



Nederlandse Vereniging
voor **Klinische Geriatrie**



Medische overwegingen voor IC-opname

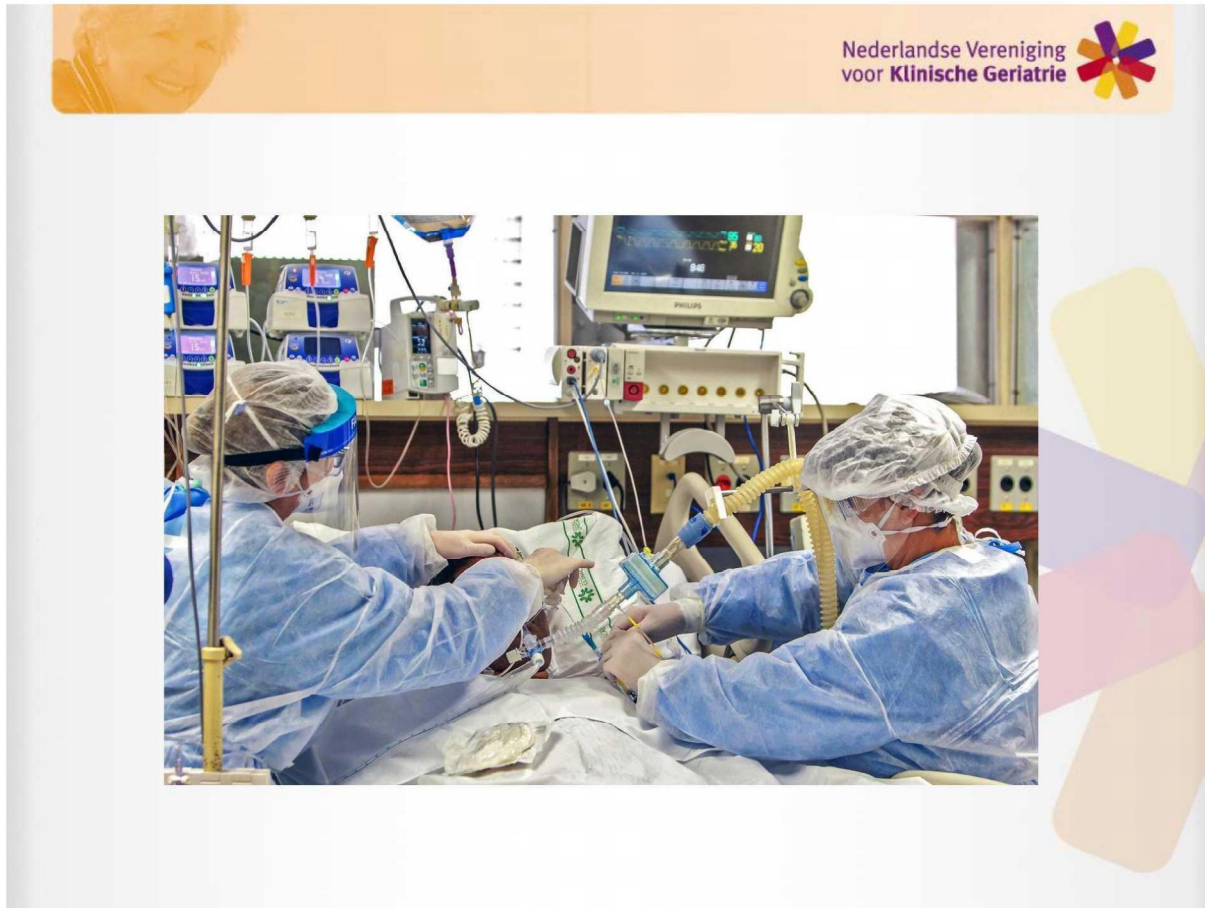


Dialogbijeenkomst Draaiboek code zwart, september 2020
KBO-Brabant, KNMG, NVKG



Inleiding

- voorkomen is beter dan genezen
- aanleiding
- behandeling bestaat uit ondersteuning
- dat kan ook vaak thuis
- ook bij ouderen lang niet altijd IC opname
- IC behandeling voor COVID-19 is een heel zware behandeling
- IC behandeling kan levensreddend zijn, maar is dat lang niet altijd





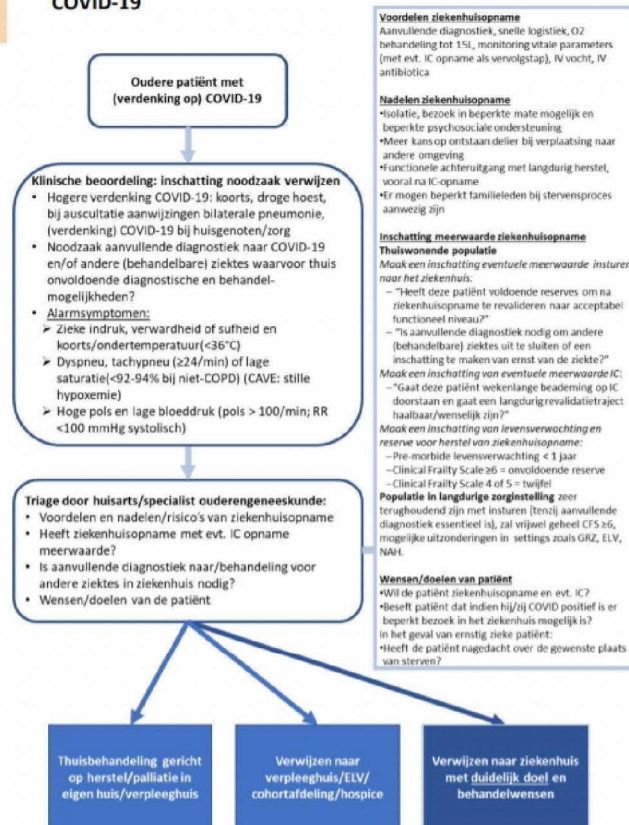
Medische overwegingen

- Is een IC behandeling nodig?
- Heeft de behandeling zin?
- Kan de patiënt de behandeling aan?
- Wat is de verwachte uitkomst van de behandeling voor de patiënt?
- Welke uitkomst is voor de patiënt acceptabel?



LEIDRAAD
Triage thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij
oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19

1 Stroomschema triage thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënten met (verdenking op) COVID-19



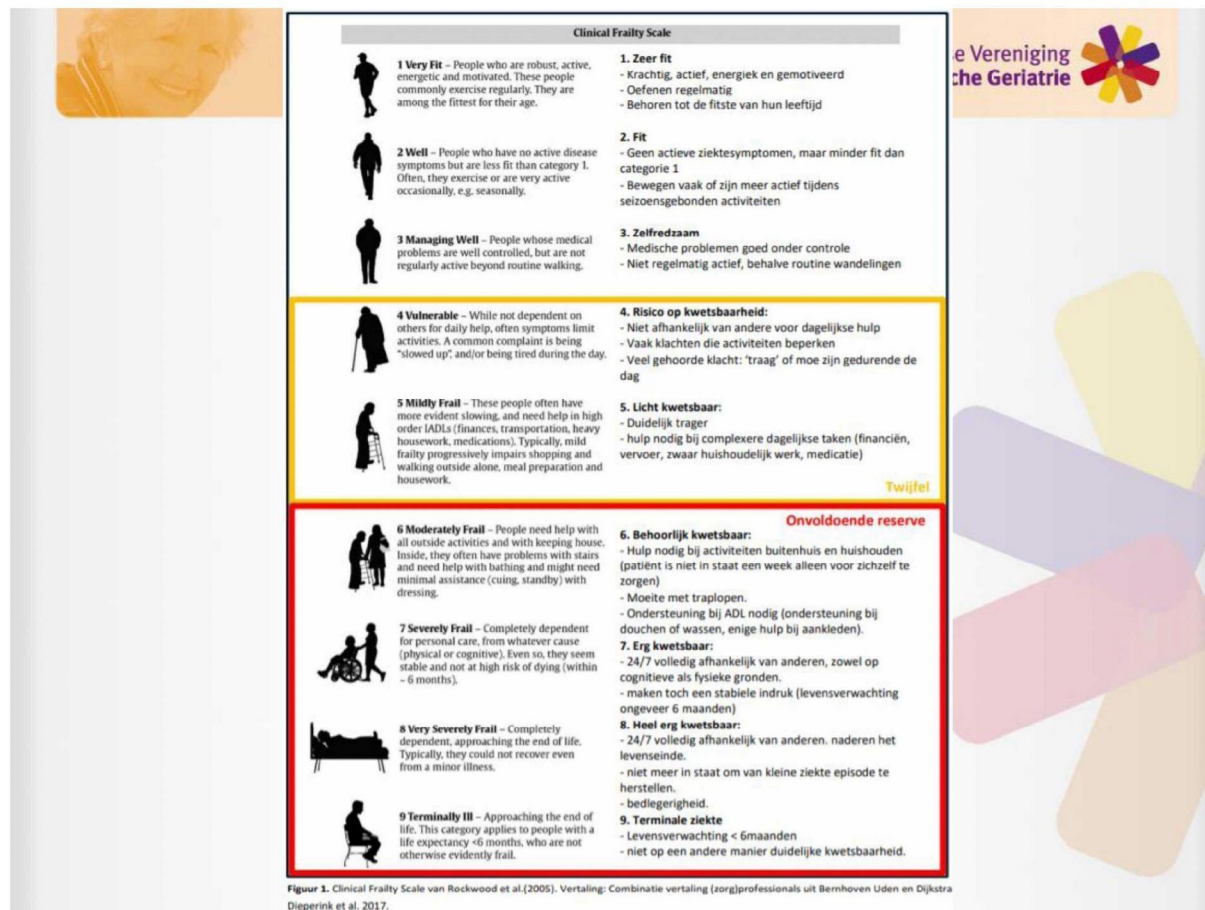


Frailty

Campbell, Buchner Age ageing 1997;26:315-318

- De conditie of het syndroom dat het gevolg is van een *teloorgang van reservecapaciteit in vele systemen* en waarbij de teloorgang in die mate optreedt dat fysiologische systemen zich rond de *grens van klinisch falen* bevinden.

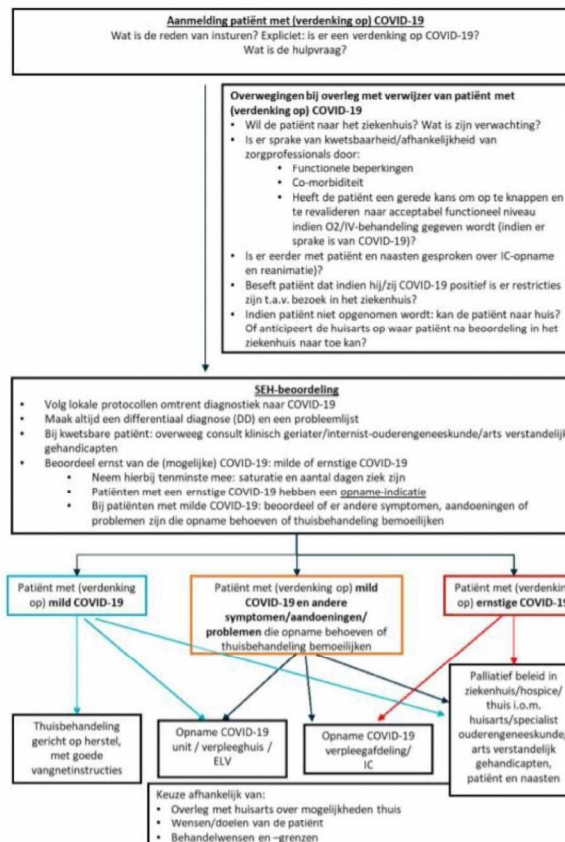
Minimale externe stressoren leiden tot een hoog risico op afhankelijkheid, handicaps en overlijden.



LEIDRAAD

voor opname van patiënten met 'verdenking op'
COVID-19 in het ziekenhuis

Samenvattend stroomschema bij opname van patiënten met (verdenking op) COVID-19 in het ziekenhuis





Fases van een crisis

- Fase 1: Zorg zoals gebruikelijk
- Fase 2: Opschalen van zorg (extra inzet personeel, landelijke coördinatie van beschikbaarheid, hergebruik van materiaal)
- Fase 3:
 - A, crisis is afgekondigd, nagenoeg alle IC-bedden bezet. Triage conform medisch inhoudelijke criteria (draaiboek pandemie)
 - B, triage zoals in fase 3 stap A onvoldoende. Striktere triage, volgens criteria in het medisch domein (draaiboek pandemie)
 - C, ook na aangescherpte triage bestaat een tekort aan IC-bedden. Op basis van medische overwegingen is geen onderscheid meer te maken. Er zal worden overgegaan op triage volgens overwegingen die buiten het medisch domein liggen.

4.3.1 FASE 3 STAP A

Triage op basis van medische criteria in fase 3 stap A:

Patiënten met een grote kans op overleven en patiënten met een kleine maar reële kans worden op de IC opgenomen. Patiënten met nauwelijks kans op overleven worden niet meer op de IC opgenomen. Hiervoor dienen de hieronder genoemde exclusiecriteria gebruikt te worden.

Tabel 3. Exclusiecriteria voor IC-opname in fase 3 stap A

criterium	Uitleg of specificatie
Lage waarschijnlijkheid om te overleven	
Hartstilstand	• <i>Unwitnessed cardiac arrest</i> (er was niemand bij op dat moment) • <i>Witnessed cardiac arrest</i>, dat niet reageert op elektrotherapie (defibrillatie of <i>pacing</i>) • Herhaaldelijke of doorgaande ("ongoing") hartstilstand • Een tweede hartstilstand <72 uur na terugkeer van spontane circulatie en stabilisatie na succesvolle elektrotherapie voor initiële maligne aritmie
Ernstig (neuro-) trauma	Een <i>trauma injury severity score</i> (TRISS) met een voorspelde mortaliteit van >90%
Ernstige brandwonden	Voorspelde mortaliteit > 90%
Ernstig en irreversibel neurologische lijden of ziektebeeld	• Ernstige post-anoxische hersenschade • Massaal cerebrovasculair accident (ischemisch of bloedig) • Vergevoerde, neuromusculaire aandoeningen met slechte prognose (betrek vanwege complexiteit een inhoudsdeskundige collega) • Gevoerde neurodegeneratieve ziekten
Korte levensverwachting	
Gemetastaseerde maligne aandoening / hematologische maligniteit	Omdat de prognose zeer uiteenloopt moet in samenspraak met een inhoudsdeskundige collega ((internist-) hematoloog of -oncoloog) zorgvuldig worden gekeken naar ingeschatte prognose, huidige fase van ziekte en conditie van de patiënt.
Eindstadium orgaanfalen	Levensverwachting < 1 jaar, bijvoorbeeld: • Eindstadium hartfalen (NYHA klasse IV) • Ernstige chronische longziekte (bijvoorbeeld COPD met verwachte basis FEV1 <25%, PaO2 <55 mmHg, taaislijmziekte met FEV1 <30% na bronchodilatatie, pulmonaire fibrose met verwachte VC of TLC <60%, thuis zuurstofbehoefte) • Dialysepatiënten met een levensverwachting van een jaar of korter (bijvoorbeeld door een kwetsbare conditie, ernstige comorbiditeit en/of risicomedicatie). • Gevoerd leverfalen (MELD score >20)





Kwetsbaarheid	• Patiënten met een hoge biologische leeftijd en daardoor een beperkte prognose. Hieronder vallen patiënten met een Clinical Frailty Scale (CFS) 6*, 7, 8 of 9. # (zie Figuur 3). • Kwetsbaarheid kan van toepassing zijn in alle volwassenen, niet alleen de oudere patiënt. De clinical frailty scale kan gebruikt worden bij volwassenen, voor zover relevant voor de prognose en zonder dat deze bij voorbaat mensen uitsluit die geen medische kenmerken hebben die hun prognose zou beperken.* • De <i>clinical frailty scale</i> is een minder geschikte maat voor het inschatten van de prognose bij mensen met een verstandelijke beperking. Geadviseerd wordt om de kwetsbaarheidsindex ontwikkeld door NVAVG⁸ toe te passen (ingevuld en schriftelijk toegelicht door verwijzer) en mee te nemen in de weging van de beslissing.
Gevorderd en onomkeerbaar immuun-gecompromiteerd	Bijvoorbeeld medicatie-resistent <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> (AIDS) Betrek hierbij zo nodig een inhoudsdeskundige collega (meestal immunoloog en/of infectioloog).
Electieve palliatieve chirurgie	Ten behoeve van symptomatische verlichting bij een anders terminaal zieke patiënt, bij wie de gemiddelde levensverwachting over twee jaar <50% is.

*NVKG en NIV hebben CFS van 6 aanbevolen bovenop de uit de literatuur bekende CFS 7-9. De NVIC heeft dit advies overgenomen.



Verscherpte medische criteria in fase 3 B

- Patiënten met een CFS 5 worden niet meer op de IC opgenomen
- Er vindt geen reanimatie meer plaats op de IC
- Multidisciplinaire beslissingen
- Als deze medisch criteria niet meer werken volgt fase 3c

