



- ① Dr. Patrick Druwé, UZ Gent  
 ② Prof. dr. Koen Monsieus, diensthoofd spoedgevallen UZA

## Spoeedgevallen

# Stilstaan bij de zin van reanimeren

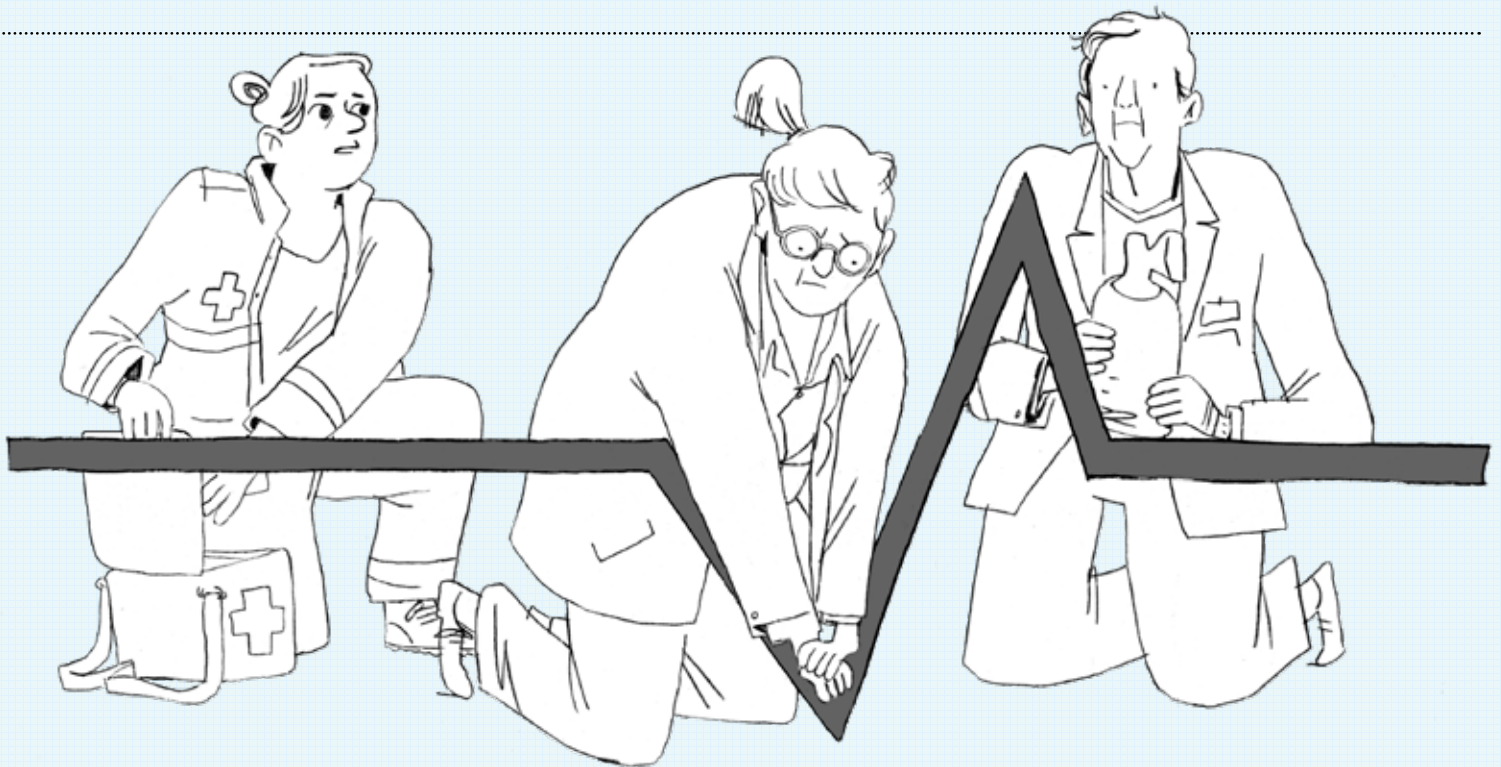
Meer openheid en overleg tussen spoedmedewerkers kan leiden tot minder zinloze reanimatiepogingen. Intensivist dr. Patrick Druwé (UZ Gent) en prof. dr. Koen Monsieus (UZA): 'Reanimeren is erg ingrijpend. We doen het beter alleen als we iemand nadien terug een zinvol leven kunnen bieden.'

**Dr. Druwé, uw onderzoeksgroep publiceerde recent een onderzoek dat dit probleem onder de aandacht bracht. Wat waren de voornaamste resultaten?**

Druwé: 'We hebben een bevraging gedaan bij 4000 hulpverleners uit 24 landen, over reanimaties bij spoedgevallen. Er blijkt een grote kloof te zitten tussen de overlevingskansen van de patiënten en de perceptie van de hulpverleners

over de zin van de reanimatie. Bij patiënten die geen enkel hartritme meer hebben en bij wie reanimatie wordt opgestart, overleeft maar 4,9%, terwijl 74% van de hulpverleners in de bevraging de poging toch zinvol vindt. Bij 80-plussers zonder hartritme overleeft zelfs maar 0,4%. En nog vindt 44 procent van de hulpverleners de reanimatiepoging gepast. Anderzijds zegt 60% van de hulpverleners dat ze regelmatig het gevoel hebben dat een reanimatie eigenlijk niet zinvol was. Dat kun je zomaar niet negeren.'

Monsieus: 'Als een team vandaag ergens aankomt en iemand aantreft die geen hartslag heeft, dan gaat het vaak standaard reanimeren: hartmassage, beademing, infusen voor medicijnen, adrenaline enzovoort. Terwijl dat bij een groot deel van die mensen geen enkele zin heeft. Hulpverleners blijven dan verder reanimeren omdat ze niet durven stoppen of omdat ze niet durven overleggen met de familie of het reanimatieteam. Het zou goed zijn als er binnen de



teams meer openheid zou zijn om dat te bespreken.'

### Baat het niet, dan schaadt het niet, zou je toch denken als leek?

Monsieurs: 'Dat klopt niet. Een reanimatie is erg ingrijpend. De borstkas wordt diep ingedrukt, vaak met gebroken ribben tot gevolg, de patiënt wordt geïntubeerd, krijgt adrenaline enzovoort. Voor patiënten die eigenlijk geen kans meer hebben, is dat geen rustig levenseinde. Bovendien weten we niet of patiënten daar al dan niet nog iets van voelen. Uiteindelijk pomp je opnieuw zuurstof naar de hersenen en dus breng je mogelijk ook het bewustzijn terug op gang, om het daarna vaak weer te verliezen. Ik ben vice-voorzitter van de Europese Reanimatieraad en dus absoluut pro reanimeren – net als dr. Druwé overigens. Je moet tot het uiterste gaan, maar alleen als er een reële kans is dat het goedkomt met

de patiënt. Reanimeren dient niet om het stervensproces te verlengen of de doden te verstoren.'

Druwé: 'In andere takken van de geneeskunde stellen we ook grenzen. Chirurgen opereren niet als ze het niet zinvol vinden, oncologen starten alleen een behandeling als ze denken dat er een reële kans op succes is. Op dezelfde manier moeten we bekijken of reanimeren gepast is. We moeten de patiënt centraal stellen. Als we iets kunnen betekenen voor de patiënt, moeten we reanimeren. Anders niet.'

### Welke patiënten hebben wel baat bij reanimatie?

Monsieurs: 'Er is één groep patiënten bij wie reanimatie zonder twijfel zin heeft: mensen die een hartstilstand krijgen in aanwezigheid van een getuige, die meteen hartmassage krijgen van de aanwezigen, en bij wie er snel een ziekenwagen ter plaatse is om beademing te geven



### In alle takken van de geneeskunde stellen we grenzen

en het hart een elektrische schok te geven. Want bij die groep zie je op de hartmonitor meestal nog een 'fibrillatie', dat is een verstoord, onregelmatig hartritme. In die ideale omstandigheden krijg je hier in Vlaanderen bij ongeveer de helft het hart terug op gang, en nog eens de helft daarvan verlaat uiteindelijk levend het ziekenhuis. Over de hele lijn overleeft dus een kwart. Bij de andere spoedgevallen zijn de slaagcijfers van reanimatie maar enkele procenten. Omdat zij meestal helemaal geen hartritme meer hebben op het moment dat ze worden gevonden: de hartmonitor toont dan een platte lijn. Alleen bij een heel

klein aantal van hen, die nog maar net in die toestand beland zijn, kan reanimatie soms nog zin hebben.'

### Hoe bepaal je dan of het nog gepast is reanimatie op te starten?

Druwé: 'Net als bij alle medische beslissingen moeten we ons baseren op een combinatie van feiten en het klinisch inzicht van alle teamleden. Wel of geen schokbaar hartritme, een getuige die weet hoe lang de patiënt al in die toestand is ... Dat zijn objectieve feiten. Een klinische inschatting maak je op basis van de algemene toestand van de patiënt, zijn of haar leeftijd, gekende medische voorgeschiedenis, enz. Vandaag wordt dat klinisch inzicht veel te weinig gebruikt om gericht te reanimeren waar het zinvol is. Als het niet zinvol is, kan een team zijn energie beter gebruiken om bijvoorbeeld de familie te begeleiden.'

Monsieurs: 'Ambulanciers en →

→ verpleegkundigen die ter plaatse komen, zijn in veel gevallen wettelijk verplicht om te beginnen reanimeren. Maar als de urgentiearts erbij komt, is er tijd om de situatie te evalueren. Als de meerderheid van het team vindt dat er geen kansen zijn, dan zou je beter niet reanimeren.'

Druwé: 'Het is inderdaad belangrijk om te overleggen met alle teamleden en de beslissing samen te nemen. Je legt de klinische ervaring van het hele team samen om een goede beslissing te nemen.'

**Uit het onderzoek blijkt dat juist die ervaring een belangrijke rol speelt in een correcte inschatting van de situatie?**

Druwé: 'Dat klopt, vooral ervaring leidt tot betere inschattingen, of het nu om een arts, een verpleegkundige of een ambulancier gaat. Een ambulancier met 20 jaar ervaring



**Het blijft extreem belangrijk dat zoveel mogelijk mensen leren reanimeren**

die zijn bedenkingen heeft, moet dat dus ook kunnen uiten.'

Monsieurs: 'Toen ik begon als arts, heb ik ook meegemaakt dat de verpleegkundige mij na een half uur reanimeren vroeg wat we eigenlijk aan het doen waren. Die verpleegkundige had gelijk, het was zinloos. Maar je bent jong, je hebt leren reanimeren en je doet dat dan ook. Het is erg belangrijk dat er op de spoedafdelingen een open cultuur heerst waar iedereen zich gehoord voelt. Ik denk dat we dat element van gepastheid van reanimatie en de bespreking binnen het team ook moeten opnemen in de reanimatiecursussen.'

Druwé: 'Er mag in de reanimatiecursussen zeker meer aandacht gaan naar het belang van die klinische inschatting. Je kan die overigens maar opbouwen als je ook systematisch feedback krijgt over het uiteindelijke resultaat voor de patiënt. Debriefing is dus ook heel belangrijk. Zeker over moeilijke gevallen zouden teams achteraf open van gedachten moeten kunnen wisselen.'

**Riskeer je door minder te reanimeren geen kansen te missen om mensenlevens te redden?**

Druwé: 'Nee, als je de klinische inschatting meer laat meespelen, zullen we volgens mij niet minder

patiënten reanimeren die een kans hebben, maar zullen er wel minder zinloze pogingen zijn. Er gebeuren vandaag disproportioneel veel reanimaties, bij mensen van heel hoge leeftijd of in een heel slechte algemene toestand, waarvan de betrokkenen weten dat het eigenlijk geen zin heeft.'

Monsieurs: 'Zorgverleners doen dat vaak voor de familie, om te tonen dat ze alles uit de kast hebben gehaald. Maar een reanimatie is voor een familie ook geen fraai zicht. Als de arts op een empathische manier uitlegt dat reanimeren zinloos is, kan een familie daar volgens mij wel achter staan. Het gaat er juist om dat we onze energie steken in patiënten die wel kans maken. Want voor die groep kunnen we het in Vlaanderen nog beter doen.'

**Het blijft dus belangrijk om het brede publiek te blijven sensibiliseren rond reanimatie?**

Monsieurs: 'Zeker, het blijft extreem belangrijk dat zoveel mogelijk mensen leren reanimeren en dat getuigen de hartmassage meteen opstarten, liefst nog met gebruik van een automatische externe defibrillator (AED), dat is een toestel om een elektrische schok toe te dienen. Anders zijn alle kansen bij voorbaat verkeken. Hoe meer mensen kunnen reanimeren in afwachting van de hulpdiensten, hoe meer zinvolle reanimaties de urgentieteams kunnen doen. Het aantal patiënten dat hartmassage en een elektrische schok krijgt van omstaanders moet nog verder stijgen. Zo kunnen we bij die groep van patiënten die wel een kans heeft, nog winst boeken.'