

ACP tijdens de corona-pandemie

Advance Care Planning

In de regio wordt vanuit de ziekenhuizen en VVT-instellingen een beroep gedaan op huisartsen om afspraken rond het levenseinde zoveel mogelijk met elkaar te delen. Deze ACP-gesprekken worden in veel huisartsenpraktijken ook gevoerd en **'geregistreerd onder A20'**, gevolgd door **'open zetten LSP'** en op indicatie **'overdracht naar de HAP'**.

Inmiddels is duidelijk dat de meest kwetsbaren de slechtste prognose hebben; ook in de ziekenhuizen. **Dit maakt de noodzaak om het beleid rondom het levenseinde bij onze meest kwetsbaren zo snel mogelijk te bespreken, vast te leggen en te delen in de keten!**

Betekenis voor de eerste lijn

Informeer uzelf goed over nut en noodzaak van insturen van uw oudere patiënt. Bij het toenemen van de druk op de ziekenhuizen en IC's is er geen sprake meer van vrijblijvendheid. Er zijn duidelijke beslisgronden en afwegingsinstrumenten. Zie verderop in dit document. Deze instrumenten kan de eerste lijn gebruiken als ondersteuning in gesprekken rond het levenseinde. Ze geven ook een denkrichting over hoe in de kliniek verder getrieerd kan worden bij verslechtering van de conditie.

Ga na of u de informatie omtrent wensen rondom deze keuzes al heeft vastgelegd en beoordeel of de technische uitvoering correct is:

- Registratie A20;
- Hernoemen episode met de uitkomst, bijvoorbeeld 'niet reanimeren niet IC';
- Openzetten LSP;
- Overdracht naar de HAP (op indicatie).

Voorkom onmenselijke situaties op de SEH voor zover dat mogelijk is. Het is waardevol als deze beslissingen in de thuissituatie kunnen worden gemaakt.

Informeer patiënten en naasten hierover bij het eerstvolgende geplande (telefonische) contact. Zie hieronder de lijst met tips voor het voeren van dit gesprek.

Tips voor het gesprek

Vaak hebben patiënten er zelf al over nagedacht, zeker nu, en vinden ze het prettig om dit met hun eigen (huis)arts of POH te bespreken.

In de acute situatie is het doel van het gesprek erop gericht, dat patiënten de richtlijnen van reanimeren en opname op IC kennen en de reden hiervoor begrijpen. Wat niet altijd betekent dat ze er begrip voor hebben.

- Leg uit dat dit gesprek **standaard beleid** is. Dat is het ook, maar vanwege de corona- pandemie kunnen we alleen niet meer wachten op een ‘geschikt moment’.
- Leg uit dat de **nadelen van de vergaande behandeling** als reanimeren en een behandeling op de IC groter zijn dan de te verwachten voordelen.
- Soms zijn mensen **bang** voor de dood, maar vaak ook, voor wat er daarvóór allemaal gebeurt. Bespreek eventuele angsten proactief.
- Zorg ervoor dat de patiënt **niet alleen** is, eventueel kan het gesprek op een ander moment worden gevoerd. Overleg bij wilsonbekwaamheid met de SO of geriater (Meekijkconsult).
- Geef aan **welke zorg er wél wordt gegeven**. Zie hiervoor de [richtlijn palliatieve zorg COVID](#).
- Vergewis u ervan dat de patiënt de **informatie heeft begrepen**.
- Zeker bij telefonische contacten is het belangrijk om actief te vragen naar de **emotie** die dit oproept.
- Bij het bespreken van de zaken rondom het levenseinde zijn er grote **culturele verschillen**. Het [Centrum voor Levensvragen Rotterdam](#) kan hierbij een ondersteuning zijn.
- De [ACP-toolkit van IZER](#) kan hier verder ondersteunend zijn, inclusief behandelwensenformulier (vul in wat nu essentieel is).

Afwegingsinstrumenten

Vanuit de NVIC (Nederlandse Vereniging voor IC) wordt het instrument CFS (clinical frailty scale) gebruikt om in tijden van crisis een onderscheid te kunnen maken om te bepalen bij wie een IC-behandeling zinvol kan zijn. Zie verderop de classificatie. Op basis van de uitkomsten van dit instrument worden (in tijden van crisis, wanneer dit door de overheid kenbaar wordt gemaakt als zodanig) de volgende afwegingen gemaakt:

NR en géén IC-opname:

Voor patiënten met een ernstig onderliggend lijden *EN/OF* één van de criteria aanwezig:

- levensverwachting < 1 jaar;
- frailty/ kwetsbaarheid is ≥ 5 volgens de hieronder bijgevoegde classificatie:

*	Classificatie	Omschrijving	Criterium
1 t/m 4	Klinisch fit	Beweegt dagelijks. Geen actieve ziekte symptomen. Is onafhankelijk.	In dagelijks leven geen enkele hulp nodig (professioneel of mantelzorg)
5–Twijfel IC	Mild kwetsbaar	Hulp nodig bij boodschappen, koken en wandelen buiten.	Doet wassen en aankleden nog zelfstandig
6 t/m 8 - Geen IC	Kwetsbaar	Afhankelijk voor persoonlijke zorg. Hulp nodig bij buiten activiteiten en huishouden.	Hulp nodig bij wassen en aankleden.
9–Geen IC	Terminaal ziek	Terminaal ziek, levensverwachting < 6 maanden, kwetsbaar	

*Lees onderstaande toelichting op de classificering:

Clinical Frailty Scale*



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – Completely dependent for **personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9. Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

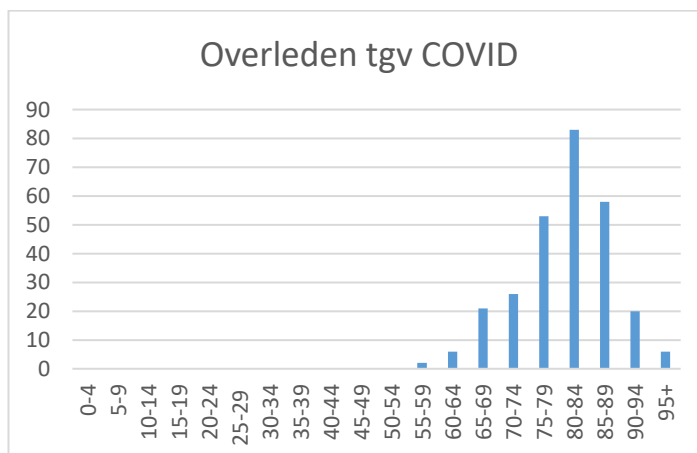
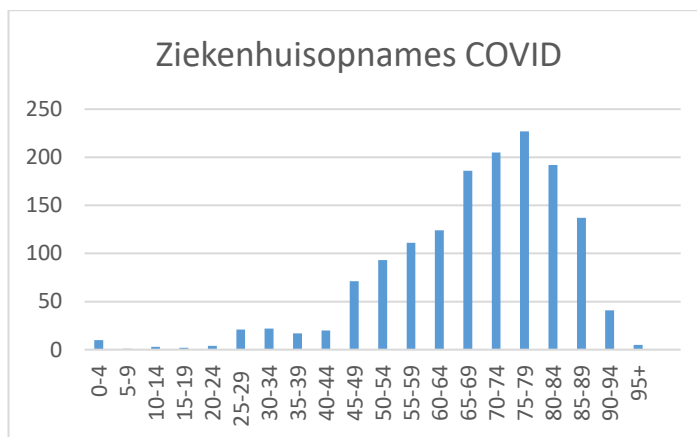
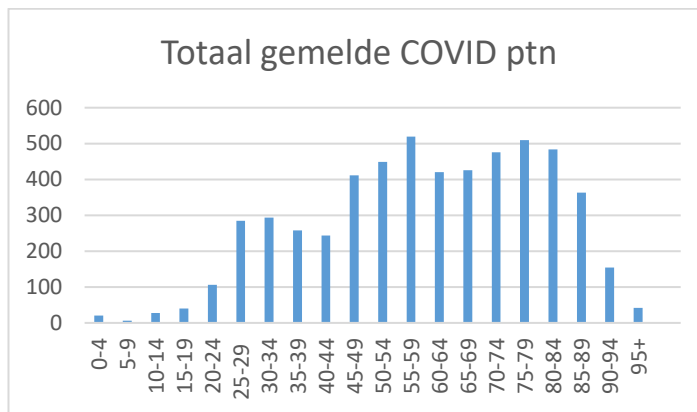
* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

© 2009, Version 1.2, EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

Bijlage 1: Leeftijdverdeling naar ziekenhuisopname en overlijden tgv COVID

(RIVM, 23-3-2020)



Bronnen

- Nederlandse Vereniging voor IC, 16 mrt 2020, Draaiboek pandemie deel 1, versie 1.3
- Dalhouse University, CFS
- EPZ Amsterdam UMC: Prof. Dr. Lia van Zuylen, Prof. Dr. Monique Steegers, Prof. Dr. Markus Hollmann, Prof. Dr. Dick Willems
- RIVM, epidemiologische situatie 23-3-2020

Contact

IZER Kernteam ouderenzorg

Zorgprogramma kwetsbare ouderen:

Ingrid den Boer, kaderhuisarts ouderengeneeskunde

Anita Krans, Verpleegkundig Specialist en beleidsadviseur ouderenzorg

Claudia de Waard, coördinator Zorgprogramma kwetsbare ouderen

E: info@izer.nl

T: (06) 386 743 24 (Claudia de Waard)

Datum: 25 maart 2020

