

**Bron:**

EPZ AmsterdamUMC: Prof. Dr. Lia van Zuylen, Prof. Dr. Monique Steegers, Prof. Dr. Markus Hollmann, Prof. Dr. Dick Willems

## Dringend advies ten aanzien van NR/geen IC-beleid bij patiënten met ernstig onderliggend lijden

Verantwoordelijke: Lia van Zuylen/Monique Steegers/Markus Hollmann/Dick Willems

In het kader van zinvolle medische zorg is het van belang tijdig te spreken met iedere patiënt en zijn of haar naasten over het beleid met betrekking tot reanimatie en IC-opname. Om te zorgen dat patiënten met ernstig onderliggend lijden (bv gemetastaseerde maligniteit, ernstige COPD of hartfalen) goede zorg krijgen ook in geval van acute verslechtering (nu bv door infectie met het coronavirus) en om te voorkomen dat zij in afzondering moeten sterven is het **belangrijk dit beleid op korte termijn bij iedere patiënt vast te leggen.**

Het volgende wordt dringend geadviseerd:

**NR en géén IC-opname:** voor patiënten met een ernstig onderliggend lijden (zie tabel 2) EN/OF één van onderstaande criteria aanwezig:

- levensverwachting < 1 jaar
- frailty is  $\geq 6$  volgens de hieronder bijgevoegde classificatie

Tabel 1. Frailty classificatie

	Classificatie	Functioneren <u>voorafgaand</u> aan start klachten	Criterium
1 t/m 4	Klinisch fit 	Sport regelmatig. Geen ziekteverschijnselen. Geheel zelfstandig	In dagelijks leven geen enkele hulp nodig (geen professionele zorg of mantelzorg)
5 Twijfel IC	Mildly frail 	Heeft hulp nodig bij boodschappen, koken. Beperkte loopafstand	Doet wassen en aankleden nog zelfstandig
6 t/m 8 Geen IC	Frail 	Afhankelijk voor dagelijkse zorg. Heeft hulp nodig bij alle activiteiten buitenshuis en bij het huishouden.	Hulp nodig bij wassen en aankleden.
9 Geen IC	Terminally ill	Terminale fase met een levensverwachting van < 6 maanden.	

Informeer patiënten en naasten hierover bij het eerstvolgende geplande contact op polikliniek of telefonische contact.

**Leg vast dat dit is besproken zowel in notitie als in bovenbalk (EPIC order beperkt beleid), communiceer dit met de huisarts (brief/telefonisch).**

Het is belangrijk voor ogen te houden dat dit beleid in principe niet anders is dan in tijden zonder crisis en past bij zinvolle medische zorg. Er is echter geen vrijblijvendheid meer (voor arts en patiënt).

Datum: 23-03-2020

Er moet worden voorkomen dat op de SEH of in het ziekenhuis dergelijke beslissingen moeten worden genomen.

### Tips voor het gesprek

Vaak hebben patiënten er zelf ook al over nagedacht (zeker nu) en vinden ze het prettig met hun arts erover te praten.

*Doel van het gesprek:* patiënt en naasten zijn op de hoogte van het NR/geen ICU-beleid en begrijpen de reden voor dit beleid (wat nog iets anders is dan dat er begrip voor is).

- Agendeer het onderwerp: Ik wil het met u gaan hebben over wat we gaan doen in het onverhoopte geval dat uw situatie ernstig verslechtert.
- Vergewis je ervan dat patiënt niet alleen is als het gesprek telefonisch gevoerd moet worden. In geval patiënt alleen is, bekijk of het mogelijk is op een ander moment terug te bellen als wel iemand aanwezig kan zijn.
- Presenteer het als standaardbeleid (wat het ook is!). De crisis door COVID-19 maakt alleen dat er geen tijd meer is 'een geschikt moment' af te wachten.
- Leg uit dat de nadelen van vergaande behandeling als reanimeren en opname op ICU groter zijn dan de te verwachten voordelen.
- Soms zijn mensen bang voor de dood, maar het komt ook geregeld voor dat mensen bang zijn voor wat er *daarvoor* kan gebeuren. Het is belangrijk naar de angsten van de patiënt te vragen, lang niet alle patiënten zullen er uit zichzelf over beginnen.
- Maak duidelijk dat dit niet betekent dat de patiënt aan haar of zijn lot wordt overgelaten; zinvolle medische zorg wordt *altijd* gegeven. Vermijd daarom de term 'uitbehandeld' of 'niets doen'.
- Geef aan welke zorg er nog wel wordt gegeven, indien nodig.
- Benoem dat het belangrijk is dat het goed is uitgelegd en vraag de patiënt het vertelde te herhalen.
- Vraag in ieder gesprek, maar zeker indien dit door de omstandigheden telefonisch plaatsvindt en dus de non-verbale signalen niet gezien kunnen worden, naar wat dit bij de patiënt teweeg brengt
- Er is een grote verscheidenheid aan manieren waarop binnen verschillende culturen en religieuze overtuigingen met het levenseinde wordt omgegaan. Geestelijk verzorgers kunnen hier hulp en ondersteuning bieden.
- Informeer bij het afsluiten van het gesprek of er nog vragen zijn.
- Informeer de huisarts indien het beleid is aangepast.

Bronnen:

- Folder Spreken over de laatste fase van het leven. Erasmus MC en KNMG-handreiking Tijdig spreken over het levenseinde
- Jeroen Bosch ziekenhuis gebaseerd op NVIC-richtlijn Pandemie

Tabel 2. Exclusiecriteria voor IC-opname in fase 3 (NVIC-Pandemie)

criterium	Uitleg
<b>Lage waarschijnlijkheid om te overleven</b>	
Hartstilstand	Unwitnessed cardiac arrest Witnessed cardiac arrest, niet reagerend op elektrotherapie (defibrillatie of pacing) Herhaaldelijke of doorgaande hartstilstand Een tweede hartstilstand <72 uur na terugkeer van spontane circulatie
Ernstig trauma/brandwonden	Voorspelde mortaliteit van >90%
Ernstig en irreversibel neurologisch lijden of ziektebeeld	Ernstige post-anoxische hersenschade Massaal CVA (ischemisch of bloedig) Vergevorderde, niet-behandelbare neuromusculaire /neurodegeneratieve aandoening
<b>Korte levensverwachting</b>	
Gemetastaseerde (hematologische) maligniteit	Overleg met oncoloog/hematoloog over ingeschatte prognose
Eindstadium orgaanfalen	Levensverwachting <1 jaar, bijv: Eindstadium hartfalen (NYHA klasse IV) Ernstige chronische longziekten (b.v. COPD) Chronische dialysepatiënten met een contra-indicatie voor niertransplantatie Gevorderd leverfalen (MELD score >20)
Hoge biologische leeftijd ( <i>niet</i> : kalenderleeftijd)	Patiënten met een hoge <i>biologische</i> leeftijd met daardoor een beperkte prognose: <i>clinical frailty score</i> ≥ 6 (zie tabel 1)
Gevorderd en onomkeerbaar immuungecompromiteerd	Bijv medicatie resistent AIDS, overleg met internist-infectioloog/immunoloog
Electieve palliatieve chirurgie	Ten behoeve van symptomatische verlichting bij een anders terminaal zieke patiënt, bij wie de gemiddelde levensverwachting over twee jaar <50% is