



PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/24520>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

Niet-reanimeerbeleid in de klinische praktijk

Ervaringen op de afdeling Geriatrie van het AZN St Radboud



Drs M.P.E. Janssen
gezondheidswetenschapper en verpleegkundige
Vakgroep Ethiek, Filosofie en Geschiedenis
van de Geneeskunde, KU Nijmegen
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen



Prof. dr W.H.C. Hoefnagels
Klinisch geriater
Hoofd van de Afdeling Geriatrie
AZN St Radboud
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen

Samenvatting

In dit artikel wordt verslag gedaan van een *pilot study* naar niet-reanimeerbeleid op de afdeling Geriatrie van het AZN. Aantekeningen en argumentaties met betrekking tot het niet-reanimeerbeleid in medische dossiers zijn verzameld en geïnterpreteerd. Gesprekken tussen artsen en patiënten over het niet-reanimeerbeleid zijn geanalyseerd. Vervolgens geven de onderzoeker aan welke vragen en morele problemen de implementatie van een niet-reanimeerbeleid in de klinische praktijk met zich mee kan brengen.

Trefwoorden: niet-reanimeerbeleid, klinische praktijk, morele argumentatie

Inleiding

Arts (A): "Er is iets wat wij vragen aan iedereen die opgenomen wordt, en dat is wat er met u gebeurt als u een hartstilstand krijgt."

Patiënt (P): "Nou ja, dan ben ik dood hè."

A: "Ja, maar in een ziekenhuis ligt dat toch net even anders dan ergens anders. Kijk, als u hier een hartstilstand krijgt, dan kunnen we gaan proberen om u te reanimeren, hartmassage te doen, te beademen."

P: "Ja, dat klopt dan ben ik weer levend."

A: "Als het allemaal lukt. Als het allemaal lukt en we er snel genoeg bij zijn."

P: "Ja dat klopt."

A: "Ja, en we willen graag weten of u dat nu wilt of niet."

In veel ziekenhuizen staat het opstellen van een niet-reanimeerbeleid op de agenda. Een niet-reanimeerbeleid betekent dat er "een beleid is ten aanzien van het niet-reanimeren van patiënten met een slechte prognose *quoad*

vitam (met betrekking tot het leven) of een toestand van onherstelbaar en/of progressief lichamelijk of geestelijk lijden" (CBO, 1991, 1). Voor het opstellen en introduceren van een niet-reanimeerbeleid is het van belang inzichtelijk te maken welke overwegingen eraan ten grondslag liggen. Recentelijk verschenen publikaties over de ontwikkeling van een niet-reanimeerbeleid in ziekenhuizen (Van Delden 1995, Kirkels 1995 en Verweij 1997). Tot nu toe is echter geen informatie beschikbaar over het feitelijke gebruik van een niet-reanimeerbeleid in de klinische praktijk.

In dit artikel wordt beschreven wat het effect van de invoering van het *Advies niet-reanimeren* in 1992 op de afdeling Geriatrie van het AZN is geweest. De *pilot study* beschrijft in hoeverre de theoretische en praktische overwegingen die tot het formuleren van niet-reanimeerbeleid hebben geleid, herkenbaar zijn bij het gebruik ervan in de klinische praktijk. Empirische data zijn verkregen door medische dossiers van patiënten aan de hand van een checklist te analyseren. Gesprekken tussen artsen en patiënten over het niet-reanimeerbeleid zijn op audiocassette opgenomen en uitgeschreven.

In de beschouwing wordt beschreven welke nieuwe morele vragen deze *pilot study* oproept.

Niet-reanimeerbeleid

De afgelopen jaren groeit binnen de geneeskunde de aandacht voor het wel of niet aanbieden van bepaalde medische behandelingen aan ernstig zieke of terminale patiënten, waaronder reanimatie. Het is bekend dat bij sommige patiënten de kans van overleving na reanimatie erg laag is. Bij patiënten met een gemetastaseerde vorm van kanker en bij patiënten met een hoge leeftijd in combinatie met bepaalde diagnoses, blijkt reanimatie een lage kans van slagen te hebben (O'Keefe e.a., 1991). Uit het onderzoek naar medische beslissingen rond het

levenseinde blijkt dat in Nederland in ziekenhuizen ongeveer 90.800 niet-reanimeerbesluiten per jaar worden genomen. Dit is bij 6% van de 1,5 miljoen opnames per jaar. De incidentie van niet-reanimeerbesluiten verschilt per instelling en per specialisme (Maas van der e.a., 1991). Uit het meest recente onderzoek op dit gebied blijkt dat artsen schatten dat in 20,2 % van alle sterfgevallen het staken en/of niet instellen van een levensverlengende behandeling plaatsvindt (Wal van der e.a., 1996). De in april 1995 ingevoerde Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WBGGO) en de (toekomstige) Kwaliteitswet Zorginstellingen kunnen voor het ziekenhuismanagement en/of de ethische commissie een stimulans zijn om een niet-reanimeerbeleid op te stellen. Beleid, in de vorm van een richtlijn of protocol kan behandelaars ondersteunen bij het zorgvuldig nemen van het besluit om een patiënt niet te reanimeren wanneer er tijdens de opname in het ziekenhuis een hart en/of ademhalingsstilstand optreedt.

Een niet-reanimeerbesluit is "een geëxpliciteerd, anticiperend besluit om af te zien van een reanimatie wanneer een patiënt een hart en/of ademhalingsstilstand krijgt" (Van Delden, 1993, 17). De afgelopen jaren is er uitgebreid onderzoek gedaan naar de slagingskans van een reanimatie bij bepaalde medische diagnoses. Naast empirische gegevens over de effectiviteit van reanimeren spelen ook normatieve argumenten een rol. Op dit gebied heeft Van Delden (1993) prospectief onderzoek gedaan. Bij de normatieve argumenten is vooral de vraag in het geding of het voor *deze* patiënt in *deze* situatie wel gewenst is als de reanimatie slaagt.

Het 'Advies niet-reanimeren'

In 1991 startte de Commissie Ethiek van het AZN een discussie over *non-treatment* beslissingen in de klinische praktijk. Haar uiteindelijke advies bevatte argumenten die voor een niet-reanimeerbesluit kunnen gelden. Besloten werd het advies 'uit te proberen' op enkele afdelingen. De afdeling Geriatrie was bereid om, ondersteund door dit advies, de mogelijkheid van niet reanimeren ter sprake te brengen. Behandelaars zouden expliciet met bepaalde patiënten (en hun familie), collega's en verpleging afspraken hierover maken. Het betrof patiënten die *at risk* waren voor het krijgen van een hartstilstand gedurende de opname en waarbij de slagingskans van de reanimatie laag werd ingeschat.

De Commissie Ethiek onderscheidt twee typen argumenten op grond waarvan tot niet reanimeren kan worden besloten: de geringe effectiviteit van de reanimatie en de zinloosheid ervan. De arts overweegt of er een redelijke kans van slagen aanwezig is (effectiviteitsoordeel). Als die

kans als zeer gering wordt ingeschat dan kan de beslissing worden genomen dat de patiënt niet zal worden gereanimeerd. Wanneer er wel een redelijke kans van slagen is, maar ten aanzien van het uiteindelijke effect van reanimatie vragen kunnen worden gesteld, is de zinvolheid van de behandeling in het geding. De Commissie Ethiek benadrukt in dat geval het belang van het gesprek met de patiënt. Alleen de patiënt kan een waardeoordeel geven over de zinvolheid van een behandeling (CE, 1992).

De Commissie Ethiek heeft een formulier ontworpen om de beslissing om wel of niet te reanimeren vast te leggen. Dit formulier wordt, na besproken te zijn met de patiënt, ingevuld en toegevoegd aan het medische dossier. Op het formulier worden de naam van de patiënt, geboortedatum, dag van het bespreken van het beleid en de naam van de behandelend arts vastgelegd. Op het formulier staan de volgende vragen: welke beslissing met betrekking tot reanimeren is genomen, wie zijn er betrokken bij het besluit en welke argumenten worden relevant geacht voor de beslissing. Ook wordt informatie verschaft over de competentie van de patiënt en eventuele opmerkingen van de familie.

De keuze voor het doen van onderzoek op de afdeling Geriatrie kwam mede tot stand doordat deze afdeling zich binnen het ziekenhuis profileert als een afdeling die het systematisch bespreken van niet-reanimeerbeleid van belang acht. Het niet-reanimeerbeleid werd in oktober 1992 ingevoerd.

De praktijk: documentatie van niet-reanimeerbesluiten

In de periode oktober 1992 tot en met december 1994 zijn 243 patiënten opgenomen geweest op de afdeling Geriatrie van het AZN St Radboud. 213 medische dossiers konden worden achterhaald (87,7%). Uit analyse van de medische dossiers blijkt dat tijdens de onderzoeksperiode drie verschillende manieren van documenteren van niet-reanimeerbeleid werden gehanteerd:

1. Het Advies niet-reanimeren wordt toegepast: de behandelaar heeft (een gedeelte van) het formulier ingevuld en daarna aan het medische dossier toegevoegd.
2. Instructies c.q. aantekeningen inzake reanimeerbeleid zijn aanwezig in het medische dossier. Deze instructies bevinden zich meestal op het voorblad van het medische dossier en bestaan uit afkortingen van begrippen: R. (reanimeren), N.R. (niet-reanimeren), N.R.B. (niet-reanimeerbeleid) en N.T.B.R. (*not to be resuscitated*).
3. Geen enkele vorm van documentatie op het gebied van niet-reanimeerbeleid wordt in het medische dossier aangetroffen.

Documentatie van argumenten voor een niet-reanimeerbesluit

In 89 van de 213 geanalyseerde dossiers (41,3%) is de beslissing aangaande het niet-reanimeerbeleid vastgelegd met behulp van het formulier. In alle gevallen was de patiënt (dan wel diens familie) bij de beslissing betrokken. In 22 van 89 gevallen werd de beslissing om niet te reanimeren daadwerkelijk genomen. Op slechts 23 van de 89 formulieren (26,1%) wordt de beslissing beargumenteerd. Daarbij kunnen 8 typen argumenten worden onderscheiden:

- Effectiviteit van de behandeling wordt laag ingeschat (8)
- Verzoek van de patiënt om niet gereanimeerd te worden bij een hart en/of ademhalingsstilstand (13)
- Verzoek van de familie om de patiënt niet te reanimeren bij een hart en/of ademhalingsstilstand (2)
- Prognose van de patiënt na reanimatie is slecht (2)
- Conditie van de patiënt na reanimatie is slecht (4)
- Reanimatie is een zinloze handeling (4)
- Reanimatie zou verlenging van lijden betekenen (5)
- Overige argumentaties (zoals "Patiënt geeft aan dat het Gods wil is om het moment van sterven te bepalen" en "Bij vorige opname al besproken") (4)

Gesprekken tussen arts en patiënt over het niet-reanimeerbeleid

In Juni 1995 werden 16 gesprekken tussen arts en patiënt op audiocassette opgenomen en uitgeschreven. De onderzoeker werd opgepiept als er tijdens werkdagen tussen 8.00 en 18.00 uur een opnamegesprek plaats zou vinden. Het betrof de opnamegesprekken van 5 mannen en 11 vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 85,9 jaar. Bij 12 van deze 16 gesprekken is het niet-reanimeerbeleid van het ziekenhuis aan de orde gekomen. De arts nam het initiatief om het niet-reanimeerbeleid te bespreken. In alle gesprekken werd het beleid met de patiënt besproken en bij 9 gesprekken was er familie aanwezig. Eenmaal gaf de patiënt aan informatie gehad te hebben over het niet-reanimeerbeleid bij een vorige opname. In de 11 andere gesprekken gaf de arts mondelinge voorlichting. In de beschrijvingen van de situatie van de patiënt na reanimatie ligt de nadruk op techniek, infusen en beademen.

Risicofactoren, bijvoorbeeld het hebben van een gemetastaseerde vorm van kanker, zijn in geen enkel gesprek aan de orde geweest. De complicaties ten gevolge van reanimatie "een zeer slechte conditie, we weten niet hoe u er uit komt" echter wel:

A: "Ik wil er u nog wel meer over vertellen. U krijgt dan hier een hartstilstand, wij zijn er snel bij, of wij kunnen er snel bij zijn, snel handelen. Dus dan gaan we hartmassage toepassen en beademen. Dan komt u op de I.C. De Intensive Care.."

P: "Ja, dus net als in het Canisius toen..."

Familie (F); "Nee!"

A: "Veel slangetjes in je arm.."

P: "Oh, nou die zou ik eruit trekken. Daar zit ik altijd aan te frunniken."

A: "Dan wordt u ook beademd, dan wordt u altijd in de gaten gehouden, en kijk het lukt niet altijd om iemand er doorheen te krijgen. En het tweede is dat als ze er doorheen komen, dat de mensen meestal veel slechter zijn dan dat ze er voor waren."

P: "Ik heb eigenlijk, laat ik het goed zeggen de moed in het leven verloren."

A: "Ja, dat kan. Als u het zo wilt verwoorden."

P: "Ja, je leeft dan wel, als je daar doorheen komt, maar... hoe leef ik dan?"

A: "...Hoe leef je dan?"

P: "Nee dat doe ik niet. Ik wil zo niet leven, dat zou ik heel erg vinden, als ik in een rolstoel kwam en ik mijn armen niet kan gebruiken. Nee, alsjeblieft niet".

A: "Nee. Nou dat is dan duidelijk hé, dan schrijven we ook hier op. Stel dat gebeurt.."

P: "ja als dat gebeurt, laat mij maar rustig doodgaan."

Van de 12 patiënten waarmee het reanimatiebeleid werd besproken, werden er 10 door de arts als competent ingeschat. Bij twee patiënten waarvoor dit niet gold werd als argument aangegeven dat deze patiënten "cognitieve functiestoornissen hadden en de informatie over reanimeren niet zouden begrijpen". Deze patiënten waren wel aanwezig toen de arts het reanimatiebeleid met de familie besprak. De competentie van de patiënten met betrekking tot het nemen van beslissingen werd tijdens het opnamegesprek niet systematisch onderzocht met behulp van bijvoorbeeld een psychologische test. Het niet-reanimeerbeleid werd door de arts aan het einde van het opnamegesprek aan de orde gesteld. Zowel de arts als de patiënt waren op de hoogte van de doelstelling van de *pilot study*. Het is niet onwaarschijnlijk dat de aanwezigheid van de onderzoeker ertoe heeft geleid dat het onderwerp niet-reanimeerbeleid door de arts vaker expliciet aan de orde werd gesteld.

Beschouwing

Het introduceren van een niet-reanimeerbeleid op een afdeling heeft als doel te voorkomen dat patiënten worden gereanimeerd waarbij de kans van 'slagen' heel laag wordt ingeschat, of wanneer het niet de wens van de patiënt is (geweest) om gereanimeerd te worden. Aange-

zien er geen onderzoek heeft plaats gevonden over niet-reanimeerbesluiten in de periode voorafgaande aan het *Advies niet-reanimeren* kan uit de *pilot study* niet worden geconcludeerd dat de introductie van een niet-reanimeerbeleid geleid heeft tot het vaker bespreken en documenteren van niet-reanimeerbesluiten. Wel kan worden geconcludeerd dat relatief vaak samen met patiënt en/of familie het niet-reanimeerbeleid werd besproken. Bij 89 besluiten waren patiënt en/of familie betrokken (41,8 %). In het rapport van de Commissie Rummelink was maar in 14% van alle niet-reanimeerbesluiten de patiënt en of de familie op de hoogte van dit besluit. Opvallend is dat er 22 wél-reanimeerbesluiten zijn gedocumenteerd. Dit is opvallend omdat als uitgangspunt geldt dat in een ziekenhuis in beginsel iedereen wordt geanimeerd en dat alleen *niet-reanimeerbesluiten* explicitering behoeven.

Het vastleggen en documenteren van niet-reanimeerbesluiten is niet verlopen zoals de Commissie Ethiek beoogde. Het formulier werd doorgaans niet volledig ingevuld en in de meeste gevallen werd het besluit niet beargumenteerd. De argumenten die terug te vinden zijn, zijn niet altijd gerelateerd aan het onderscheid tussen effectiviteit en zinvolheid dat de Commissie Ethiek maakte. Verder onderzoek (interviews met artsen) zou hierover nader uitsluitsel kunnen geven. Verder onderzoek kan expliciteren in hoeverre de wens van een patiënt als uitgangspunt wordt genomen en welke waardeoordelen (van patiënt en arts) bij een niet-reanimeerbesluit bepalend zijn.

In toenemende mate wordt binnen de gezondheidszorg op afdelingsniveau verlangd dat de effectiviteit van de gegeven zorg toetsbaar en meetbaar is. De aanwezigheid van een niet-reanimeerbeleid op de afdeling Geriatrie van het AZN lijkt verhoudingsgewijs een hoge mate van gedocumenteerde niet-reanimeerbesluiten op te leveren. De sobere verslaglegging van het feitelijke besluit lijkt daarin echter een zwakke schakel. De analyse van de gesprekken tussen arts en patiënt over het niet-reanimeerbeleid wekt de indruk dat het als een objectieve beleidsmaatregel wordt ervaren in plaats van als een normatief kader waarbinnen afwegingen kunnen worden gemaakt. Er is een niet-reanimeerbeleid, de patiënt moet worden voorgelicht, er moet een besluit worden genomen en er is een formulier dat moet worden ingevuld.

Om erachter te komen wat er werkelijk in ziekenhuizen gebeurt met betrekking tot beslissingen rond het levens-einde zijn recentelijk twee kwalitatieve studies uitgevoerd (Pool 1996, The 1997). Uit deze studies blijkt dat de praktijk van de gezondheidszorg weerbarstig is en zich maar gedeeltelijk door procedures en regelgeving laat sturen. De hier gepresenteerde *pilot study* illustreert dit. Kwantitatief onderzoek alleen is niet voldoende. Analyses

van gesprekken tussen arts en patiënt over niet-reanimeerbeleid vormen een noodzakelijke aanvulling. Inzicht in hoe de zorg rondom de patiënt is georganiseerd (bij wie en op welk moment komt de vraag naar niet-reanimeerbeleid naar voren?) en welke disciplines erbij betrokken zijn, lijkt van belang. Door op een systematische manier, met behulp van verschillende kwalitatieve onderzoeksmethoden, de morele argumentatie in kaart te brengen kan worden onderzocht in hoeverre het ziekenhuisbeleid beantwoordt aan de praktijk van alledag.

De introductie van niet-reanimeerbeleid op een afdeling zou gepaard moeten gaan met (bij)scholing. Systematische aandacht van artsen voor de (morele) overwegingen zal de documentatie en argumentatie in de medische dossiers verbeteren. De gesprekken over niet-reanimeren zullen hierdoor zorgvuldiger gaan verlopen. Met name zorgvuldigheid van gespreksvoering en besluitvorming is iets waar de patiënt belang bij heeft.

Juni 1996 heeft de Commissie Ethiek van het AZN St Radboud de 'definitieve' versie van het *Advies niet-reanimeren* afgerond (CE, 1995). Aan verpleegkundigen en artsen is de brochure 'Niet-reanimeerbeleid' aangeboden. De brochure ging vergezeld van een brief van de Raad van Bestuur met de aanbeveling het niet-reanimeerbeleid in de klinische praktijk toe te passen.

Met dank aan drs A. Van Andel en dr W. Dekkers van de Vakgroep EFG van de KU Nijmegen.

Literatuur

- Commissie Ethiek AZN St Radboud, *Advies niet-reanimeren*. Interne adviesnota 1992.
- Commissie Ethiek AZN St Radboud, *Advies niet-reanimeren*. Adviesnota 1995.
- Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing, *Beleid "niet-reanimeren"*. Utrecht: CBO, 1991.
- Dautzenberg PLJ, Bezemer DP, Duursma SA, Schonwetter R, Hooyman C, The Frequency of 'do-not-resuscitate' order in aged in-patients: effect of patient- and non-patient-related factors. In: *Netherlands Journal of medicine* 1994; 44: 78-83.
- Delden JJM van, *Beslissen om niet te reanimeren*. Een medisch en ethisch vraagstuk. Assen: Van Gorcum, 1993.
- Delden JJM van, *Uitgangspunten voor een niet-reanimeerbeleid*. In: *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 1995;139:268-272.
- Dillmann R, Legemaate J, *Ethiek, recht en dementie*. In: *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 1992;7/8: 826-844.
- Kirkels VGHJ, *Beleid 'Niet-reanimeren'*. In: *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek* 1995;5:30-32.
- Maas PJ van der, Delden JJM van, Pijnenburg L, *Medische*