

NIV-FMS-KNMG-notitie ‘behandelafspraken voor patiënten in de acute setting; een handreiking bij ziekenhuisopname’

Namens de werkgroep,
Yvo Smulders, Frank Bosch, Eric Geijteman

Inleiding:

Deze notitie bespreekt de algemene uitgangspunten met betrekking tot behandelafspraken bij acute ziekenhuisopnames van volwassen wilsbekwame patiënten. ‘Wát zouden we wánnere, wáár en hóe precies concreet moeten afspreken bij een (acute) ziekenhuisopname? De notitie doet suggesties voor uitgangspunten, en kan vertaald worden in lokale afspraken en protocollen.

Dit is nadrukkelijk geen algemene handreiking voor goede zorg anticiperend rondom het levenseinde. Dat onderwerp is veel breder en wordt onder andere behandeld in het [Zorgpad kwetsbare ouderen over de keten en in het ziekenhuis](#) van de NVKG, de [Richtlijn anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen](#) van VERENSO/NHG en de Richtlijn Zorg in de Stervensfase. Ook is het van belang rekening te houden met wat in de WGBO is vastgelegd over met name het betrekken van patiënten bij besluitvorming omtrent medische handelingen.

Wát moeten we afspreken?

Voorafgaand aan (acute) opname

- Een gesprek over de mogelijkheden en onmogelijkheden van (toekomstige) behandeling en over hoe de patiënt (en familie) daarover denken is belangrijk en is in feite onderdeel van de verplichting tot gedeelde besluitvorming, zoals deze tegenwoordig ook in de WGBO is verankerd. De werkgroep ziet hierin een belangrijke taak voor alle zorgverleners die in het kader van een chronische behandeling regelmatig contact hebben met een patiënt, vooral naarmate dienst gezondheid kwetsbaarder wordt. Het verder vooruit denken over toekomstige scenario's/behandelingen (Advance Care Planning; ACP) zal vaak tevens betrekking hebben op eventuele reanimaties. Het kan wenselijk zijn daar afspraken over te maken indien patiënten dat wensen of indien vanuit medisch oogpunt reanimatie als medisch zinloos moet worden beschouwd. Breder aanvullende behandelafspraken, zoals over beademing, kunnen zinvol zijn, maar gewaakt moet worden voor te gedetailleerde gestolde anticiperende besluitvorming ('Advance Care *Directives*'). Niet alleen de specifieke context, maar ook de persoonlijke gevoelens en overwegingen zijn immers moeilijk voorspelbaar op het moment dat een voorziene situatie zich daadwerkelijk voordoet (zie o.a. [Ann Int Med 2010;153:256](#); [NTvG 2017;161:D1981](#)). Voor nadere achtergronden over behandelafspraken buiten de acute-opnamecontext verwijzen we naar overige bronnen, zoals het [Zorgpad kwetsbare ouderen over de keten en in het ziekenhuis](#) van de NVKG en de [Richtlijn anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen](#) van VERENSO/NHG.

- Indien een patiënt al op de polikliniek gezien wordt, verdient het aanbeveling dat de behandelend arts daar reeds met de patiënt spreekt over het onderwerp behandelafspraken, zeker als er sprake is van een ernstige aandoening. Dit komt boven op de in de WGBO verankerde verplichting om patiënt via 'shared decision making' te betrekken bij de besluitvorming rondom onderzoek, prognose en behandeling.

Bij acute opname

- Het is bij een acute opname in eerste instantie belangrijk afspraken te maken over reanimeren. Bij een adem- of circulatiestilstand is er immers per definitie geen tijd beschikbaar voor overleg over wel/niet starten van de behandeling. Aanvullende behandelafspraken, zoals over (invasieve) beademing, opname op een bewaakte afdeling, 'time-limited treatment trial', of zelfs wel/geen transfusie of antibiotica, kunnen wenselijk zijn, afhankelijk van de klinische context. Indien bijvoorbeeld IC-behoefte in het verschieft ligt is het raadzaam hierover bijtijds met de IC-arts te overleggen en eventuele afspraken eveneens vast te leggen in het patiëntendossier.
- Het verdient aanbeveling om 'niet reanimeren op medische gronden' alleen af te spreken indien reanimatie in *ieder redelijkerwijs denkbaar scenario* als medisch zinloos beoordeeld wordt. De omstandigheden waarin een hartstilstand optreedt kunnen immers sterk verschillen (bv 'witnessed' versus 'unwitnessed', en 'schokbaar' versus 'niet-schokbaar' ritme). Niet-reanimeren op medisch-inhoudelijke gronden is een besluit dat door de behandelend arts wordt genomen. Bij twijfel hierover dient men advies van ervaren collega's in te winnen. Uiteraard is er bij zo'n besluit sprake van een informatieplicht naar de patiënt (zie onder).
- Bovengenoemde onvoorspelbaarheid van noodzaak en zinvolheid van reanimatie geldt vaak des te meer voor overige handelingen waarover men behandelafspraken kan maken (beademing, IC-opname, etc). Een afspraak 'niet beademen' of 'geen IC-opname' moet dus het spectrum van realistische oorzaken en aanleidingen voor zulke handelingen of overplaatsingen uitsluiten. Het is belangrijk daar rekening mee te houden bij de keuze of dergelijke aanvullende behandelafspraken vastgelegd worden. Enerzijds kan de medische zinvolheid zonder meer afwezig zijn of de wens van de patiënt duidelijk en categorisch, in welk geval zulke afspraken wenselijk zijn. Anderzijds geldt een 'niet-behandelen-afpraak' in beginsel voor alle oorzaken en aanleidingen waarbij die specifieke behandeling overwogen kan worden.
- De behandelafpraak 'niet-reanimeren' is, ingevolge bovenstaande, van toepassing op patiënten die bewust hebben aangegeven sowieso geen toestemming voor reanimatie te geven, dan wel bij wie reanimatie sowieso medisch zinloos is, zoals bij een zeer kwetsbare patiënt (voorbeelden: beperkingen op meerdere vlakken, ADL-afhankelijk, niet in staat tot zelfstandig lopen) of ziekte met infauste prognose op korte termijn. In die laatste situatie is reanimeren zorgverleners zelfs in beginsel niet toegestaan.
- Tegenover 'niet reanimeren' zou de afspraak 'wel reanimeren' kunnen staan, maar de werkgroep adviseert de formulering 'geen beperkingen' te gebruiken.
- Een patiënt kan diens wens om wel gereanimeerd te worden laten vastleggen. Dit betekent dan dat de patiënt wordt gereanimeerd, tenzij dit medisch zinloos is. Dit laatste is aan de arts om te beslissen, niet alleen vooraf tijdens het gesprek met de patiënt, maar ook in de specifieke context waarin de reanimatie zich voordoet. Als de patiënt heeft laten vastleggen dat hij niet gereanimeerd wil worden, mag de zorgverlener niet reanimeren.

Samengevat is in eerste instantie een afspraak 'niet reanimeren' belangrijk. Afspraken over andere behandelingen (zoals opname op een IC-afdeling, wel/geen beademing, etc.) kunnen wenselijk zijn, afhankelijk van de klinische context. Bepalend voor een behandelafpraak is of de bewuste

behandeling in het volledige spectrum van realistische aanleidingen/ klinische scenario's als onwenselijk moet worden gezien.

De werkgroep adviseert tegenover 'niet reanimeren' en in afwezigheid van andere afspraken die bepaalde behandelingen uitsluiten de formulering 'geen beperkingen' te hanteren. Belangrijk is dat deze formulering geen imperatief 'reanimatiegebod' impliceert, aangezien in een specifieke klinische context het starten of voortzetten van een reanimatie alsnog als medisch zinloos kan worden beoordeeld. Het blijft de verantwoordelijkheid van de bij een noodsituatie opgeroepen professionals om een – bij voorkeur gezamenlijke – afweging over de situatie te maken en daarnaar te handelen.

De werkgroep benadrukt het belang van een korte, van datum voorziene narratieve notitie in het patiëntendossier. Deze notitie helpt andere en toekomstige zorgverleners in hun gesprek met de patiënt en familie. Idealiter bevat deze notitie de overwegingen die geleid hebben tot het besluit, evenals een overzicht van de aanwezigen bij het gesprek.

Bij wíe, wannéér en hóe dienen behandelafspraken gemaakt te worden?

Voor onderstaande is het uitgangspunt een patiënt die via de Spoedeisende Hulp (SEH) acuut in het ziekenhuis wordt opgenomen. Indien een patiënt direct vanaf de polikliniek wordt opgenomen, is de arts die de patiënt poliklinisch begeleidt ervoor verantwoordelijk dat er bij opname of uiterlijk binnen een dag een reanimatie-afpraak wordt gemaakt.

Algemene uitgangspunten

- **Bij wie?** Op dit moment is het in veel ziekenhuizen gebruikelijk om bij iedere acute opname een reanimatieafpraak te maken. De werkgroep is van mening dat niet bij iedereen die wordt opgenomen een gesprek over reanimatie aangewezen is. Dit standpunt wordt ondersteund door de juridische visie zoals o.a. door Hendriks is geformuleerd dat een gesprek over wel/niet reanimeren in feite een gesprek over het levenseinde is, dat ingrijpend kan zijn en daardoor inbreuk maakt op de privésfeer van de patiënt. ([NTvG 2017; D1831](#)). Het zonder aantoonbare noodzaak vragen naar reanimatiewensen is ongepast op grond van de gedragsregels voor artsen. Een ziekenhuisopname vormt in deze context op zichzelf onvoldoende noodzaak, zo luidt het door Hendriks geformuleerde standpunt, dat door de werkgroep wordt ondersteund. Sommige patiënten, zoals zwangeren, zouden zelfs structureel van dergelijke gesprekken kunnen worden uitgesloten, zonder dat uiteraard de 'antenne' voor bijzondere behandelwensen wordt ingetrokken. Het is dus redelijk relatief jonge/gezonde mensen uit te sluiten van de verplichting een gesprek over wel/niet reanimeren te voeren. Omgekeerd zijn er ook patiënten waarbij dit gesprek normaliter altijd zou moeten plaatsvinden. Vanzelfsprekend betreft dit mensen die worden opgenomen met een levensbedreigende aandoening en mensen met een chronische ernstige ziekte. Maar ook bij gezonde ouderen dient een gesprek over hun reanimatiewensen plaats te vinden. Welke leeftijd hierbij gehanteerd wordt valt niet exact aan te geven, aangezien kalender- en biologische leeftijd vaak verschillen.
- **Wanneer en waar?** Het bovengenoemde ingrijpende karakter van een reanimatiegesprek maakt ook duidelijk dat zo'n gesprek bij voorkeur op een tijdstip en plaats moet worden gevoerd die een zorgvuldig gesprek optimaal mogelijk maken. Als het rustig is op de SEH, desgewenst familie aanwezig is en de patiënt lichamelijk en geestelijk in staat is dit gesprek te voeren, dan kan de SEH een geschikte plaats voor dit gesprek zijn. Een drukke, luidruchtige SEH is hiervoor echter vaak ongeschikt ([Bosch, Medisch Contact 14 juni 2017](#)) en in dat geval kan het gesprek beter na opname plaatsvinden, doch wel binnen 12 tot uiterlijk 24 uur.

- **Door wie?** De tijdens opname verantwoordelijk behandelend arts zal doorgaans het gesprek over de behandelafpraak voeren. Het verdient aanbeveling de arts die de patiënt goed kent (doorgaans de behandelend medisch specialist, de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde) in de besluitvorming te betrekken. In voorkomende gevallen kan het wenselijk zijn die arts ook bij het feitelijke gesprek aanwezig te laten zijn.
- **Eerdere afspraken** Bij iedere opname dient de opnemend arts zich ervan te vergewissen of er al een notitie met betrekking tot behandelafspraken in het EPD of in de verwijfsbrief of andere documentatie aanwezig is. Als de patiënt telefonisch door een arts aangemeld wordt, is het aan te bevelen om die verwijzer te vragen naar eventuele behandelafspraken. Ook in afwezigheid van dergelijke notities kunnen patiënt en familie proactief bevraagd worden of dit onderwerp al eerder ter sprake is geweest. Neem bij gelegenheid ook contact op met de centrale zorgverlener (huisarts, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist die de patiënt poliklinisch behandelt, etc) om persoonlijk te vernemen wat er reeds met patiënt en familie besproken is. Als eerder gemaakte afspraken bestaan, is het doorgaans verstandig om aan patiënt of familie kenbaar te maken dat je kennis hebt genomen van bestaande afspraken. Informeer hierbij ook hoe lang geleden deze afspraken vastgelegd werden en overweeg of herbevestiging geïndiceerd is.
- **Vraagformulering** De werkgroep onderschrijft het in 2016 in Medisch Contact geformuleerde standpunt dat de (openings)vraag in het gesprek over behandelafspraken “wilt u (nog) gereanimeerd worden” in het algemeen beter vervangen kan worden door “zijn er behandelingen die u absoluut niet wenst”, of soortgelijke bewoordingen. [[Smulders, Medisch Contact 29 juni 2016](#)]
- **Opleiding en training** Het voeren van een goed gesprek over dit onderwerp is niet eenvoudig. Zowel de persoonlijke wensen van een patiënt als goede feitelijke informatie verdienen een plaats. De werkgroep beveelt aan om jonge artsen hierin te trainen en kennis te laten nemen van relevante literatuur over gespreksvoering, maar ook over uitkomsten van reanimatiehandelingen. Hulpmiddelen, zoals (lokale) brochures of zelfs informatievideo's, kunnen van aanvullend nut zijn. Specialististen die vaak met patiënten in de laatste levensfase van doen hebben, kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het trainen van jonge collega's.
- **Niet eenmalig** De werkgroep adviseert om tijdens de opname nog eens op het gesprek terug te komen, indien de situatie daarom vraagt of u daaraan behoefte bespeurt bij een patiënt. Het is geen onderwerp dat alleen bij opname aan de orde 'mag' worden gesteld, om vervolgens vermeden te worden. Stimuleer patiënten ook om er na ontslag nog eens over na te denken en met bijvoorbeeld hun huisarts over van gedachten te wisselen.
- **Flexibiliteit** Een bestaande behandelbeperking kan natuurlijk, indien de situatie daartoe aanleiding geeft, gewijzigd worden. Dit geldt niet alleen voor een reanimeer-afpraak, maar ook voor een afspraak over IC-opname: bespreek zoiets tijdig met de patiënt en de IC-arts, bij voorbeeld als de conditie van een patiënt verslechtert.
- **Bij ingrepen/procedures** Het kan voorkomen dat een bestaande behandelbeperking tijdelijk opgeschort dient te worden, bijvoorbeeld in verband met een invasieve procedure. Het is dan aan de voor die procedure verantwoordelijke verrichter om hierover nadere afspraken te maken (bv de afspraak 'niet reanimeren' 24 uur opschorten wegens een operatieve ingreep). De patiënt en familie dienen in deze beslissing betrokken te worden.
- **Ontslag en overdracht** Bij ieder ontslag dient in de overdrachts-/ontslagbrief een eventuele actuele behandelafpraak, indien relevant met toelichting, vermeld te worden.

Samengevat acht de werkgroep het getuigen van goede zorg als het gesprek over wel/niet reanimeren niet routinematig bij een acute opname wordt gesteld, maar dat de arts zich de vraag stelt óf het gesprek noodzakelijk is en, zo ja, waar, wanneer en met wiens betrokkenheid dit dan het beste kan plaatsvinden. De patiënt kan naar aanleiding van dit gesprek slechts een weloverwogen

keuze maken als hij daarover voldoende geïnformeerd is en hem de noodzakelijke tijd is gegund om te beslissen.

Scenario's met bijbehorende aanbevelingen

a. **Bij een patiënt met een *lage kans* op een acute hartstilstand (voorbeeld: patiënt met beperkte voorgeschiedenis en niet-acuut levensbedreigende aandoening)**

Wij stellen voor om niet standaard bij opname een gesprek over wel/niet reanimeren te voeren. Tijdens of binnen 1 dag na opname, of voorafgaand aan een ingreep die moet plaatsvinden, kan eventueel een meer algemene vraag worden overwogen, zoals: 'Heeft u, bijvoorbeeld om principiële of geloofsredenen, bezwaar tegen bepaalde vormen van medische behandeling?' Of, eenvoudiger gezegd: 'Zijn er behandelingen die u niet zou willen ondergaan?' Eventueel gevolgd door: '...bijvoorbeeld bloedtransfusie, kunstmatige beademing, of reanimatie?' ([Smulders, Medisch Contact, 29 juni 2016](#)). De vraag: "wilt u gereanimeerd worden?" is, zeker bij relatief gezonde, jonge patiënten, niet gepast. Indien een overwegend gezonde patiënt een behandelbeperking aangeeft, moet naar de achtergrond van dit antwoord gevraagd worden. ([Hendriks, NTVG 2017; D1831](#)) Heeft de patiënt een realistische voorstelling van de behandeling, de kans op succes, het risico op ernstige (hersens)schade nadien, etc.?

b. **Indien reanimatie in ieder redelijkerwijs denkbaar scenario *niet* als potentieel zinvol ingeschat wordt, maar er wel sprake is van een stabiele situatie.** In dit geval dient dit binnen 24 uur, of eerder ingeval van een ingreep die moet plaatsvinden, met patiënt besproken te worden door de meest aangewezen persoon op het meest aangewezen moment en de meest aangewezen plaats. Betrek laagdrempelig de poliklinisch hoofdbehandelaar en/of andere zorgverleners (huisarts, specialist ouderengeneeskunde, etc.) hierbij. Indien de SEH/de situatie bij acute opname zich niet leent voor een goed gesprek, dan kan 'geen beperking' worden ingevuld, met de opmerking dat dit binnen 24 uur besproken dient te worden. Het vastleggen van een niet-reanimeerafspraak in het dossier zónder op dat moment hierover een gesprek met patiënt en/of familie daarover te voeren acht de werkgroep onwenselijk, en voorbehouden voor uitzonderlijke situaties.

c. **Indien reanimatie in ieder redelijkerwijs denkbaar scenario *niet* als potentieel zinvol ingeschat wordt en er sprake is van een instabiele situatie.** De opnemend arts dient, zo mogelijk in overleg met andere behandelaren, een voorstel te formuleren over wat een gepaste behandeling zou zijn. Tijdens het proces van de acute opname dient in een gesprek met de patiënt besproken te worden welke behandelafspraken zinvol zijn. De arts dient in deze leidend te zijn en uit hoofde van goed hulpverlenerschap vooral aan te geven wat allemaal wél mogelijk is in plaats van de nadruk te leggen op wat er níet mogelijk is. Deze afspraken worden in het EPD genoteerd en er wordt een vervolggelsgesprek gepland. Betrek laagdrempelig de poliklinisch hoofdbehandelaar of andere zorgverleners (huisarts, specialist ouderengeneeskunde, etc.).

Samengevat De thans geldende routine van altijd bij iedereen op de SEH ter sprake brengen van een reanimatieafpraak kan worden vervangen door een meer gedifferentieerd beleid:

- **Reanimatie wel zinvol, maar zeer onwaarschijnlijk:** niet standaard bespreken, behoudens eventueel algemene vraag naar bestaande behandelwensen. Indien of zolang niet besproken: 'geen beperkingen' invullen.

- **Reanimatie niet zinvol, maar zeer onwaarschijnlijk:** zodra de situatie daarvoor geschikt is, doch uiterlijk binnen 12 tot 24 uur bespreken en tot dat moment van bespreken 'volledig beleid' invullen.
- **Instabiele patiënt en geen eerder vastgesteld beleid:** bij opname bespreken.

Deze scenario's omvatten niet alle mogelijke scenario's. Zo kan er soms een situatie zijn waarin reanimatie zinvol wordt geacht en niet-onwaarschijnlijk is, zoals bij bepaalde cardiale of chirurgische behandelingen. Hier is maatwerk aangewezen, maar in het algemeen zal met een patiënt besproken worden dat er ernstige risico's in het verschiet liggen en dat ingeval die risico's werkelijkheid worden, er in beginsel op gehandeld zal worden.

Algemene adviezen

- Bij patiënten bij wie reanimatie medisch gezien onder alle denkbare omstandigheden zinloos wordt geacht, vindt het niet-reanimeergesprek idealiter zo vroeg mogelijk plaats, bijvoorbeeld op de polikliniek of bij andere zorgverleners (huisarts, specialist ouderengeneeskunde, etc.). Dit is een belangrijk onderdeel van Advance Care Planning.
- Betrek deskundigen bij de besluitvorming als u twijfelt over de medische prognose en/of de kwetsbaarheid van de patiënt.
- Neem tijd en rust om een gesprek over behandelbeperkingen te voeren. Doe dit in een meer omvattend gesprek over de prognose en vooruitzichten van de ziekte.
- Overweeg een vraag zoals: 'zijn er behandelingen die u absoluut niet wilt, ... zoals een reanimatie ... of een bloedtransfusie'.
- Vermijd nadruk op wat **niet** gedaan zal worden en focus op wat **wel** mogelijk is. Benadruk dat passende behandeling gegeven wordt.
- Vermijd, indien van toepassing bij een instabiele situatie de woorden 'dood' of 'overlijden' **niet**.
- Heb oog en oor voor de culturele en religieuze overtuiging van de patiënt (zie bv [Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D1410](#)).
- Bespreek met de wilsbekwame patiënt of de aanwezigheid van naasten bij de gesprekken gewenst is. Overweeg of ook anderen de patiënt kunnen bijstaan (bijvoorbeeld: geestelijk verzorger)
- Overweeg het gebruik van voorlichtingsmateriaal (folders, video, etc.)