
- draagt (herziene) reanimatiebesluit proactief over aan andere zorgverleners (verwijsbrief)

*voorbereiding VS bij goede taakdelegatie

Rol management (1)

- bewust noodzaak individuele besluitvorming over reanimatie obv gezondheid individu
- geen collectief NR-beleid
- EBM-info nodig passend bij kansen individu
- faciliteer tijdige besluitvorming
- daardoor passende zorg mogelijk

Rol management (2)

- bewust arts verantwoordelijk besluit
- evt voorbereiding gesprek door V&V obv EBM
- niet intaker alleen “wilt u wel of niet gereanimeerd worden?” -> risico onrust & onjuiste verwachting
- stimuleer voorlichting: benut patiëntentekst
- zorg voor voldoende geschoold personeel

Wat te doen bij circulatiestilstand?

- nog geen individuele besluitvorming dan reanimeren = uitgangsregel
 - bij NR besluit: niet reanimeren!
 - dus niet reanimeren als iemand:
 - een NR penning draagt
 - een NR tatoeage heeft
 - omstanders een NR-verklaring van deze patiënt laten zien
 - een NR-besluit in dossier is vastgelegd
- KNMG: geen getekende verklaring arts nodig*

Kortom blijf redelijk! 100% zekerheid is ook voor de ambulance niet nodig

Kern MDR

- kwetsbare ouderen aanbod gesprek met arts
- focus doelen, gezondheid en levensverwachting individu
- met EBM-info -> anticiperend besluit
- uitgangsregel JA tenzij
- individuele besluitvorming!
- streven shared decisionmaking
- patiënt nee = VETO
- arts bij medisch zinloos = VETO
- soms reanimatie medisch zinloos
- geen individuele besluit = wel reanimatie
- dus individueel ipv collectief beleid

Kern LESA (1)

- goede zorg = proactieve shared decisionmaking tussen verantw arts & patiënt
- reanimatie tenzij NR (-besluit, -verklaring- of -penning)
- aanleidingen gesprek in stroomdiagram
- gesprek ingebed in ACP liefst met naasten
- bij wilsonbekw. patiënt met vertegenwoordiger
- arts geeft EBM-info over uitkomsten & proces reanimatie en kans op blijvende schade
- resultaat reanimatiebesluit arts ism patiënt

Kern LESA (2)

- V&V ondersteuning, arts verantwoordelijk
- arts verantwoordelijk voor vastlegging
- reanimatiebesluit snel toegankelijk
- afspraken snelle uitvoering reanimatie (scholing)

Kern voor voorlichting patiënten

- belang anticiperende besluitvorming
- info hartstilstand en reanimatieproces
- uitkomsten reanimatie 70+ (overleving & schade)
- afwegen levensdoelen, waarde en belasting
- Wel reanimeren tenzij NR patiënt of NR arts
- beslissingsbevoegdheid (veto patiënt bij nee, veto arts bij medisch zinloos)
- verwijzing naar mogelijkheid zelf vastleggen
- gevoeligheid onderwerp (confrontatie met de dood, opvattingen obv religie/cultuur etc)
- voor ouderen thuis, in verzorgingshuis of verpleeghuis

What's new voor de SO?

- Nee tenzij -> Ja tenzij
- proactief aanbod gesprek
- individuele EBM-besluitvorming
- focus levensdoelen, wensen, gezondheid
levensverwachting: wat is gewenst & mogelijk
- gesprek reanimatie onderdeel ACP
- update evidence
- handvaten gespreksvoering
- taakdelegatie
- voorlichtingstekst ouderen



Vragen over MDR en LESA?

- publicaties op Verenso-website
- vragen cderuiter@verenso.nl

Dank voor uw aandacht!