

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak

Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen

Hans van Delden, Corinne de Ruiters, Ronald van der Endt, Everlien de Graaf, Robert Helle, Hanneke Ikking, Riekje Kaptein, Martin van Leen, Laura de Vries

DOEL, DOELGROEP EN OPSTELLERS VAN DE LESA

Verenso, het NHG en V&VN beogen met deze LESA te bereiken dat huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners nauwer samenwerken om tijdig anticiperende besluiten over reanimatie te nemen in samenspraak met kwetsbare ouderen. Daarmee kan bijgedragen worden aan de verbetering van de kwaliteit van leven omdat de zorg rond het levenseinde daardoor beter afgestemd kan worden op de wensen van de patiënt. Dit vraagt om verdeling van taken en verantwoordelijkheden bij de signalering van, gespreksvoering en besluitvorming met kwetsbare ouderen en hun naasten. Het doel hiervan is dat op het juiste moment de juiste geneeskundige zorg geboden wordt door de meest geëigende zorgverlener(s) en de continuïteit in de zorg voor de patiënt en zijn naasten gewaarborgd is. De aanbevelingen zijn algemeen van aard en kunnen regionaal of lokaal – in bijeenkomsten waarbij de betrokken disciplines aanwezig zijn – verder uitgewerkt worden tot concrete werkafspraken. Wel is het,

zeker ook bij anticiperende besluitvorming bij kwetsbare ouderen, van belang oog te hebben voor de diversiteit van patiënten en hun specifieke wensen. Het gaat in de LESA zowel om kwetsbare oudere patiënten, die primair door de huisarts of (tijdelijk) door de specialist ouderengeneeskunde gezien worden, als om kwetsbare oudere patiënten die gezamenlijk behandeld en begeleid worden.

Deze LESA is opgesteld door een werkgroep met vertegenwoordigers van:

- het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Verenso (vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

De LESA is gebaseerd op wetenschappelijke gegevens (standaarden, richtlijnen) en consensus binnen de werkgroep. Bij het formuleren van aanbevelingen en het maken van keuzes is de werkgroep uitgegaan van de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare

ouderen, bestaande wet- en regelgeving, het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen (2007), de KNMG-handreiking Tijdige besluitvorming rond het levenseinde (2011) en overige onder de *Literatuur* genoemde kerndocumenten.

De LESA bespreekt de samenwerking tussen huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners. Deze LESA kan ook als model dienen voor de samenwerking met en tussen andere (beroeps)groepen die zorg bieden aan kwetsbare ouderen.

Bij het streven naar de grootst mogelijke kwaliteit van leven voor kwetsbare ouderen en hun naasten is het uitgangspunt dat zij zo lang en zo goed mogelijk kunnen blijven functioneren in een vertrouwde omgeving. Bij de samenwerkingsafspraken is het dan ook nodig aandacht te schenken aan de context waarin de patiënt zich bevindt en daaruit voortvloeiend aan specifieke doelgroepen, zoals patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond.

BEGRIPPEN

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 zelfstandig te functioneren. Er is vrijwel altijd sprake van multi-pele pathologie. Deze kwetsbare ouderen kunnen zowel thuis als in een 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: het geheel van handelingen gericht op het herstel van spontane circulatie en/of ademhaling ten minste door hartmassage en/of beademing.

Van Delden JJM, De Ruiters CM, Van der Endt RP, De Graaf E, Helle R, Ikking H, Kaptein HVU, Van Leen MWF, De Vries L. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen. Huisarts Wet 2013;56(4):S1-7.

Kernpunten

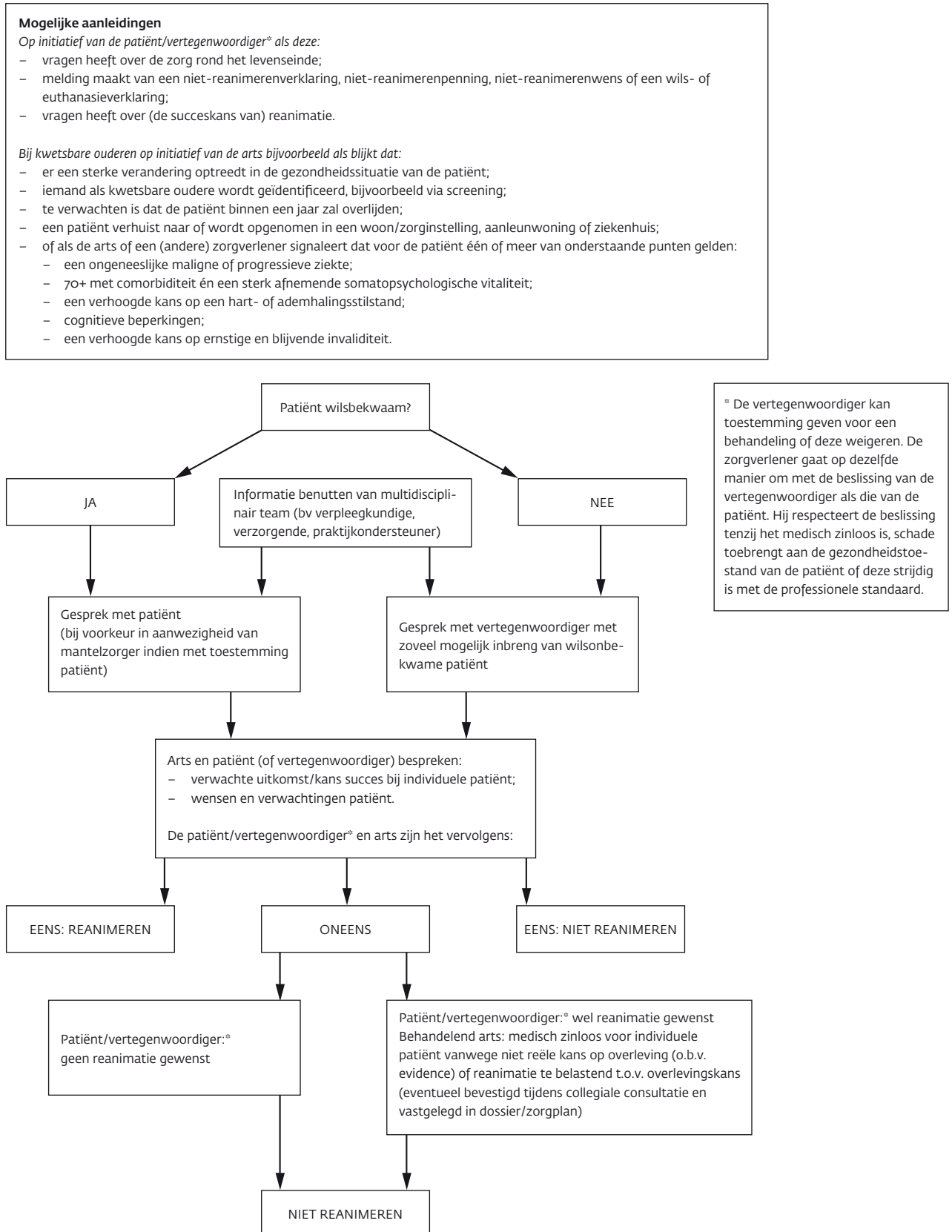
- Kwetsbare ouderen worden gereanimeerd, tenzij voor hen een niet-reanimatiebesluit geldt of als zij een niet-reanimerenverklaring of niet-reanimerenpenning bij zich dragen.
- Goede zorg aan kwetsbare ouderen omvat proactieve *shared decision-making* (tussen verantwoordelijk arts en de patiënt) over reanimatie.
- Mogelijke aanleidingen voor anticiperende gespreksvoering over reanimatie staan vermeld in het stroomdiagram op pagina 2 [figuur 1].
- Anticiperende besluitvorming over reanimatie wordt bij voorkeur ingebed in gesprekken over de totale zorg rond het levenseinde.
- Bij voorkeur worden, indien met toestemming van de wilsbekwame patiënt via de patiënt, ook naasten betrokken bij de besluitvorming.
- In het geval van wilsbekwame patiënten moet altijd de vertegenwoordiger betrokken worden bij de besluitvorming.
- De verantwoordelijk arts geeft kwetsbare ouderen evidence-based informatie over de uitkomsten van reanimatie,

kansen op blijvende schade en het proces van reanimatie.

- Op basis van de evidence-based informatie dient de arts in overleg met de patiënt en/of zijn vertegenwoordiger een individueel anticiperend reanimatiebesluit te nemen.
- Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners kunnen een ondersteunende signalerende rol spelen bij de anticiperende gespreksvoering. De hoofdbehandelaar blijft eindverantwoordelijk voor de besluitvorming.
- De arts is verantwoordelijk voor goede vastlegging van reanimatiebesluiten en overdracht naar andere betrokken zorgverleners.
- Vastgelegde reanimatiebesluiten horen in acute situaties snel toegankelijk te zijn.
- Om uitvoering van wel-reanimatiebesluiten mogelijk te maken is het van belang dat regionaal afspraken gemaakt worden om de kans zo groot mogelijk te maken dat een geschoolde zorgverlener binnen zes minuten bij een patiënt met een circulatiestilstand kan zijn.
- Betrokken zorgverleners moeten adequaat geschoold zijn in basale reanimatievaardigheden.



Figuur 1 Stroomdiagram anticiperende besluitvorming over reanimatie



Niet-reanimatie: bij acuut falende of ontbrekende bloedcirculatie wordt geen enkele vorm van hartmassage en/of beademing toegepast gericht op het herstel van spontane circulatie en/of ademhaling.

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

Niet-reanimerenpenning: met deze penning, gedragen aan een kettinkje om de hals, geeft iemand aan dat hij 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.

Shared decision-making: gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt 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.

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.

Wilsonbekwaam: iemand is wilsonbekwaam indien hij niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake.

UITKOMSTEN VAN REANIMATIE VAN KWETSBARE OUDEREN

Over circulatiestilstand en reanimatie bij kwetsbare ouderen zijn geen Neder-

landse gegevens gevonden. In de bijbehorende multidisciplinaire richtlijn worden de uitkomsten van reanimatie bij kwetsbare ouderen beschreven op basis van een evidencerapport opgesteld door het kwaliteitsinstituut CBO. Overleving wordt daarbij uitgedrukt in het percentage gereanimeerde patiënten dat na reanimatie levend het ziekenhuis verlaat [figuur 2].

De uitkomst bij ouderen van reanimatie na circulatiestilstand *buiten het ziekenhuis* (OHCA) is als volgt:

- circa 2,4 tot 14% van de 70-plussers verlaat levend het ziekenhuis, van de 80-plussers verlaat 3,3 tot 9,4% levend het ziekenhuis;
- circa 1,2 tot 5,7% van de gereanimeerde 70-plussers houdt geen tot milde neurologische schade over (Cerebral Performance Category (CPC) ≤ 2). Dat is ongeveer de helft van het aantal overlevenden, de andere helft van de

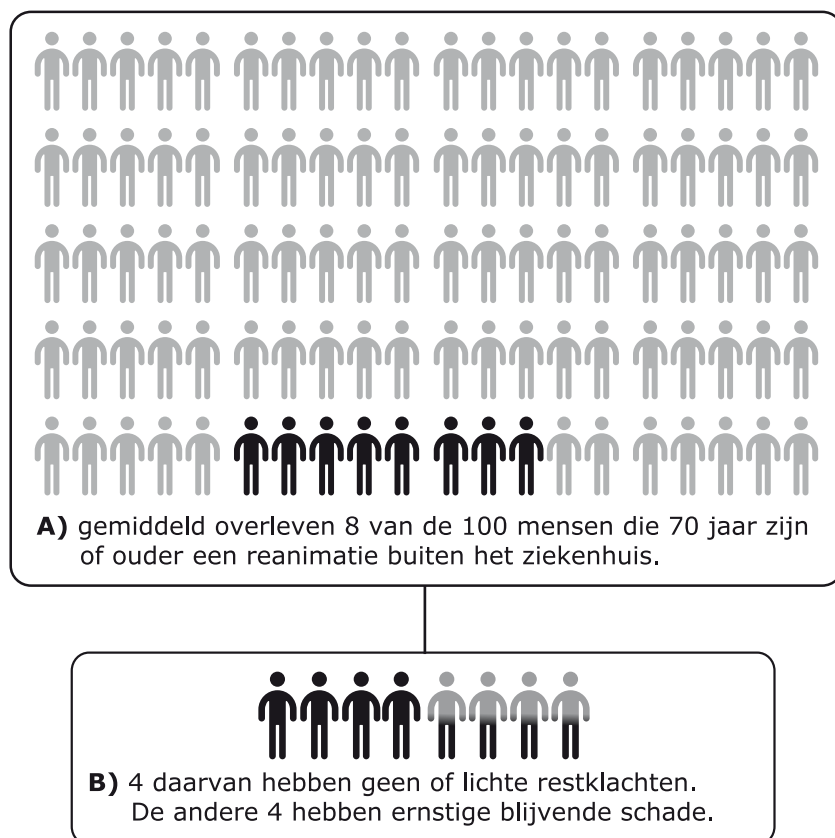
overlevenden heeft blijvende ernstige neurologische schade.

De uitkomst bij ouderen van reanimatie na circulatiestilstand *in het ziekenhuis* (IHCA) is als volgt:

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

Ook bij milde neurologische schade (CPC ≤ 2) kunnen patiënten één van de volgende symptomen vertonen: milde dysfasie, een gedeeltelijke verlamming (hemiparese of hemiplegie), licht hersenletsel, epileptische insulten, gebrekkige spier-

Figuur 2 Uitkomst bij ouderen na reanimatie buiten het ziekenhuis



beheersing (ataxie), spraakstoornissen, blijvende geheugenproblemen of blijvende mentale veranderingen. Dit betekent dat bijna iedere gereanimeerde ten minste geringe neurologische schade overhoudt.

De kans op overleving na reanimatie bij een circulatiestilstand buiten het ziekenhuis lijkt minstens twee keer zo laag als bij circulatiestilstand in het ziekenhuis. Over de vijfjaarsoverleving en de kwaliteit van leven na reanimatie kunnen geen betrouwbare uitspraken worden gedaan.

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, levercirrose, hypercholesterolemie en ook sepsis, leverinsufficiëntie, nierfalen, acute neurologische aandoeningen, gastro-intestinale comorbiditeit, hypotensie, pneumonie, aneurysma dissecans, uremie en pulmonaire embolie;
- opname in een verpleeghuis of ADL-afhankelijkheid.

SHARED DECISION-MAKING OVER REANIMATIE

Hoewel de overlevingskansen van reanimatie bij kwetsbare ouderen laag zijn, biedt alleen reanimatie enige kans op overleving bij een circulatiestilstand. Tegelijkertijd kan reanimatie leiden tot overleving met blijvende ernstige schade of tot een verstoord sterfproces. Tijdens een circulatiestilstand is overleg met de patiënt onmogelijk. Anticiperende reanimatiebesluiten kunnen dan helderheid bieden of reanimatie gewenst en afgesproken is. Goede zorg aan kwetsbare ouderen omvat tijdige anticiperende en gezamenlijke besluitvorming over reanimatie.

Typerend voor anticiperende besluitvorming over reanimatie is dat dit de

kwetsbare oudere, zijn naasten en betrokken zorgverleners confronteert met de eindigheid van het leven en de mogelijkheden en beperkingen van medisch handelen rond het levenseinde. Uit de literatuur en de praktijkervaring van de richtlijnwerkgroepleden wordt duidelijk dat ouderen hierover vaak eerder hebben nagedacht, maar om verschillende redenen schroom hebben om dit uit zichzelf met hun arts te bespreken. Veel kwetsbare ouderen waarderen het als de arts hierover proactief een gesprek aanbiedt om tot shared decision-making te komen.

Volgens de literatuur leidt dit veelal tot beter afgestemde zorg rond het levenseinde en toegenomen tevredenheid van patiënten en naasten. Van belang is dat in het gesprek duidelijk wordt dat de medische zorg gericht is op het behoud van de kwaliteit van leven in plaats van op medische behandeling van een of meer aandoeningen. Anticiperende besluitvorming over reanimatie vergt samspraak tussen patiënt/vertegenwoordiger en de verantwoordelijk arts. Dit omdat een gezamenlijke afweging moet plaatsvinden van wensen van de patiënt over de zorg in de laatste levensfase, prognose, kans van overleving zonder resterende schade in de situatie van de patiënt.

Bij voorkeur wordt, met toestemming van de wilsbekwame patiënt, via de patiënt ook een vertegenwoordiging van de familie of naasten betrokken. Bij patiënten die wilsonbekwaam zijn moet de (wettelijk) vertegenwoordiger worden betrokken. Resultaat van dit gesprek is een individueel wel-reanimatiebesluit of een niet-reanimatiebesluit (NR). Wijziging van wensen van de patiënt of zijn gezondheidssituatie kunnen opnieuw aanleiding vormen voor een gesprek en/of gewijzigd reanimatiebesluit. Gespreksvoering over de zorg rond het levenseinde vraagt om goede timing en open communicatie. De bijbehorende multidisciplinaire richtlijn geeft inzicht in de uitkomsten van reanimatie bij kwetsbare ouderen en evidence-based aandachtspunten voor besluitvorming over reanimatie.

Voor meer informatie over de techniek van reanimatie wordt verwezen naar de internationaal erkende richtlijnen van de Nederlandse Reanimatie Raad op www.reanimatieraad.nl.

ROLLEN VAN BETROKKEN DISCIPLINES

De verantwoordelijk arts (hoofdbehandelaar)

Ongeacht de woonsituatie van de kwetsbare oudere (thuis of in een verzorgings- of verpleeghuis) is de hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor identificatie van kwetsbare ouderen, gespreksvoering over de mogelijkheid en wenselijkheid van reanimatie in zijn (gezondheids)situatie en de overdracht van het reanimatiebesluit aan andere zorgverleners.

De huisarts(-envoorziening)

Onder huisarts wordt verstaan de huisartsenvoorziening waarin naast de huisarts ook de praktijkondersteuner en de doktersassistente werkzaam zijn. Buiten kantoor wordt met de huisarts de huisartsenpost bedoeld. Huisartsenzorg is generalistische medische zorg dichtbij huis voor alle mensen met alle klachten op alle leeftijden. De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor alle patiënten en alle gezondheidsvragen.

Het aantal kwetsbare ouderen verschilt per huisartsenpraktijk. In de thuissituatie en het verzorgingshuis is de huisarts de hoofdbehandelaar van de kwetsbare oudere. Daarbij kan de huisarts eventueel samenwerken met de specialist ouderengeneeskunde.

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, verpleegkundigen, verzorgenden of praktijkkon-

dersteuners signalen krijgt over toemende kwetsbaarheid onderzoekt de huisarts op een gestructureerde manier 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 diens 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.

De specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde is hoofdbehandelaar van de kwetsbare oudere patiënten en chronisch zieken met complexe problematiek die in een verpleeghuis of verpleeghuisplaats in een verzorgingshuis verblijven. Voor de zorg thuis en in het verzorgingshuis is de specialist ouderengeneeskunde in afstemming met de huisarts in te zetten als consulent, medebehandelaar of als hoofdbehandelaar. Specialisten ouderengeneeskunde hebben – door de aard van hun patiëntengroep – meestal ruime ervaring in anticiperende besluitvorming over de zorg rond het levenseinde.

De verpleegkundige, verzorgende of praktijkondersteuner

Onder verpleegkundige wordt in deze tekst ook de verpleegkundig specialist of praktijkverpleegkundige verstaan.

Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners zijn veelal, door het regelmatige contact met kwetsbare ouderen, goed in staat veranderingen in kwetsbaarheid te signaleren en te monitoren. Zij kunnen wensen of vragen van patiënten of hun naasten te horen krijgen over reanimatie of de zorg rond het

levenseinde. Zij kunnen deze vragen of zorgen van de patiënt/mantelzorgers, met toestemming van de patiënt, doorgeven aan de arts. Ook is het belangrijk dat zij de patiënt stimuleren om zijn vragen en wensen met de hoofdbehandelaar te bespreken. Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners kunnen daarnaast een ondersteunende rol spelen bij de anticiperende gespreksvoering. Als zij beschikken over voldoende deskundigheid (kennis van de evidence over uitkomsten van reanimatie bij kwetsbare ouderen) en gespreksvaardigheden kunnen zij – in afstemming met de hoofdbehandelaar – gesprekken over reanimatie starten, als voorbereiding op de besluitvorming door arts en patiënt. De hoofdbehandelaar blijft echter eindverantwoordelijk voor besluitvorming. Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners zijn ook vaak de beroepsbeoefenaren die het eerst te maken krijgen met een patiënt met een circulatiestilstand en zijn dan belast met de uitvoering van het afgesproken reanimatiebesluit en de eerste opvang van naasten/medebewoners.

TAAKVERDELING BIJ SAMENWERKING

Signalering toename kwetsbaarheid, wensen en vragen over reanimatie

- Elke zorgverlener kan te maken krijgen met toename van kwetsbaarheid, ideeën of vragen over de toekomst, vragen over eventuele reanimatie of vragen over de gezondheid van de patiënt. Belangrijk is dat andere zorgverleners op dat moment informatie hierover, met toestemming van de patiënt, doorgeven aan de verantwoordelijk arts.
- Een intakegesprek in het kader van een opname biedt de gelegenheid te informeren naar een eventuele bestaande reanimatiewens en deze door te geven aan de arts zodat de arts deze met de patiënt kan bespreken tijdens het anticiperende gesprek over reanimatie.

Gespreksvoering

- Goede zorg aan kwetsbare ouderen omvat proactieve shared decision-making over reanimatie tussen de verantwoordelijk arts en de patiënt. In

het stroomdiagram [figuur 1] worden mogelijke aanleidingen genoemd voor anticiperende gespreksvoering over reanimatie zoals signalen van overige zorgverleners.

- Anticiperende besluitvorming over reanimatie wordt bij voorkeur ingebed in gesprekken over de zorg rond het levenseinde.
- Bij voorkeur worden, met toestemming van de wilsbekwame patiënt, naasten betrokken bij besluitvorming en in het geval van een wilsonbekwame patiënt moet de vertegenwoordiger betrokken worden. In paragraaf 3.1 van de multidisciplinaire richtlijn Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen wordt beschreven welke zeggenschap de arts en de wilsbekwame patiënt c.q. de vertegenwoordiger van een wilsonbekwame patiënt hebben bij anticiperende besluitvorming.
- De arts – of indien afgesproken de verpleegkundige, verzorgende of praktijkondersteuner – geeft kwetsbare ouderen evidence-based informatie over de uitkomsten van reanimatie, kansen op blijvende schade en het proces van reanimatie, zie hiervoor paragraaf Shared decision-making over reanimatie van deze LESA.
- Als een wilsbekwame 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 niet effectief kan zijn. Dan wordt een niet-reanimatiebesluit (NR) genomen. In andere situaties prevaleert de wens van de patiënt.
- Op basis van deze informatie dient de arts in overleg met de patiënt een individueel anticiperend reanimatiebesluit te formuleren.
- Als de arts twijfelt over de inschatting van de overlevingskans van een individuele kwetsbare oudere is het raadzaam dat de arts een collega consulteert.
- De patiënt wordt gevraagd zijn naasten te informeren over de inhoud van

het afgesproken reanimatiebesluit en om hen te attenderen op de plaats waar deze in acute situaties is terug te vinden (op een vaste plek, bijvoorbeeld bij de telefoon en/of in de zorgmap).

- De arts – of de verpleegkundige, verzorgende of praktijkondersteuner – stimuleert de patiënt om het niet-reanimatiebesluit vast te leggen in een eigen niet-reanimerenpenning of een eigen schriftelijke niet-reanimerenverklaring die aan de erkenningseisen voldoet. Hij informeert patiënten dat de kans op opvolging van een niet-reanimerenbesluit groter is als de patiënt een eventuele niet-reanimerenpenning of een niet-reanimerenverklaring op een snel vindbare plaats op het lichaam draagt.

Vastleggen en overdracht van reanimatiebesluiten

- 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. De arts ver-

meldt in het dossier 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 de arts die het reanimatiebesluit heeft genomen. Bij papieren zorgdossiers wordt de aanwezigheid van een niet-reanimatiebesluit met de afkorting NR gemarkeerd op de voorpagina of eerste pagina van het dossier.

- De arts draagt (herziene) niet-reanimatiebesluiten proactief over aan andere betrokken zorgverleners en huisartsenpost en stimuleert hierdoor dat deze het niet-reanimatiebesluit vastleggen in een eventuele zorgmap of zorgleefplan, zodat dit snel toegankelijk is in acute situaties.
- De arts benoemt het niet-reanimatiebesluit standaard in verwijsbrieven voor de ambulancezorg, het ziekenhuis, een andere zorginstelling, de thuiszorg, de huisartsenpost of

andere behandelend artsen.

- Zodra de huisartsenpost een niet-reanimatiebesluit heeft ontvangen, wordt dit in het computersysteem bij de gegevens van de betreffende patiënt genoteerd. 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.

PERIODIEKE BEOORDELING

Na de gespreksvoering en besluitvorming blijft het van belang alert te zijn of er signalen zijn die nieuwe besluitvorming wenselijk maken [figuur 1]. Wordt langdurige zorg op basis van de AWBZ verleend (zoals in een 'klassiek' verpleeghuis), dan moet ten minste bij nieuwe patiënten en tijdens de jaarlijkse zorgplanbespreking door de betreffende hulpverlener nagegaan worden of een reanimatiebesluit (opnieuw) besproken moet worden. Het reanimatiebesluit moet goed herkenbaar vastgelegd worden in het (elektronisch) behandeldossier en indien aanwezig in het individuele zorgplan. De behandelend arts draagt dit ook over aan andere betrokken zorgverleners zoals de huisarts, de huisartsenpost, het ziekenhuis, de specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners.

AANDACHTSPUNTEN BIJ SAMENWERKING

Deze LESA beschrijft de gewenste situatie in de eerste lijn, waarin tijdig met kwetsbare ouderen anticiperende reanimatiebesluiten worden genomen die opgevolgd worden bij een circulatiestilstand. Om dit te bereiken, gelden de volgende aandachtspunten:

- Zorg dat helder is welke zorgverlener – onder verantwoordelijkheid van de arts – de kwetsbare oudere (en zijn naasten of vertegenwoordiger) een gesprek aanbiedt over anticiperende besluitvorming over reanimatie c.q. zorg rond het levenseinde.

Totstandkoming

In maart 2010 startte een werkgroep van Verenso en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) met de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn (MDR) en de LESA Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen. Deze konden tot stand komen dankzij subsidie van het ministerie van VWS.

Voorzitter van de werkgroep was prof.dr. J.J.M. van Delden, hoogleraar ethiek en specialist ouderengeneeskunde.

Namens het NHG participeerden in de werkgroep de huisartsen R.P. van der Endt en A.J. Klein Ikking, in 2011 opgevolgd door L. de Vries. Namens Verenso participeerden de specialisten ouderengeneeskunde R. Helle, H.V.U. Kaptein en M.W.F. van Leen, de laatste is tevens lid van de NHG/CBO-werkgroep voor richtlijnen hartfalen en cardiovasculair risicomanagement.

Namens V&VN participeerden de verpleegkundigen E. de Graaf (RN), P. de Vrij (np), opgevolgd door H. Ikking vanaf december 2011.

Het concept van de LESA werd in juli 2012 voor commentaar verstuurd naar 50 aselect gekozen huisartsen uit het NHG-ledenbestand, 40 specialisten ouderengeneeskunde, 2 toetsgroepen (van elk 10 Verensoleden) en naar 57 verpleegkundigen en verzorgenden

(uit het V&VN-ledenbestand). Tevens werd commentaar en advies ontvangen van de volgende referenten: A.C.C.M. Groffen en B. Ott, beiden kaderhuisarts ouderengeneeskunde; E. van Engelen, ambulancehulpverlener en dr. F.M. de Graaff, adviseur interculturele communicatie en omgangskunde in de zorg. Naamsvermelding als referent betekent niet dat betrokken referent de LESA inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

De LESA is afgeleid van de gelijknamige MDR die is voorgelegd aan een grotere groep referenten waarvan de namen in de MDR worden genoemd. Op basis van reacties uit de commentaarroude werd de tekst heroverwogen en herzien.

In november en december 2012 zijn de conceptteksten van de LESA en onderliggende MDR door het NHG, Verenso en V&VN geautoriseerd.

De teksten van de MDR en LESA werden gecoördineerd en geschreven door C.M. de Ruiter als projectleider werkzaam bij Verenso. Zij werd ondersteund door een projectteam waarvan de leden genoemd worden in de richtlijn. Het kwaliteitsinstituut CBO heeft de medisch-wetenschappelijke evidence methodologisch beoordeeld. Door externe omstandigheden is de ontwikkeling anderhalf jaar gestagneerd maar kon de tekst in 2013 gepubliceerd worden.

- Maak heldere afspraken over de wijze waarop een niet-reanimatiebesluit (NR) wordt vastgelegd en dat deze in acute situaties goed toegankelijk is.
- Zorg voor tijdige en volledige overdracht van niet-reanimatiebesluiten aan andere betrokken zorgverleners zoals verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners, de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde, de huisartsenpost, het ziekenhuis, of de thuisalarmering.
- Zorg voor (elektronische) communicatie tussen de zorgverleners.
- Zorg voor voldoende scholing in gespreksvoering over de zorg rond het levenseinde omdat:
 - patiënten betrokken willen zijn bij besluitvorming hierover, en
 - goede communicatieve vaardigheden nodig zijn voor heldere gespreksvoering die leidt tot eenduidige interpretatie door patiënt en arts van het genomen reanimatiebesluit.
- Zorg voor passende hoeveelheid personeel dat adequaat geschoold is in reanimatievaardigheden en voldoende middelen, zoals genoemd in paragraaf 5.4 van de multidisciplinaire richtlijn Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen.
- Zorg voor passende bereikbaarheid en inzetbaarheid van reanimatiebekwame zorgverleners.
- Stimuleer de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn en LESA Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen onder de eigen beroepsgroep.
- Deze LESA is gericht op het stimuleren van samenwerking in de eerste lijn om anticiperende besluiten over reanimatie bij individuele kwetsbare ouderen en naleving daarvan mogelijk te maken. Regionaal kunnen in samenspraak afspraken verbreed worden naar de tweede lijn.
- Maak goede afspraken met de ambulancezorg, politie en brandweer over naleving van niet-reanimatiebesluiten.

© Verenso, NHG en V&VN, 2013

LITERATUUR

- Multidisciplinaire richtlijn Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen (Verenso, NHG, V&VN, 2013).
- Handreiking Tijdig praten over het overlijden (KNMG, 2011).
- Handreiking Beginselen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid bij oudere cliënten met een complexe zorgvraag (NVVA nu Verenso, 2008).
- Handreiking Zorgvuldige zorg rond het levenseinde (AVVV en Sting [nu V&VN] en NVVA [nu Verenso], 2006).
- Handreiking Palliatieve Zorg, Vereniging Huisartsenposten Nederland, 2008.