

Vergaderjaar 2018–2019

**32 647**

## **Levensbeëindiging**

**Nr. 74**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 januari 2019

U heeft mij gevraagd een reactie te geven op het proefschrift van doctor Geijteman over medische interventies bij patiënten in de laatste levensfase.

Het doel van het proefschrift was om meer inzicht te krijgen in de praktijk van het niet-starten en het stoppen van medische interventies in de laatste fase van het leven. Het gaat in het proefschrift dan bijvoorbeeld om niet-reanimeer (NR)-beslissingen, medicatiegebruik en zorg die is gericht op curatie en levensverlenging: diagnostiek en therapeutische behandeling.

Het proefschrift laat zien dat patiënten met een beperkte levensverwachting worden blootgesteld aan potentieel overbodige en zelfs schadelijke medische interventies. Dit betreffen veelal medische interventies die oorspronkelijk voor andere indicaties en voor andere patiëntcategorieën waren bedoeld. In de zorgverlening ligt de nadruk vaak op het geven van zorg die gericht is op genezing en levensverlenging. Omdat het overlijden veelal veel eerder komt dan artsen verwachten, of omdat artsen het aanbreeken van de palliatieve fase niet op tijd signaleren, heeft dit tot gevolg dat de zorg in de laatste fase van het leven soms gepaard gaat met overbehandeling.

#### *Reactie*

Iedereen zal beamen dat kwaliteit van leven in de laatste levensfase centraal moet staan en dat zinloze medische handelingen die daar niet aan bijdragen vermeden moeten worden. De behandelend arts heeft een centrale rol in het inschatten of medicijngebruik en de te geven behandelingen aan het einde van het leven in het belang zijn van patiënten. De uiteindelijke behandelbeslissing is de verantwoordelijkheid van de behandelende arts. Diens beslissing moet gebaseerd zijn op het medische nut van de interventie en de waarden en doelen van de patiënt. Ik vind het belangrijk dat samen met de patiënt wordt afgewogen welke (be)hande-

lingen nog moeten plaatsvinden. Dat moet gebeuren in een open en eerlijk gesprek tussen arts, de patiënt en familie waarin de waarden, voorkeuren en behoeften van de patiënt in de laatste fase van het leven goed naar voren moeten komen.

Het proefschrift maakt duidelijk dat artsen zich soms onzeker voelen in de vraag hoe ver ze moeten gaan in de behandeling of juist het stoppen ervan.

#### *Beleidsmatige raakvlakken*

In het Hoofdlijnakkoord is afgesproken dat we met partijen inzetten op meer samen beslissen, door een vervolgcampagne op «betere zorg begint met een goed gesprek», het bevorderen van kennis en vaardigheden van zorgverleners en patiënten, het beschikbaar stellen van instrumenten zoals keuzehulpen en ruimte en tijd te creëren, waar mogelijk ondersteund door informatietechnologie. Dit is uitgewerkt in het plan voor de ontwikkeling Uitkomstgerichte Zorg 2018–2022. Hiervoor starten we een campagne gericht op het stimuleren van samen beslissen, opname in opleidingen en in het toetsingskader voor kwaliteitstandaarden van het Zorginstituut (gerealiseerd juli 2018). Ook ontwikkelen we uitkomstinformatie die in kaart brengt wat behandelingen daadwerkelijk opleveren voor de kwaliteit van leven van patiënten. Die informatie helpt bij het samen beslissen.

Het goede gesprek aan het begin van de laatste levensfase valt onder advance care planning (ACP). Deze zogenaamde anticiperende besluitvorming kan worden gezien als een ontmoeting tussen de patiënt en diens behandelend arts rond de levenswensen van die patiënt. ACP begint met een gesprek aan het begin van de laatste levensfase om in kaart te brengen wat de patiënt zelf wil. De bedoeling is dat dit in een zorgplan voor de laatste levensfase wordt vastgelegd. Voor het ontwikkelen van een dergelijk zorgplan loopt een verkenning, die medio 2019 zal worden opgeleverd.

Binnen het ZonMw programma Palliantie worden verder al de nodige projecten uitgevoerd met betrekking tot ACP. De komende periode wordt gekeken welke ontwikkelde interventies effectief kunnen worden geïmplementeerd.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins