

Addendum richtlijn Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen

De huidige richtlijn 'Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen' geeft aan dat de verantwoordelijk arts bij anticiperende besluitvorming over reanimatie evidence-based informatie geeft over kans op overleving en blijvende schade na een hartstilstand. Het verschijnen van een nieuwe Nederlandse studie (Beesems, 2015) is voor Verenso, NHG en V&VN aanleiding om aan de huidige richtlijn in hoofdstuk 2 bij paragraaf §2.4 onderstaand addendum toe te voegen.

De aanbeveling blijft dat de arts op basis van evidence-based informatie en aanwezige prognostische factoren (zie de richtlijn) in overleg met de patiënt een individueel reanimatiebesluit neemt. Dit betekent dat de arts bij gezamenlijke besluitvorming over reanimatie bij de kwetsbare oudere (patiënt) rekening moet houden met de specifieke zorgdoelen en (gezondheids)situatie. De belangrijkste boodschap van de richtlijn blijft dat gespreksvoering over reanimatie onderdeel vormt van advance care planning waarbinnen patiënten en hun behandelend arts spreken over eventuele wensen over de overige zorg rond het levenseinde. Goede zorg omvat immers zorgvuldige anticiperende besluitvorming die is afgestemd op de opvattingen van de patiënt.

Aan de evidence-based informatie in de richtlijn wordt onderstaande informatie toegevoegd:

Uit een nieuwe, kwalitatief goede,¹ retrospectieve Nederlandse studie bij 70+ers- waarbij reanimatie buiten het ziekenhuis is opgestart - (Beesems, 2015) blijkt dat:

- a. 12% (n=156/1332) van de 70+ers en 8% (n=48/633) van de 80+ers in dit onderzoek levend het ziekenhuis verlaat. Beide percentages vallen binnen de range die in de huidige richtlijn wordt aangegeven, respectievelijk 2,4-14% en 3,3-9,4%.
- b. 10,6% (n=141/1332) van de 70+ers geen tot milde neurologische schade overhoudt (CPC≤2). Dit valt buiten de in de huidige richtlijn gepubliceerde range (1,2%- 5,7%). Van het aantal *overlevende* 70+ers heeft 90% (n=141/156) geen tot milde neurologische schade en 10% ernstige neurologische schade terwijl de huidige richtlijn, op basis van eerder geïncludeerde studies, aangeeft dat 50% geen tot milde neurologische schade heeft.
- c. overlevingskansen kleiner worden bij toenemende leeftijd (70-79 jaar 16% vs ≥80 jaar 8%; p=0.001). Dit is in overeenstemming met de eerder geïncludeerde studies.
- d. er een verband is tussen de overlevingskansen en patiënten met dementie: geen van de patiënten met dementie overleefde.

Uit de eerder geïncludeerde studies bleken ook de overlevingskansen te dalen voor ouderen met verschillende chronische aandoeningen (comorbiditeit). De studie van Beesems toonde echter geen verband aan met comorbiditeit. Dit is mogelijk te verklaren doordat in de studie van Beesems relatief weinig kwetsbare ouderen (CCI≥4; 120/850=14%) participeren in vergelijking tot het aantal kwetsbare ouderen in de Nederlandse bevolking (Van Campen/SCP, 2011; 27%). Het is daardoor lastig om op basis van deze studie uitspraken te doen voor de kwetsbare oudere in Nederland. De gunstiger neurologische uitkomsten in de studiepopulatie van Beesems zijn daarnaast mogelijk te verklaren doordat het, in vergelijking met andere landen, in Nederland gebruikelijker is dat kwetsbare (oudere) patiënten - al of niet in samenspraak met hun arts - besluiten tot niet-reanimeren. Ook wordt in Nederland bij mensen bij wie reanimatie is opgestart en die in het ziekenhuis een zeer slechte prognose blijken te hebben op basis van zorgvuldige protocollen en in overleg met naasten de behandeling eerder gestaakt dan in andere landen.

¹ Beoordeeld door Cochrane Netherlands op verzoek van NHG, V&VN en Verenso