

Moet men reanimeren bij een hartstilstand zonder getuigen?

DE VRAAG

Stel dat iemand voor een relatief eenvoudige aandoening is opgenomen in het ziekenhuis en door de nachtdienst levenloos wordt aangetroffen, na vijftien minuten niet gekeken te hebben. Is reanimatie aangewezen?

de kwestie

In de rubriek 'De Kwestie' legt Medisch Contact praktijkdilemma's voor aan haar lezers en deskundigen. Sinds 8 november staat de casus 'Moet men reanimeren bij een hartstilstand zonder getuigen?' op onze website. Hier een greep uit de lezersreacties en het commentaar van Verenso.

Heeft u ook een casus die u wilt delen, stuur deze dan naar: redactie@medischcontact.nl onder vermelding van De Kwestie. Publicatie kan ook anoniem, mits uw naam bij de redactie bekend is.

Medisch socioloog en verpleegkundige Hugo van der Wedden schreef een blog over de reanimatie van een hoogbejaarde vrouw in het ziekenhuis ('Reanimatiebeleid mag flexibeler' Nursing, 2015). Niemand in het ziekenhuis had opgemerkt dat de vrouw een hartstilstand kreeg. Maar zodra dit was opgemerkt, werd alles uit de kast gehaald om haar te reanimeren. Ze overleed desondanks, mogelijk op zeer onaangename wijze, die haar zonder de vruchteloze reanimatiepoging bespaard zou zijn gebleven.

Van der Wedden pleitte voor een flexibeler reanimatiebeleid in het ziekenhuis, waarbij ook met de patiënt de mogelijkheid wordt besproken of de patiënt al dan

niet gereanimeerd wil worden als er geen ooggetuige is van de hartstilstand.

Ik werd een beetje onrustig van die blog omdat binnen de instelling waar ik werk is afgesproken dat alleen patiënten worden gereanimeerd die hebben aangegeven dat ze dat ook willen én als een medewerker ooggetuige is van het incident.

Sluit de handelwijze die Van der Wedden beschreef aan bij de geldende afspraken of regels? Na het lezen van de richtlijn van de Nederlandse Reanimatieraad begon ik ernstig te twijfelen. Hierin staan enkele duidelijke omstandigheden waarin in ieder geval niet meer gereanimeerd hoeft te worden, bijvoorbeeld een decapitatie of als iemand een niet-reanimeerverklaring heeft ondertekend.

Bij een '*unwitnessed cardiac arrest*' wordt het ingewikkelder. Als ik het goed lees zou met een reanimatie gestart moeten worden binnen vijftien minuten na de melding dat een patiënt levenloos is aangetroffen. Dat zal, verwacht ik, in een ziekenhuis of instelling redelijk vaak voorkomen.

Maar waarop is het beleid rondom reanimeren gebaseerd? Is dit evidencebased medicine of *emotion based medicine*? Ik twitterde wat rond en belde een bevriende cardioloog. Die gaf aan dat een goede verpleegkundige bij de door Van der Wedden

Verwonderd vroeg ik me af wie we nu voor de gek houden

beschreven patiënt nog een extra rondje zou lopen en later zou terugkomen om dan te constateren dat het starten van reanimatie niet zinvol meer zou zijn. Een andere collega zei dat er nog geen reden is om het beleid aan te passen omdat er nog onvoldoende evidence was om bij een *'unwitnessed cardiac arrest'* niet te starten met een reanimatie. Maar als ik het goed begrijp is er ook geen duidelijke evidence om wél te starten met een reanimatie bij een *'unwitnessed cardiac arrest'*.

Verwonderd vroeg ik me af wie we nu voor de gek houden: onszelf, of de verpleegkundige die meestal als eerste bij zo'n situatie is, of misschien wel de patiënt? Persoonlijk ben ik van mening dat bij een *'unwitnessed cardiac arrest'* niet gestart zou mogen met een reanimatie totdat er evidence voor is. Het wordt tijd dat we in onze opleiding en maatschappij meer aandacht gaan besteden aan het aanvaarden van de dood. In dubio abstinence! ■

contact

j.derborgh@kpnplanet.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.



GETTY IMAGES

REACTIE VERENSO

Reanimeren bij een hartstilstand zonder ooggetuige

Specialist ouderengeneeskunde Jean-Pierre van der Borgh vraagt of een patiënt die een hartstilstand heeft gehad zonder dat iemand dit waarnam, moet worden gereanimeerd. Evidence toont aan dat dit inderdaad een voorspeller van een slechte uitkomst is, maar dat een reanimatie ook dan niet altijd kansloos hoeft te zijn. Bovendien zal lang niet altijd duidelijk zijn hoe lang geleden iemand een arrest kreeg. Samengevat stellen (inter)nationale reanimatierichtlijnen^{1,2}, dat je dan toch gaat reanimeren tenzij:

- overduidelijk is dat de patiënt reeds overleden is;
- bij de patiënt vrijwel direct een niet-reanimerenverklaring of -penning wordt gevonden of in een zorginstelling bekend is dat er in overleg met deze patiënt een niet-reanimerenbesluit is overeengekomen;
- reanimatie gezien de gezondheidssituatie van die specifieke persoon medisch zinloos is.

Bij de beoordeling van dat laatste punt kan de duur van het arrest worden meegewogen. Verenso, NHG en V&VN hebben in 2013 een richtlijn gepubliceerd over zorgvuldige evidencebased anticiperende besluitvorming over reanimatie tussen kwetsbare ouderen en hun huisarts of specialist ouderengeneeskunde.^{3,4}

Deze richtlijn maakt duidelijk dat er vrijwel geen patiëntengroep is waarvoor reanimatie totaal kansloos is. Dat kan echter op individueel niveau wel het geval zijn door stapeling van prognostisch negatieve factoren.

Voor de specialist ouderengeneeskunde is het van belang van tevoren na te gaan of een reanimatie wenselijk is. Er zijn mensen die ervoor kiezen rustig te willen overlijden bij een eventuele hartstilstand. Daarnaast zijn er patiënten bij wie op basis van hun gezondheidssituatie, levensverwachting en beperkingen de kansen op overleving (zonder ernstige schade) zeer beperkt is. De richtlijn noemt evidence in welke situaties dit het geval kan zijn. Met name met deze individuele kwetsbare ouderen is het zinvol als behandelend arts om tijdig een gesprek aan te gaan. Een afspraak om alleen te reanimeren indien het arrest wordt waargenomen of alleen indien er sprake is van ventrikelfibrilleren is dan denkbaar.⁵

prof. dr. Hans van Delden
hoogleraar medische ethiek, UMC Utrecht

Corinne de Ruiter
beleidsmedewerker Verenso

UW MENING

Hieronder een selectie van de reacties op deze kwestie.

Goede uitleg

In het ziekenhuis kiezen patiënten geregeld voor een wel-reanimerenbeleid. Maar als ze dan het ziekenhuis verlaten en (tijdelijk) in een verpleeghuis terecht komen, en goede uitleg krijgen over wat reanimatie en het traject erna inhouden, zeggen veel kwetsbare ouderen dat het voor hen niet meer hoeft. Bovendien zeggen veel ouderen dat in het ziekenhuis vrijwel nooit wordt uitgelegd wat er gebeurt bij een reanimatie en welke andere opties er zijn.

Ellen Kop, arts ouderengeneeskunde, Delfgauw

In dubio abstinence

Ik vind: *in dubio abstinence*. Maar in een maatschappij met steeds hogere eisen aan gezondheid en zorg – ook al is dat niet (meer) zinvol – moet je als hulpverlener wel van goeden huize komen om zo'n besluit aan nabestaanden te 'verkopen'.

Tatjana Naujocks, forensisch arts, Schipborg

Geen evidence

Het 'geen evidence'-argument gaat hier niet op. Een studie door Brady e.a. in Resuscitation (2011) toonde dat in 5 procent van ruim zesduizend *unwitnessed* (en *unmonitored*) *arrests* er een goede neurologische uitkomst was (8% verliet levend het ziekenhuis). Dus wie een studie wil opzetten over uitkomsten bij

niet- en bij wel-reanimeren bij *unwitnessed arrest*, zal, gezien de 0 procent overleving in de niet-reanimerengroep, een statistisch significant verschil vinden. Daar hoeft je echt geen duizend patiënten voor te includeren. Of het wenselijk is voor die 5 procent, is een ander verhaal. De vraag is en blijft: is statistisch significant klinisch relevant en/of ethisch wenselijk?

Laura Hannivoort, aios anesthesiologie, Groningen

Niet alleen laten

Het getuigt niet van optimale zorg om doodzieke patiënten alleen te laten, of niet via een monitor te volgen. Eenpersoonskamers zijn hier mede debet aan. Als er meer personen op een kamer liggen, kan eerder gewaarschuwd

worden, zodat zulke situaties niet voorkomen.

Maarten Vasbinder, basisarts, Ubon Ratchathani (Thailand)

Contextvariabelen

Onder de beschreven omstandigheden is mijn antwoord: niet reanimeren. Maar het probleem is dat in de meeste richtlijnen de zogenaamde contextvariabelen ontbreken. Het is ondoenlijk om die te beschrijven. Daardoor zal het handelen of nalaten ervan altijd achteraf getoetst worden aan de richtlijn in de context van dat moment, en niet alleen aan de richtlijn.

Wim van der Pol, apotheker, Delft

De referenties en meer reacties van collega's vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.