

Doel

Inleiding

In het FZ wordt in principe bij elke opgenomen patiënt besproken en vastgelegd of er beperkingen zijn in de voorgenoemde klinische behandeling.. Dit wordt vastgelegd in het EPD onder het kopje “Behandelbeperking” (behandelcode te kiezen uit A t/m C).

Het doel is voorkomen, dat er tijdens de opname -bij plotselinge verslechtering- verkeerde behandelkeuzes worden gemaakt. Onder “verkeerd” wordt verstaan: kansloos/zinloos, dysproportioneel of ongewenst. Daarom wordt met een “codegesprek” op dergelijk grote beleidskeuzes vooruitgelopen, in “rustiger vaarwater”, hoewel dat bij een klinische opname vaak niet zo rustig blijkt (stressvolle situatie, diensturen, drukke SEH, drukke en onbekende dokter

Toepassingsgebied

Vastleggen behandelcode.

Doelgroep

Behandelbeperking en behandelverbod van de patiënt

Het is niet alleen ongewenst, maar in juridische zin zelfs strafbaar, als de patiënt een behandeling ondergaat, die hij/zij beslist niet wil, zoals bijv. reanimatie. Door de patiënt aangegeven behandelbeperkingen moeten altijd gerespecteerd worden. De enige uitzonderingen hierop zijn:

- **Wilsonbekwaamheid:** dit moet expliciet worden vastgesteld en vastgelegd in het dossier en moet aanleiding zijn om met de wettelijke vertegenwoordiger tot duidelijkheid en afspraken te komen, bijv. bij suïcidaal-depressieve of paranoïde-psychotische patiënten (voor beoordeling van wilsonbekwaamheid, zie het I-Doc document)
- **Verkeerde informatie of interpretatie:** als de patiënt o.g.v. verkeerde informatie of verkeerde interpretatie een behandeling afwijst, dan moet door het verstrekken van juiste informatie en het corrigeren van de foute interpretatie het standpunt opnieuw getoetst worden; de hulpverlener is verplicht tot goede “informatie & uitleg”.

Rollen en Verantwoordelijkheden

De rollen van patiënt, arts en naaste familie

De wilsbekwame patiënt kan een ongewenste behandeling weigeren, ad hoc, bij afspraak, in een verklaring of via een gemachtigde. De patiënt beslist.

De arts kan echter ook niet gedwongen worden om een medisch kansloze of zinloze behandeling te starten, hoezeer de patiënt of diens naasten daar ook om vragen. De arts beslist.

Misverstanden

Behandelbeperking wordt door leken vaak geïnterpreteerd als passief beleid, soms zelfs als abtinerend beleid. Patiënt en familie vatten dit soms op als “er geen geloof meer in hebben” of “niet meer hun best doen”. In verpleeghuizen worden bijvoorbeeld de begrippen “actief” en “passief” beleid gehanteerd, waarbij met “passief” wordt bedoeld: geen escalatie van actuele zorg, geen operatie/reanimatie, geen spoedverwijzing naar het ziekenhuis. Het behandelspectrum in het ziekenhuis is echter veel groter, met operatie, reanimatie, IC-behandeling, beademing, dialyse etc. Er kan dus best sprake zijn van “actief” beleid, maar een bovengrens van escalatie heeft. Daarnaast bestaat er een veel te rooskleurig beeld bij publiek (en ook zorgprofessionals) van de succeschansen op korte en middellange termijn van reanimatie en IC-behandelingen bij ernstig zieke patiënten. Tenslotte is er geregeld ook sprake van een “therapeutisch imperatief”, vaak religieus of moreel van aard, dat al het (technisch) mogelijke gedaan moet worden om het overlijden af te wenden. Dat botst heftig met het objectief- zakelijk afzien van kansloze of anderszins zinloze behandelingen.

De rol van vaste behandelaars

- De huisarts kan in een eerder stadium met de patiënt al afspraken gemaakt hebben over de bovengrenzen van behandeling. Dit staat soms vermeld in de “probleemlijst” van de verwijsbrief, maar niet altijd. Hetzelfde geldt voor de verpleeghuisarts.
- De vaste poliklinisch behandelaar van ernstig zieke patiënten is in de beste positie om electief het onderwerp “behandelbeperking” te bespreken en dient dit dan ook zo veel mogelijk te doen in het belang van de patiënt zelf. Dit wordt dan vastgelegd onder “centrale notities” van het EPD.

Beschrijving

Argumenten te gebruiken in het gesprek

- Wij willen de best haalbare levenskwaliteit bereiken met onze zorg.
- Tegelijk willen wij niet de lijdensdruk vergroten, dus niet onnodig schade of last door zeer zware behandelingen toebrengen.
- Een behandelbeperking sluit “actief” behandelen niet uit, het stelt alleen een bovengrens.
- Reanimatie, beademing en IC-behandeling zijn voor de patient zeer zware, belastende behandelingen (“zwaar fysiek geweld”). En bij patienten met weinig reserves en uitzicht vaak volkomen kansloos: ook als de patiënt in eerste instantie de reanimatie lijkt te overleven, blijkt de dood toch onafwendbaar later in het ziekenhuis, maar dan is helaas in die dramatische laatste periode de lijdensdruk wel verlengd en ernstig verzaamd.

Praktische aanpak

- **Zijn er al staande afspraken?**: in het EPD (centrale notitie, voorgeschiedenis of recent in het journaal) of in de verwijsbrief van de huisarts of verpleeghuisarts.
- **Ga eerst na: wat is het motief voor beperking?**: kansloos dus zinloos, dysproportioneel dus onwenselijk?
- **Open het gesprek neutraal en ALTIJD ZITTEND**: vraag aan de patiënt of zijn naasten of er een euthanasieverklaring of een **behandelverbod** (bijv. Jehova?) bestaat waar wij rekening moeten houden; ingeval er al ergens door huis-/verpleeg-/ziekenhuisarts een beperking is vastgelegd: noem dit dan expliciet en toets de reactie.
- **Indien er GEEN bestaande afspraak is**: ga het gesprek verder aan over een behandelbeperking, probeer dat zo mogelijk in een rustige situatie te doen, met de patiënt als die apart ligt of in een (zittend) gesprek met de familie
- **Blijf kalm, luister en vraag eerst door** (“first listen, before you’re listened to”), zeker als de patiënt en familie emotioneel reageren op de vraag.
- **Ingeval van “medisch kansloos dus zinloos” handelen**: de dokter beslist en legt de behandelbeperking vast. De dokter streeft daarbij naar informatie, inzicht en acceptatie bij patient en naasten, zo nodig met hulp ter plekke van de internist-achterwacht. Bij conflict met patient of familie hierover: achterwacht komt direct (komt z.n. in huis) of heeft z.s.m. zelf een gesprek met patient/ familie.
- **Ingeval van “dysproportioneel dus onwenselijk” handelen**:
- **Niet tegen elke prijs** hoeft de behandelbeperking/code direct “binnengehaald” te worden; kom je er met de patiënt en/of familie echt niet uit, dan kan je drie dingen doen:
 - 1 **De kans op kritische detoriatie binnen 24 uur is zo groot**, dat de internist-achterwacht direct (in huis) komt om ter plekke als eindverantwoordelijke het gesprek met patient en familie aan te gaan. Bij minder grote urgentie:
 2. Stel voor jezelf vast dat een behandelbeperking (“B”) zonder meer medisch juist en dus noodzakelijk is, stem dit dan af met de achterwacht-internist, leg dit vast in het dossier en spreek met de familie (en de verpleging) af dat er (desgewenst) op korte termijn (< 24 uur) een vervolggelsgesprek met een internist expliciet wordt gepland.
 3. Of stel de behandelcode vast als “A”, stem dit dan af met de achterwacht-internist, leg dit vast in het dossier en spreek met de familie (en de verpleging) af dat er op korte termijn (<24 uur) een vervolggelsgesprek met een internist expliciet wordt gepland
- **Noteer altijd t.b.v. het vervolg de bezwaren en argumenten** van de patiënt en/of familie.
-

Argumenten en consultatie

- Reanimaties buiten het ziekenhuis (OHCA) heeft een 8 % overlevingskans, waarvan de helft zonder neurologische restschade. Reanimaties binnen het ziekenhuis (IHCA) hebben een twee keer hogere slaagkans, maar dit is vertekend door de reanimaties op de CCU en door de voorselectie (veel patienten worden niet gereanimeerd door een vastgestelde behandelbeperking). Verder zijn er weinig harde statistieken die besluiten ondersteunen.
- De intensivist kan in twijfel- of conflictsituaties geconsulteerd worden over de kansen van reanimatie en IC-opname bij een patient met ernstige ziekte of slechte uitgangsconditie.

Vastleggen

- De behandelcode wordt bij ELKE opgenomen patient in het klinisch elektronisch dossier vastgelegd onder de knop “behandelbeperking”. Standaard staat deze op A = geen beperking.
- Langetermijn afspraken, door de huisarts, verpleeghuisarts of poliklinisch hoofdbehandelaar worden in het EPD vastgelegd, bij voorkeur onder voorgeschiedenis, met aard van de beperking (code), argumenten, datum, geldigheidstermijn en evt. schriftelijke verklaringen van de patient (in te scannen in JIM).

Gerelateerde documenten

Reglementen:

-

Beleid:

-

Processen:

-

Procedures:

-

Protocollen:

-

Werkinstructies:

-

Formulieren/checklisten:

-